
La mobilisation à bas bruit des acteurs communautaires de santé
au Sénégal : engagements bénévoles et aspirations
professionnelles

par **Abdoulaye Moussa DIALLO**

Thèse de doctorat de sociologie présentée à l'université de Lille (clersé, UMR 8019)

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 18 octobre 2021

Cité scientifique, Villeneuve d'Ascq (Lille)

En vue de l'obtention du grade de

Docteur en Sociologie, délivré par l'Université de Lille

SAINSAULIEU Ivan
FAYE Sylvain Landry

Sous la direction de :
Professeur, université de Lille
Professeur, université Cheikh Anta Diop de Dakar

Devant un jury composé de :

BOURGEAULT Ivy, Professeure en santé publique, université d'Ottawa (rapporteuse) ;

EBOKO Fred, Directeur de recherche en science politique, Institut de Recherche pour le Développement ;

GADÉA Charles, Professeur de sociologie, université Paris Nanterre La Défense ; (président du jury)

HANE Fatoumata, Maître de Conférences/HDR, université Assane Seck de Ziguinchor ;

SIMONET Maud, Directrice de recherches au CNRS en sociologie, Institutions et Dynamiques Historiques de l'Économie et de la Société (rapporteuse).

Unités de rattachement :

Université de Lille

École doctorale SESAM

Clersé (UMR 8019), Cité Scientifique

59655 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex, France

Université Cheikh Anta Diop de Dakar

École doctorale ET.HO.S

Lasap, 5005 DAKAR-FANN SÉNÉGAL

Je déclare sur l'honneur que ma thèse est une œuvre personnelle, composée sans concours extérieur non autorisé, et qu'elle n'a pas été présentée devant une autre Faculté.

Résumé

En Europe et aux États-Unis, la littérature portant sur la pratique du bénévolat dans le domaine sanitaire est souvent centrée sur la description des modèles et des trajectoires sociales (économiques, religieuses ou professionnelles) des acteurs. En Afrique, les travaux du même type sont davantage préoccupés par l'efficacité des bénévoles dans la prise en charge de la santé communautaire en milieu populaire. Concernant notre objet, l'accent est notamment mis sur l'évaluation des rôles et des responsabilités des différentes sous-catégories d'agents de santé communautaire dans la mise en œuvre de programmes donnés. Ces travaux se sont très peu intéressés aux acteurs eux-mêmes, à leurs parcours individuels, à leurs regroupements et à leur insertion dans le tissu local. Le *community empowerment*, supposé plus que démontré, recouvre une réalité complexe faite de tensions permanentes entre des systèmes hiérarchiques différents et de l'agrégat de territoires professionnels partiellement opposés. Analyser les mobilisations socioprofessionnelles des agents de santé communautaire (ASC) permet d'appréhender à la fois leur être ensemble, leur position individuelle dans la division du travail et l'articulation tendue entre leurs différents segments.

En combinant les approches d'anthropologie du développement et de sociologie du travail, du bénévolat, des mobilisations et des groupes professionnels, ce travail offre un autre regard sur les répertoires organisationnels de la construction du travail et des identités professionnelles. L'enquête analyse comment le travail de *care* s'articule entre les définitions officielle, associative et pratique (au jour le jour), et examine quels types de lien social il produit. En partant des cas d'ASC du Sénégal, nous montrons que les engagements locaux sont source de changement social. Ni mouvement social ni lutte pour une profession, la mobilisation professionnelle des ASC est une atonie qui repose sur la promesse selon laquelle les ASC s'occupent de leurs développements — individuel et collectif — en mutualisant leur capital d'autochtonie. Ce progrès social suggère d'accorder plus d'importance aux mobilisations à bas bruit dans les études visant à identifier le moteur du changement social en Afrique subsaharienne.

Mots-clés : *acteurs communautaires de santé, travail bénévole, mobilisation à bas bruit, professionnalisation, Afrique de l'Ouest, Sénégal.*

Titre et résumé en Anglais

The low noise mobilization of community health actors in Senegal: voluntary commitments and professional aspirations

Abstract

In Europe and the United States, the literature on the practice of volunteering in the health field is more focused on describing the models and social trajectories (economic, religious, or professional) of the actors. In Africa, work of the same type is more concerned with the efficiency of volunteers in the management of community health in rural areas. About our focus, particular emphasis is placed on assessing the roles and responsibilities of the different sub-categories of Community Health Actors (CHA) in the implementation of given programs. This work has paid little attention to the actors themselves, their individual backgrounds, their groupings and their integration into the local fabric. Community empowerment, which has been more than demonstrated, covers a complex reality made up of permanent tensions between different hierarchical systems and the aggregation of partially opposing professional territories. Analyzing the socio-professional mobilization of CHAs allows us to understand their being together, their position in the division of labor and the tense articulation between their different segments.

By combining approaches from development anthropology and the sociology of work, volunteering, mobilizations and professional groups, this work offers another look at the organizational repertoires of work construction and professional identities. The investigation analyses how care work is articulated between official, associative, and practical (day-to-day) definitions and examines what types of social link it produces. Based on the cases of Community Health Workers (CHWs) in Senegal, we show that local commitments are a source of social change. Neither a social movement nor a struggle for a profession, the professional mobilization of CHAs is an atopia that rests on the promise that CHAs take care of their development - individual and collective - by pooling their capital of autochthony. This social progress suggests that more importance should be given to low-noise mobilizations in studies aimed at identifying the driving force of social change in sub-Saharan Africa.

Keywords: *community health actors, voluntary work, low noise mobilization, professionalization, West Africa, Senegal.*

REMERCIEMENTS

Cette thèse représente l'aboutissement d'un voyage dans un univers de l'engagement communautaire que j'ai appris à mieux connaître. Je tiens donc à remercier les Acteurs Communautaires de Santé (ACS) qui m'ont accueilli sans *a priori* lorsque je venais et revenais pour découvrir l'évolution de leurs activités. J'ai une gratitude toute particulière pour celles et ceux qui me considèrent désormais comme un membre de leur famille. Coucou à petit Abdoulaye Moussa, mon homonyme grâce à la thèse ! Je n'oublierai pas votre confiance, votre franchise et la simplicité avec laquelle vous m'avez permis de découvrir vos pratiques sans rien attendre en retour « d'un doctorant soif de savoir » comme vous aimiez me le signifier. Sachez que sans votre aide et votre participation, cette thèse n'aurait pas pu voir le jour. Très humblement, j'espère que sa lecture répondra à certaines de vos questions quant à la place que les ACS occupent dans nos sociétés.

J'aimerais ensuite remercier très chaleureusement mes directeurs de thèse, Sylvain Landry Faye et Ivan Sainsaulieu, pour m'avoir soutenu au cours de ce travail. Vos critiques et vos orientations ont été décisives durant tout le long de l'élaboration de ce document. Sur le plan anthropologique, j'ai appris avec Sylvain le goût de la description ethnographique et de l'analyse du matériau, comme s'il fallait rassembler un puzzle pour donner sens à la réalité sous-jacente des acteurs. Sur le plan sociologique et de l'écriture scientifique, Ivan m'a appris à être plus rigoureux dans la présentation des arguments et plus explicite dans l'administration de la preuve. Le lecteur ou la lectrice s'apercevra certainement qu'il/elle est en train de surfer entre ces deux univers scientifiques dont nous contribuons à effacer les frontières. Plus que des directeurs donc, vous avez été des formateurs, mais aussi un soutien moral et matériel tout au long de ce parcours doctoral. Veuillez recevoir toute l'expression de ma profonde gratitude !

Mon infinie gratitude et mon éternelle admiration à mon encadreur Tidiane Ndoye avec qui ce travail a pris forme. Un mentor, un ami, un frère qui nous a accordé sa pleine confiance à un moment de longue traversée de désert. Un collaborateur qui n'a ménagé aucun effort pour nous offrir une formation de proximité. Veuillez contempler à travers ce document le fruit de ce que vous avez semé. Mes remerciements vont également à l'endroit de tous les professeurs du département de Sociologie de la Faculté de Lettres et Sciences Humaines (FLSH) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD) qui m'ont encouragé tout au long de ce travail.

J'adresse également ma gratitude à Ivy Bourgeault et à Maud Simonet qui ont accepté de lire, de discuter et d'évaluer mes résultats de recherche. Je remercie Fred Eboko, Fatoumata Hane et Charles Gadéa pour leur participation au jury de cette thèse.

Je présente aussi mes remerciements à tous les membres du laboratoire Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques (CLERSE) de l'Université de Lille, en particulier la Directrice Mme Bernadette Tillard, Mme Sophie Goyat et Mme Marie Pierre Coquard. Merci à vous Professeurs Frédéric Poulard et Judith Hayem, membres du comité de suivi individuel de ma thèse, pour le soutien moral et les orientations durant des périodes de balbutiement qui traversent le début de toute recherche. Merci à toutes et à tous les doctorants·e·s du CLERSE et du LASAP pour les discussions de couloirs, les comités de relectures et les ateliers d'écritures.

Merci à mes camarades du séminaire dématérialisé Déborah Ridel, Jong Kim, Arnaud Ollibo Gouékou, François Sawadogo et Mamadou Sanogo ainsi qu'à tous les professeur·e·s invité·e·s, qui ont eu l'amabilité de partager leurs travaux avec nous, de lire nos travaux et de répondre à nos interrogations.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	vii
GLOSSAIRE	xii
TABLE DES TABLEAUX, SCHÉMAS, FIGURES ET ENCADRÉS	xv
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	xvii

INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1. Produire de la santé bénévole selon l'OMS en Afrique de l'Ouest	3
1.1. L'amélioration de la santé maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest.....	6
1.2. La santé communautaire en pointe au Sénégal	9
1.3. Des agents aux acteurs : pour une déconstruction théorique du bénévolat.....	14
1.4. Une santé communautaire sans communauté	19
2. La mobilisation socioprofessionnelle des bénévoles en santé au Sénégal	25
2.1. Une analyse instrumentale du rôle des ACS dans l'action publique	25
2.2. Une analyse processuelle d'une mobilisation à bas bruit égalitaire	30
2.3. Un <i>empowerment</i> du lien social par le travail informel en santé	35
3. Méthodologie subjectiviste et objectivante.....	35
3.1. Chronique de la réflexivité dans l'approche du terrain.....	40
3.2. Un écosystème de la production des résultats	49
3.3. Plan de la thèse	52

PARTIE I : ANCRAGE ET PARCOURS SOCIOPROFESSIONNELS DANS UNE ARÈNE LOCALE

54

CHAPITRE 1 — LA SOCIALISATION AU TRAVAIL DES ACS	56
1. Sociohistoire des figures mythiques de la santé	58
1.1. Voyantes et guérisseurs dans l'Afrique des empires traditionnels.....	58
1.2. Maîtres coraniques et Pasteurs dans l'Afrique des missionnaires religieux	60
1.3. Médecins européens et intermédiaires indigènes dans l'Afrique coloniale	61
1.4. Le foisonnement des sous-catégories instituées d'ACS	62
1.5. Catégorisation et positions sociales	67
2. Les ACS dans l'ordre hiérarchique socioprofessionnel	71
2.1. Une formation raccourcie, institutionnalisée dans le système sanitaire	72
2.2. Le glissement de tâches par en haut : une homogénéisation des compétences.....	74

2.3.	Une gouvernance bicéphale agonistique	79
2.4.	Un pôle professionnel technophile	82
2.5.	Un pôle politique clientéliste	85
3.	La ramification des relations de pouvoir par en bas	87
3.1.	Des rivalités malgré une interdépendance systémique dans le travail.....	88
3.2.	Démultiplication des catégories de pseudo ACS.....	91
3.3.	« ACS ? un travail comme un autre »	93
3.4.	Sortir de la foire d'empoigne en construisant le contenu du travail d'ACS	95
	Conclusion chapitre 1.....	97
 CHAPITRE 2 — DES TRAJECTOIRES BIOGRAPHIQUES DÉCOUSUES		99
1.	Le modèle occidental du bénévolat, un détour par la réussite socioprofessionnelle	103
1.1.	Communautarisation de la santé au Québec (Canada).....	103
1.2.	Le <i>give back to the community</i> aux États-Unis	104
1.3.	Soigner sans appareillage symbolique médical, le <i>outreach work</i> en France	105
2.	Le modèle africain du bénévolat, une réalisation de soi aventurière.....	106
2.1.	Un bénévolat du « venir vers » des individus socialement ancrés.....	108
2.2.	De l'élection à la désignation, des redevabilités différenciées	111
2.3.	Des tournants parallèles dans les deux carrières matrimoniale et professionnelle	113
3.	Des « entrepreneurs de cause » sans oubli de soi	115
3.1.	Une entreprise politique	117
3.2.	Une manifestation de l'utilité sociale.....	118
3.3.	L'entrepreneuriat économique et social autour du marché sanitaire	119
4.	Retour sur le passé des ACS : esquisse d'une typologie des ressources.....	122
4.1.	Les BRT, une prise en charge paramédicale sans diplôme.....	124
4.2.	Les BRI, des écrivains publics et des lecteurs en privés	128
4.3.	Les BRS, des animateurs de la cohésion sociale.....	130
	Conclusion chapitre 2.....	133
 CHAPITRE 3 — UN CAPITAL D'AUTOCHTONIE STRATÉGIQUE		134
1.	Cartographie des acteurs sociaux mobilisés pour améliorer la santé.....	137
1.1.	Les groupes non mandatés dans le privé : un apport trop négligé	139
1.2.	Le groupe mandaté : l'apport des ACS dans l'espace public.....	140
2.	Un capital d'autochtonie partagé entre autochtones et néo arrivants	142
2.1.	L'importance de la symétrie dans la relation avec les habitants	143

2.2.	Rendre un service... commandé	146
2.3.	Un processus de dé-légitimation de la santé par en haut.....	149
3.	Trop de capital d'autochtonie peut nuire à la santé... des relations sociales	151
3.1.	Amplification par mutualisation des capitaux d'autochtonie	152
3.2.	Le parrainage de l'oligarchie locale, une légitimité additionnelle	154
3.3.	Les déconvenues liées aux rendez-vous, une forme de valorisation individuelle	157
4.	Une prédominance des liens faibles sur les liens forts	158
4.1.	Les légitimités croisées de la santé hospitalière et de la santé populaire	159
4.2.	Une segmentation professionnelle en devenir	163
	Conclusion chapitre 3.....	166
	CONCLUSION DE LA PARTIE I.....	167
	PARTIE II : UNITÉ SPORADIQUE D'UN GROUPE MENANT DES ACTIONS COLLECTIVES DISCRÈTES ..	169
	CHAPITRE 4 — UN GROUPE « SOCIO-THÉRAPEUTIQUE » AU FÉMININ	171
1.	Une autonomie relative des femmes dans le travail sanitaire informel	173
1.1.	Un kit conceptuel alliant approches « radicale » et « modérée » du genre.....	174
1.2.	Malgré le patriarcat, entrevoir des nids d'autonomisation des femmes.....	176
2.	L'omniprésence des rapports de genre dans le champ sanitaire.....	178
2.1.	Spécialisation de genre des métiers sanitaires selon les perceptions des usagers	179
2.2.	La répartition des activités entre ACS : les femmes plus sollicitées que les hommes	182
3.	Les tâches dites « dégradantes » : les femmes mieux préparées que les hommes.....	186
3.1.	Le « porte-à-porte », un sale boulot « pour soi » mais pas « en soi »	187
3.2.	Gestion WASH, une reproduction de la culture familiale dans la culture sanitaire.....	189
4.	Les cercles de sororité, lutter contre l'invisibilisation par le clivage.....	194
4.1.	Les groupements de tontine ou <i>tour</i> , une exclusion traditionnelle des hommes dans le mécanisme de solidarité communautaire.....	195
4.2.	La domination médiatique d'une frange féminine des ACS.....	197
5.	Déterminisme genré de la continuité et de la discontinuité des engagements	200
5.1.	La durabilité des femmes cheffes de familles	200
5.2.	L'abandon genré par contraintes économiques ou socio-familiales	203
	Conclusion chapitre 4.....	208
	CHAPITRE 5 — TENTATIVES D'INSTITUTIONNALISATION D'UN PARTENARIAT LOCAL	209
1.	Genèse du collectif mixte des ACS	211
1.1.	Outils conceptuels et méthodologiques pour saisir l'action collective des ACS	212

1.2.	Les rhétoriques fondatrices de l'associativité des ACS	215
1.3.	L'association, un cadre structurant l'action collective	221
2.	Des résistances rythmées par des périodes de turbulence	226
2.1.	La plainte en période de relâchement dans le travail du personnel soignant	227
2.2.	La (dé)mobilisation des populations en période électorale	228
2.3.	Le boycott non frontal contre la dévaluation des indemnités	231
2.4.	Le freinage de la mise en œuvre des programmes	236
3.	Une gestion individuelle ou collective ? Le dilemme « RH » des responsables	238
3.1.	Le déni comme réponse conflictuelle au boycott	238
3.2.	La promesse comme réponse à la plainte et au freinage	240
3.3.	L'accompagnement des groupements d'ACS comme réponse au collectif	241
4.	Les mécanismes négociés du reformatage de l'action publique	242
4.1.	Un contrôle socioprofessionnel du respect des heures de services	243
4.2.	Une contestation des indemnités inégalitaires entre salariés et non-salariés	244
4.3.	Un contrôle des recrutements des collectivités territoriales	246
4.4.	De nouvelles préoccupations esquivées dans les réunions de coordination	249
5.	Une politisation visant à rebattre les cartes du pouvoir local	249
5.1.	Une réponse aux fausses promesses des politiques	251
5.2.	Un militantisme pour conquérir le pouvoir politique local	252
5.3.	Un élargissement des horizons aux niveaux départemental, régional et national	254
	Conclusion chapitre 5	257

CHAPITRE 6 — UN GROUPE HÉTÉROGÈNE, DES CARRIÈRES COHÉRENTES259

1.	Une gouvernance éclatée	261
1.1.	La démultiplication des guichets pour les ACS	261
1.2.	Le « qui paye commande » : une main d'œuvre en libre-service ?	266
1.3.	Bénévolat, volontariat, salariat : un statut changeant	269
2.	Ce que se professionnaliser veut dire	271
2.1.	Être un collaborateur permanent à l'hôpital	273
2.2.	Devenir fonctionnaire municipal	276
2.3.	L'ACS prestataire, auto-entrepreneur ou tâcheron	278
3.	Des sous-groupes structurants	283
3.1.	De fortes identités au travail	284
3.2.	Une identité transcendantale faible	286
3.3.	Identités au travail et types de bénévolat	288
4.	Des carrières sans professions ? Le sentiment de réussite sociale des ACS	290

4.1. Échec professionnel des carrières linéaires	292
4.2. Réussite sociale des bifurcations de carrières.....	294
4.3. Le partage de savoirs expérientiels et du carnet d'adresses	295
Conclusion chapitre 6.....	298
CONCLUSION DE LA PARTIE II.....	299
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	301
BIBLIOGRAPHIE ET DOCUMENTS SOURCES	309
TABLE DES ANNEXES.....	334

GLOSSAIRE

Bàjjenu gox

Le mot *bàjjenu gox* désigne littéralement une « marraine de quartier/village » traditionnelle. En effet, dans chaque quartier/ village il existe une *bàjjenu gox* qui incarne un rôle de fédératrice des habitants, de conseillère en gestion des relations et de l'hygiène corporelle. Elle repose ses actions sur l'exemplarité de ses actes, l'apprentissage par l'action. L'implication des *bàjjenu gox* dans la prise en charge de la santé maternelle néonatale et infantile est donc un élargissement des prérogatives de ces actrices sociales dans le champ de la santé. Il s'agit de femmes faisant montre d'une exemplarité dans les rapports sociaux qui leur vaut le privilège d'être des présidentes de groupement de femmes qui fournissent aux femmes isolées — géographiquement et culturellement — du système de santé, des informations vitales concernant principalement les soins de santé maternelle et infantile. Cette approche traditionnelle a été reprise et développée au Sénégal au début des années 2010 dans le cadre des politiques de santé communautaire.

Community empowerment

La santé communautaire est une approche visant à promouvoir la santé dans les zones enclavées où le maillage de l'offre de soin fait défaut. Elle s'appuie sur des acteurs communautaires de santé — mandatés ou non par les pouvoirs publics — investis d'un travail supplétif pour les « communautés locales » (autrement dit pour des habitants d'un quartier ou d'un village). C'est cet engagement bénévole des individus en faveur de la santé globale d'un groupe social supposé d'appartenance (et non d'une terre de mission) que l'on nomme par le vocable angliciste « *community empowerment* ».

Communauté hospitalière

Le terme de « communauté hospitalière » désigne des individus qui partagent un sentiment d'appartenance commune au personnel de l'hôpital. Elle est composée, d'une part, d'agents médicaux (médecins généralistes ou spécialistes), paramédicaux (infirmier.ère et sage-femme) et du personnel de soutien (aides-soignant·e·s et matrones) exerçant au sein des établissements publics de santé et, d'autres part, des acteurs communautaires (relais, dispensateur·trice·s de soins à domicile et *bàjjenu gox*) chargés de promotion et de prévention auprès des populations.

Counselling

Le *counselling* est une activité de sensibilisation via un démarchage de proximité – au sein des ménages ou des établissements publics de santé (voir annexe, n° 13) - pour l'adoption des bons comportements de santé édictés par le système sanitaire formel. Il se pratique particulièrement dans les programmes de santé qui sont confrontés à des barrières socioculturelles, autrement dit faisant face au rejet des campagnes sanitaires par les populations concernées.

Dimbatul

En langue Peul, un *dimbatul* c'est un groupe de femmes stériles qui ne peuvent pas enfanter. Les *dimbatul* sont souvent des membres de Comité de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC). Leur rôle est de sensibiliser les Femmes en Âge de Procréer (FAP) aux avantages du recours précoce aux Consultations prénatales (CPN) et au suivi des Consultations postnatales (CPoN).

Établissement Public de Santé (EPS)

Les établissements publics de santé désignent le réseau des structures institutionnelles de santé dans des districts : centres et postes de santé. Ils excluent les cases de santé qui sont sous la tutelle des populations.

Fuladu ou foulakunda

Historiquement le *Fuladu* était le nom d'un royaume dans la seconde moitié du XIXe siècle, dans le sud du Sénégal. Il correspond aujourd'hui à la région de Kolda et ses environs. Les populations sont appelées des *fulakunda* c'est-à-dire des résidents dans une demeure *peul-firdu*. Ils parlent un peul un peu différent de celui des Peuls du nord du Sénégal.

Nijayu gox

Le *nijayu gox* endosse traditionnellement le rôle d'un « parrain de quartier/village ». À l'instar de la *bàjjenu gox*, la reprise de ce rôle social, développé par certaines ONG, visait à une meilleure prise en charge de la santé des adolescents, surtout celle des garçons. Mais elle n'a pas connu le même succès que celle des *bàjjenu gox*.

Personnel qualifié

Le terme « personnel qualifié » désigne les agents médicaux (médecins généralistes et spécialistes) et paramédicaux (infirmier·ère·s et sages-femmes) exerçant dans le système sanitaire à la suite d'une formation diplômante. Il ne prend en compte que les agents salariés – étatique ou CDS – et non les agents diplômés ou non qui ne sont pas salariés.

Points de prestation de service (PPS)

Les points de prestation de service correspondent à l'ensemble des EPS, plus les cases de santé et les sites de pesée (*cf. supra*).

Set setal

Set setal signifie littéralement en *Wolof* « Propre et rendre propre ». Le *set setal* mené par les ACS comporte un ensemble d'activités axées sur le nettoyage des rues pour la destruction des gîtes larvaires.

Toggal

Une séance de « *toggal* » est un moment de regroupement des mères ou gardiennes d'enfants dont on a pu constater la malnutrition — aiguë ou modérée. Elle consiste en la préparation et la consommation d'aliments fortifiés pour la récupération et le soin de ces personnes.

Wolof

Le *Wolof* est à la fois un groupe social et une langue qui possède le statut de langue officielle au Sénégal. Les *Wolof* représentent environ 41,6 % de la population sénégalaise mais leur langue est comprise par près de 90 % d'entre elle.

Site de pesée

Un site de pesée est un endroit (fermé ou à ciel ouvert) où des mères et/ou gardiennes d'enfants amènent leurs enfants pour l'anthropométrie (surveillance du poids et de la taille) afin de détecter et/ou diagnostiquer la malnutrition. C'est également là qu'ont lieu les séances de *toggal* (*cf. supra*).

TABLE DES TABLEAUX, SCHÉMAS, FIGURES ET ENCADRÉS

1. LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Récapitulation des cibles touchées.....	50
Tableau n° 2 : Historiographie de l'implication des ASC au Sénégal.....	65
Tableau n° 3 : Somme des chômeurs et des travailleurs vulnérables en Afrique de l'Ouest, 2000–2016 (pourcentage de la main-d'œuvre).....	91
Tableau n° 4: Préférences dans le travail d'ACS	95
Tableau n° 5 : Les différentes enquêtes biographiques réalisées en Afrique	101
Tableau n° 6 : Comparaison de modèles de prise en charge de la santé communautaire.....	108
Tableau n° 7: Répartition du niveau d'études suivant chaque sous-catégorie.....	128
Tableau n° 8 : Comparaison des groupes intervenants dans la santé communautaire.....	141
Tableau n° 9 : Matrice genrée des métiers de la santé d'après les représentations des Femmes pubères	180
Tableau n° 10 : Comparaison des volets d'intervention des ACS.....	182
Tableau n°11 : Matrice de procédé de comparaison genrée des instructions WASH	192
Tableau n° 12 : Synthèse qualitative de la manifestation du genre dans le travail d'ACS.....	206
Tableau n° 13 : Résistances au travail et mécanismes de reformatage de l'action publique au niveau communautaire	248
Tableau n° 14 : Matrice de cadrage du travail à la marge des ACS	286
Tableau n° 15 : Types de rapports à l'engagement bénévole ou manières dont le bénévolat s'inscrit dans l'identité de la personne	289

2. LISTE DES SCHÉMAS

Schéma n° 1 : Un gouvernement bicéphale des établissements de santé sous tension.....	80
Schéma n° 2 : Indicateurs de motivations à l'entrée dans le bénévolat.....	116
Schéma n° 3 : Logiques d'entrée dans le bénévolat au Sénégal.....	121
Schéma n° 4 : Élargissement des horizons par les ACS à travers la politisation	255
Schéma n° 5 : Un métier (re)modelé par des injonctions contradictoires	282

3. LISTE DES FIGURES

Figure n° 1 : Cartographie de la présence en ACS en Afrique.....	7
Figure n° 2 : Cartographie du Sénégal et localisation des régions de Kaolack et Kolda	10
Figure n° 3 : Organisation du Système de Sante au Sénégal.....	13
Figure n° 4 : Principales tâches d'initiation parrainées	77
Figure n° 5 : Profils type de bénévoles et ressources autochtones mobilisées par les ACS.....	123

4. LISTE DES ENCADRÉS

Encadré n° 1 : Taxinomie des ASC par la Cellule de santé communautaire.....	63
Encadré n° 2 : Interdépendance entre ACS en milieu scolaire.....	88
Encadré n° 3 : Rationalités socioculturelles autour de la grossesse	145
Encadré n° 4 : Collaboration des ACS pour la desserte sanitaire des zones reculées	153
Encadré n° 5 : Exemples de ratés dans les activités des ACS	160

Encadré n° 6 : Des programmes chasse-gardés des femmes.....	183
Encadré n° 7 : Engagements du président, Macky Sall envers les bàjjenu gox	197
Encadré n° 8 : Profils de ménages consentant à perdurer dans le travail d'ACS	205
Encadré n° 9 : Compte rendu des ajustements méthodologiques au terrain.....	213
Encadré n° 10 : Présentation des formes de rhétoriques fondatrices des ARPV.....	216
Encadré n° 11 : Remplacement des comités de santé par les comités de développement sanitaire : une volonté de renforcer ou de réduire la politisation du rôle d'acteur communautaire de santé ?	234
Encadré n° 12 : Le reformatage par la promesse.....	240
Encadré n° 13 : le dispositif législatif sur le volontariat jusqu'ici non appliqué aux ACS	269
Encadré n° 14 : Ascension en politique, le cas d'une ACS devenue adjointe au maire.....	277
Encadré n° 15 : Wamburdu ou la garderie d'enfant communautaire	279

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ACS :	Acteur Communautaire de Santé
ACs :	Agent Communautaire de soins
ACpp :	Acteur Communautaire de promotion et de prévention
ASC :	Agent de santé communautaire
ARPV :	Association de Relais Polyvalents
AMS :	Agent Municipal de Santé
AVODISK :	Association des Volontaires du District Sanitaire de Kaolack
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CPN :	Consultation prénatale
CPoN :	Consultation postnatale
CPS :	Chimioprévention du Paludisme Saisonnier
CSC :	Cellule de Santé Communautaire
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CDS :	Comité de Développement Sanitaire
Dsdom :	Dispensateurs de Soins à Domicile
EPS :	Établissement Public de Santé
ECD :	Équipe Cadre de District
ENTSS :	École Nationale des Travailleurs Sociaux et Spécialisés
IB :	Incitative de Bamako
ICP :	Infirmier-chef Poste
FBR :	Financement basé sur les résultats
FAP :	Femmes en Âge de Procréer
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MCD :	Médecin-chef de district
OCB :	Organisation Communautaire de Base
ONG :	Organisation Non gouvernementale
OMS :	Organisation Mondiale de la Sante
PAS :	Programme d’Ajustement Structurel
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PNSC :	Politique Nationale de Santé Communautaire
PPS :	Point de Prestation de Services
PECIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
SMNI :	Santé maternelle néonatale et infantile
SSP :	Soins de Santé Primaire
UNICEF :	Fonds des Nations Unis pour l’Enfance
USAID:	United States Agency for International Development
WASH :	Water Sanitation and Hygiene

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Durant la crise de la COVID-19, les pays ont senti la nécessité de recouvrer leur souveraineté dans le secteur clé de la santé. Pour y arriver, certains tels que la France, la Chine, les États-Unis, le Maroc ont réquisitionné des produits médicaux destinés à l'exportation (médicaments, masques chirurgicaux et/ou FFP2, etc.) pour satisfaire les besoins intérieurs. En Afrique subsaharienne, la lutte contre la pandémie est progressivement devenue l'affaire des communautés, c'est-à-dire que les populations locales et leurs organisations ont été vues comme les derniers remparts contre le virus, en lieu et place d'une médecine jugée défailante.

Au Sénégal, l'augmentation des « cas communautaires »¹ a été le corollaire de la prise en charge des populations par elles-mêmes. Même si l'impact de la pandémie est resté faible par comparaison avec la situation dans le reste du monde, les Établissements Publics de Santé (EPS) ont très tôt montré leurs limites pour la prise en charge d'un flux important de malades. Ce déplacement de la riposte vers le champ communautaire a permis de renforcer la prévention. En effet, les bénévoles locaux ont été mobilisés pour sensibiliser les populations aux comportements à adopter afin de réduire la contamination. Mieux, ces bénévoles de la santé ont aussi accompagné les familles touchées par la maladie pour lutter contre la stigmatisation sociale, car la COVID-19 était perçue, à l'instar du SIDA et du virus d'Ebola, comme une maladie honteuse. Dans beaucoup de pays, plus l'aide au développement était réduite², plus il a été jugé nécessaire d'impliquer les « communautés » dans la riposte. Chaque pays étant obligé de compter sur lui-même, il est important de souligner la résilience des systèmes de santé des pays subsahariens à cette occasion.

« Sur le continent comme ailleurs dans le monde, trente ans de progrès en santé maternelle et infantile sont menacés par la crise du COVID-19. Sur le terrain, médecins, sages-femmes et agents communautaires redoublent d'efforts » (Le Monde, 23 février 2021).

¹ Au début de l'épidémie, le pays n'avait enregistré que des « cas importés » et des « cas contacts » que les professionnels de santé ont su retracer, contenir (mise en quarantaine) et prendre en charge. Mais à partir de l'apparition des « cas communautaires », c'est-à-dire de personnes atteintes dont la source de contagion est inconnue, on observe une déliquescence du pouvoir des professionnels de santé et des autorités sanitaires. Les forces vives des communautés (chef de quartier/village, ACS, etc.) prennent le relais pour faire appliquer le respect des mesures barrières (source : www.santé.gouv.sn/ communiqués de presse et rapports de situation riposte à l'épidémie du nouveau coronavirus COVID-19 au Sénégal).

² Les États-Unis ont notamment arrêté de verser leur cotisation à l'OMS au prétexte d'une mauvaise gestion de la crise en Chine.

Cette résilience repose sur la combinaison de l'intelligence technique des spécialistes et des compétences sociales des non spécialistes. Mais comment un système de santé peut-il reposer sur des bénévoles, même partiellement ? À quelles conditions ?

Dans la sous-région ouest-africaine, le recours aux Acteurs Communautaires de Santé (ACS) en qualité de relais et d'appui aux personnels de santé dans les mesures de santé préventive ne date pas d'aujourd'hui (*cf. infra*). Au Sénégal, le recours officiel à l'initiative communautaire en réponse aux besoins de santé des populations remonte aux années 1960. Selon Sylvain Faye,

« au Sénégal, ces acteurs ont existé bien avant les SSP [soins de santé primaire], précisément en 1967, lorsque les populations de Dakar-Plateau ont été évacuées et recasées dans la banlieue de Pikine. Des équipes mobiles de mères de famille ont été constituées par les religieuses de la congrégation « Notre Dame » pour participer à la gestion de leurs problèmes de santé. En 1977, dans le cadre du projet de l'USAID Sine-Saloum, 200 villages se sont organisés pour faire construire des cases de santé à Kaolack et Niore, confiées à des ASC [aides-soignant-e-s], pour offrir des soins de base » (2012, p. 133).

Dans la deuxième moitié du 20^e siècle, on assiste à une implication de « profanes »³ dans la prise en charge de la santé en Afrique subsaharienne. Cette implication s'inscrivait dans un contexte de développement de la politique des soins de santé primaire (SSP) qui promouvait la participation des populations au financement et à la gestion de leur santé. L'objectif de cette initiative prise dans les années 1970 était d'améliorer la santé globale dans les districts en s'appuyant sur des acteurs solidement ancrés dans les systèmes de croyances locales et d'interactions culturelles. Plus connus localement sous le nom d'agents communautaires, les ACS ont une contribution controversée dans le domaine de la santé, comme souvent lorsqu'il s'agit du bénévolat (Prouteau, 1999 ; Simonet, 2018b). Si, pour les professionnels de santé, les ACS constituent la plaque tournante de la livraison de soins, pour les populations ceux-ci ressemblent de plus en plus aux personnels biomédicaux par leurs manières d'agir, de parler et

³ Ce sont généralement des individus (femmes et hommes) conviés à participer à la prise en charge de la santé des populations locales à l'échelon des districts sanitaires. Même s'il faut souligner que certaines parmi elles ont reçu des formations de courte durée, on verra plus loin qu'elles sont considérées dans le système sanitaire comme des faisant fonction (d'aide-soignant, d'aide-sage-femme, etc.).

de s'habiller. Du fait de ces résonnances multiples, les contours de ce dispositif sanitaire bénévole, dit du *community empowerment*⁴, deviennent de plus en plus flous.

Dans le cadre de cette thèse, nous⁵ voulons précisément clarifier le rôle des ACS. Pour cela, nous nous intéressons aux dynamiques socioprofessionnelles des individus engagés au nom de la participation communautaire pour répondre aux demandes sanitaires des populations locales. Nous proposons d'effectuer une monographie des formes d'engagements et de mobilisations du travail des ACS, dont les soubassements ont été, jusqu'ici, peu étudiés, par contraste avec un « rôle social » de plus en plus affirmé dans le contexte sénégalais. Le rôle social des femmes et des hommes⁶ dits exemplaires (en raison de leur niveau d'instruction, de leur légitimité, de leur activité, de leur engagement pour le collectif, de leur statut de modèle) dans la vie quotidienne des populations locales sera analysé et mis en perspective avec les enjeux de professionnalisation alimentant leurs mobilisations.

Au cours de cette introduction générale, nous revenons tout d'abord sur le passage de la santé publique à la santé communautaire, autrement dit à l'avènement de bénévoles dans le système sanitaire des pays de l'Afrique subsaharienne [section 1]. Pour ce faire, nous nous placerons dans le contexte général ouest-africain, et particulièrement celui du Sénégal, afin d'analyser les apories des systèmes de santé justifiant le recours et le maintien des ACS dans le dispositif de santé communautaire. Nous présenterons ensuite notre problématique inscrite dans un cadre théorique centré sur la mobilisation des ACS au niveau local [section 2]. Nous exposerons enfin la méthodologie retenue pour répondre aux questions posées, avant de préciser notre plan [section 3].

1. Produire de la santé bénévole selon l'OMS en Afrique de l'Ouest

Depuis les indépendances dans les années 1960, les pays de l'Afrique subsaharienne sont dans un processus de construction d'un système de santé, processus qui n'est pas sans difficulté (Gobatto, 1999). Ainsi

⁴ Dans le domaine de la santé, le *community empowerment* signifie la capacitation des communautés dans la prise en charge de la santé. Il s'agit d'une orientation politique initiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et adoptée par les États qui vise une revalorisation du rôle des autochtones dans le champ de l'action publique (Labonté et Laverack, 2008).

⁵ Conjointement à l'écriture impersonnelle, durant tout le long du document, le pronom « nous » au singulier permettra d'explicitier nos choix théoriques et méthodologiques.

⁶ Nous utilisons une technique d'écriture inclusive dans le but de rendre visibles les situations de mixité et de non-mixité du monde social faisant l'objet de cette thèse.

« Le continent était dans son ensemble mal préparé pour faire face aux exigences des populations. Le manque de formation, de compétences et le déficit de ses ressources humaines vont peser lourdement dans le décollage du continent. Le domaine de la santé est marqué particulièrement par un déséquilibre dans la répartition du personnel qualifié entre milieu rural et urbain qui suggère une réorganisation du système de santé » (Houéto et Valentini, 2014, p. 13).

Au lieu d'incarner la victoire sans partage du progrès scientifique, le système d'administration directe dans les colonies de l'Afrique francophone, en concentrant plus ses efforts en matière de santé publique dans les régions dites de « commune » au détriment de celles dites des « indigènes », a largement participé à creuser les disparités d'accès aux soins entre les régions. Au moment des indépendances, les nouveaux dirigeants des pays de l'Afrique subsaharienne ont hérité à leur tour de cette inégale répartition des ressources humaines et des établissements de santé entre les régions, marquant l'ère des disparités d'accès aux soins entre le milieu urbain et le milieu rural.

Pour rendre accessibles les soins, et notamment réduire les disparités entre villes et campagnes, les autorités sanitaires africaines ont posé un acte politique majeur : l'adhésion à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cet organe de l'Organisation des Nations-Unies fournit aux pays membres un référentiel international sur le plan médical pour orienter les politiques de santé publique. L'OMS aide aussi les États africains membres à apporter des réponses conséquentes aux exigences de leurs populations respectives. L'approche hospitalo-centrée promue par l'OMS n'a cependant pas suffi à résoudre les problèmes de santé publique (Gobatto, *ibid.*), car son soutien s'inscrit avant tout dans une perspective de mondialisation de la gouvernance (Neveu et Surdez, 2020) et des risques sanitaires (Henry et Boudia, 2015). En plus des séquelles de l'héritage historique de la colonisation, la période de 1960 à 1978 est « rythmée par une mal gouvernance », qui a paupérisé les populations (56,5 % vivent avec moins 1 \$/jour en 1997), rendant difficile l'accessibilité aux services publics (Russel et Gilson, 1997 ; Bayart, 2009). Dans l'organisation sanitaire en Afrique, la forte bureaucratisation fait de l'hôpital un lieu de tensions entre soignants et soignés, entraînant l'absence de recours aux services de santé de la part des populations (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Dès lors, l'OMS change de politique et influence les dispositifs nationaux en matière de soins primaires, selon des directives adoptées lors de la conférence d'Alma Ata en 1978.

Dans les années 1980-1990 le sous-investissement faisant suite aux programmes d'ajustements structurels (PAS), à la dévaluation du franc CFA et à la croissance démographique a « plombé la santé » (Fall et Vidal, 2005), nonobstant la politique internationale de soins primaires. L'impact négatif de cette situation avait fini par mettre en lumière le fossé entre la demande et l'offre de soins. Pour corriger les effets dévastateurs des PAS (gel de recrutements, licenciements de personnel soignant), une nouvelle organisation du système de santé est apparue avec la mise en œuvre des recommandations issues des différentes rencontres sous la houlette de l'OMS. D'abord, sur le plan politique, les ministères ont opéré une orientation stratégique privilégiant l'action sanitaire préventive sur l'approche curative. Ensuite, sur un plan financier, par le truchement des comités de gestion de la santé, on assiste à une cogestion locale des finances des établissements de santé par les personnels soignants et les représentants de la population. Enfin, toujours localement, sur le plan de l'organisation des ressources humaines, des bénévoles locaux sont impliqués pour compenser le déficit en personnels.

Dès lors, les pays en développement insèrent « l'approche communautaire » dans les plans stratégiques nationaux de santé, même si, bien avant cela, les approches communautaires de santé avaient émergé comme nous l'avons souligné plus haut. Pour donner corps aux recommandations de l'OMS, la conférence de Harare s'est tenue entre le 3 et le 7 août 1987. Elle a présenté les piliers sur lesquels devrait reposer cette orientation politique internationale afin de promouvoir un meilleur système de santé. Le *Harare Declaration on strengthening district health system based on Primary Health Care* a mis l'accent sur six (6) points essentiels dont quatre (4) sont directement liés à la valorisation de la participation communautaire : 1) la mise en place d'un processus de planification décentralisé à l'échelon du district ; 2) le renforcement de l'implication communautaire ; 3) le développement du leadership en matière de soins de santé primaire ; 4) la remobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital. En posant les jalons d'une action publique basée sur le renforcement des districts sanitaires, cette conférence marque le début de la participation des populations à la gestion de la santé. Pour promouvoir la continuation des orientations, plusieurs propositions étaient reprises dans les objectifs de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 relative à : « *l'autofinancement local des soins de santé, à leur gratuité pour la mère et l'enfant et pour les plus vulnérables, à l'approvisionnement en médicaments génériques autoentretenu par une certaine participation des relais communautaires* » (IB citée par Van Lerberghe et De Brouwere, 2000, p. 187).

L'IB a été renforcée par la ratification de la Charte d'Ottawa en 2000 (par la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara) lors de la 5e conférence de l'OMS à Mexico sur la promotion de la santé. Lors de cette rencontre, les délégués sanitaires africains se sont engagés à développer des politiques basées sur des plans nationaux en faveur de la promotion et de la prévention de la santé (OMS, 2000). L'objectif principal était d'améliorer les indicateurs de santé à court et moyen terme grâce à la participation des ACS. Les caractéristiques et statuts des ACS ont été définis à la conférence de l'Organisation mondiale de la santé (Yaoundé, 1986) : « *ils doivent être des **membres de la communauté, choisis par elle, être ses représentants, doivent aussi être supervisés par le système de santé sans faire partie de son organigramme et ont une formation plus courte que les professionnels de la santé*** » (OMS, 1989, p. 6). Dans cette définition, 4 éléments clefs retiennent notre attention : être membre de la communauté, élu, formé et sous contrôle. Nous verrons comment ces critères évoluent dans différents contextes en montrant que la présence des acteurs supranationaux tels que l'OMS dans la gouvernance de la santé contribue à arrimer les stratégies des systèmes sanitaires nationaux des pays ouest-africains à une mouvance internationale, quelquefois peu adaptées aux réalités locales (Gobatto, *ibid.*).

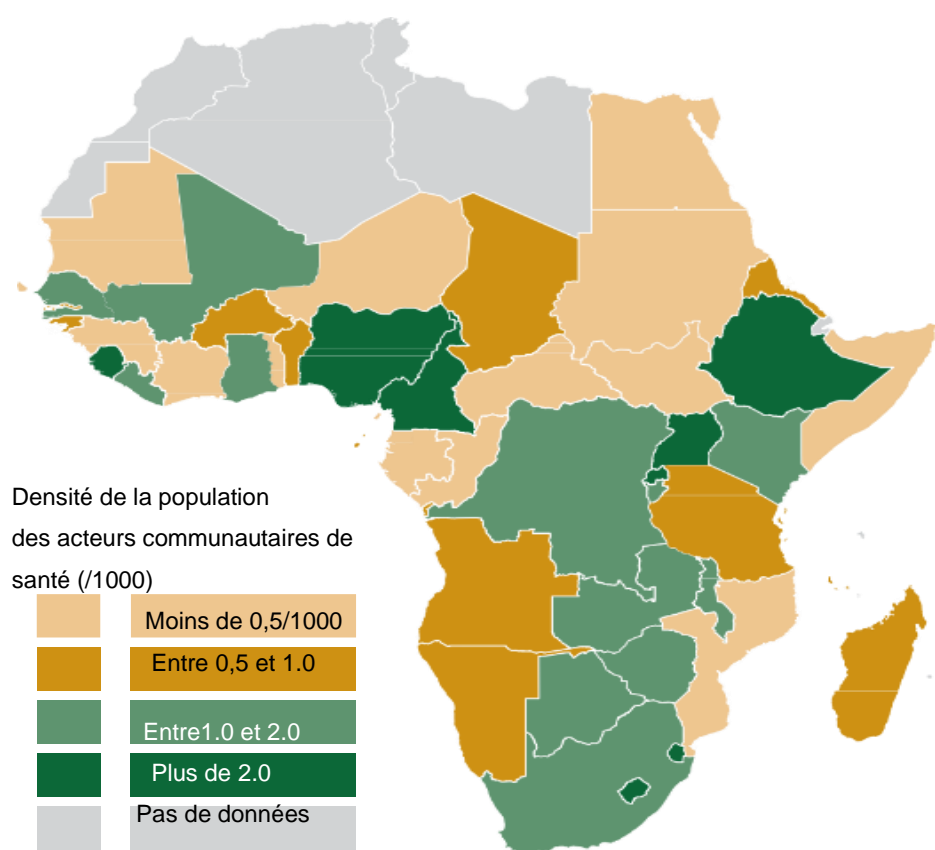
1.1.L'amélioration de la santé maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest

Selon le rapport de l'OMS de 2020, l'Afrique subsaharienne compte 1 médecin et 10 lits d'hôpital pour 10 000 habitants alors que le ratio international est de 7 médecins et 30 lits d'hôpital. L'espérance de vie d'un subsaharien est inférieure de 14 ans à la moyenne mondiale avec une mortalité infantile deux fois supérieure. Les dépenses publiques par habitant sont passées de 70 à 160 dollars en quinze ans, mais la majorité des dépenses sont encore à la charge des familles, impliquant une grande inégalité dans l'accès aux soins. La majorité des patients atteints de maladies graves ne peuvent se soigner, faute de moyens. Avec 11 % de la population mondiale, l'Afrique compte notamment 60 % des personnes vivant avec le VIH. Le virus est devenu la principale cause de décès chez les adultes et de plus en plus de personnes ont besoin de recevoir un traitement vital. Plus de 90 % des 300 à 500 millions des cas de paludisme qui surviennent chaque année dans le monde sont africains, principalement des enfants de moins de 5 ans (OMS, 2020).

En revanche, dans le cadre d'un développement national volontariste matérialisé par la responsabilisation de femmes leaders (*cf.* chapitre 1), la plupart des pays réalisent des progrès concernant les maladies évitables de l'enfant à l'initiative des pays africains. Selon le même rapport, la poliomyélite est en passe d'être éradiquée et la couverture par la vaccination contre

la rougeole atteint ou dépasse 60 % dans 37 pays de la Région. Le nombre des décès par rougeole a diminué de plus de 50 % depuis 1999 et au cours de la seule année 2005, 75 millions d'enfants ont été vaccinés contre cette maladie. Or, bien que les ACS interviennent très fréquemment dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, le rôle qu'ils jouent dans ces avancées reste peu visible. D'après les estimations de l'Agence de Nations-Unis pour la lutte contre le SIDA (UNAIDS), le Sénégal fait partie des pays ayant un besoin d'ACS compris entre 1 million et 1 million et demi pour assurer une prise en charge optimale de la santé locale. La figure 1 montre que nous sommes loin d'atteindre ce nombre. Partout, on est passé d'un recul des services publics (école, santé...) à une stratégie de compensation grâce au bénévolat, surtout pour la prise en charge du couple mère/enfant sur laquelle portent spécifiquement nos observations.

Figure n° 1 : Cartographie de la présence en ACS en Afrique



Source : unaid.org, rapport 2 millions d'agents de santé communautaire en Afrique, 2019.

La politique sénégalaise en matière de santé repose en fait sur un pilier local et un pilier international. Elle n'a pas réussi une répartition équitable du personnel sanitaire sur l'ensemble du territoire national. Le personnel hospitalier comprenant le personnel médical (11,63 %) et le

personnel paramédical (33,04 %) représente 44,67 % des effectifs. Le reste du personnel hospitalier est composé du personnel de soutien (31,88 %)⁷, du personnel de l'hygiène (4,22 %), du personnel technique ou de maintenance (2,09 %) et du personnel administratif (16,48 %) (Sénégal, OMS, 2009). La grande majorité du personnel médical (près de 3/4) se trouve dans la région de Dakar, dont 80 % dans le secteur privé⁸. La répartition des sages-femmes et des infirmier·ère·s approche la même concentration (urbaine et privée) que celle des médecins, avec une ampleur moindre. Au-delà de cette inégale répartition, le ratio en matière de couverture reste largement insuffisant : les autorités administratives continuent à faire de la restriction des recrutements un quotidien dans les politiques publiques sur l'emploi. Le recours à des individus bénévoles représente à leurs yeux une alternative pour améliorer la santé des populations tout en rationalisant les dépenses des ministères de la Santé. Pour consolider cette approche de réduction de la masse salariale des États, des réponses ont été prises de manière progressive conciliant les directives internationales et les exigences nationales. Toutes contribuent à responsabiliser les citoyens dans la gestion de la santé globale de manière ponctuelle ou continue.

Des études en santé publique ont porté un regard sur la promotion de la santé et la gouvernance sanitaire en Afrique en effectuant un bilan de la santé communautaire (Jourdan *et al.*, 2012 ; Kane et Jabot, 2014) et en mettant l'accent sur les politiques et les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des programmes de santé (Ridde, 2013). Nombre de chercheurs en sciences sociales (Faye, 2012 ; Druetz *et al.*, 2015) ont aussi mis en exergue la portée ou les limites des intermédiaires de santé, sur la prise en charge des épidémies épisodiques (ou saisonnières) comme des soins de routine dans les centres et les postes de santé. Mais les constats se limitent au cadre temporel d'un programme ne prenant pas en compte la dimension cumulative de la pratique du bénévolat et ses effets sur le système sanitaire de manière particulière et sur le développement communautaire en général. Notre thèse vise à approfondir les connaissances à ce sujet en s'appuyant sur le cas du Sénégal.

⁷ Les ACS sont dans ce lot. Selon le recensement du programme national de santé communautaire en 2019, leur nombre envoisinerait 25000 ACS présentent dans toute l'étendue du territoire sénégalais.

⁸ Dans un contexte où le salaire moyen est bas (compris dans la fourchette 139 535 CFA à 504 568 CFA, soit environ 254 dollars à 920 dollars), les activités libérales parallèles comme les soins à domicile ou le travail à mi-temps dans les cliniques constituent des sources de revenus supplémentaires pour les agents médicaux et paramédicaux.

1.2.La santé communautaire en pointe au Sénégal

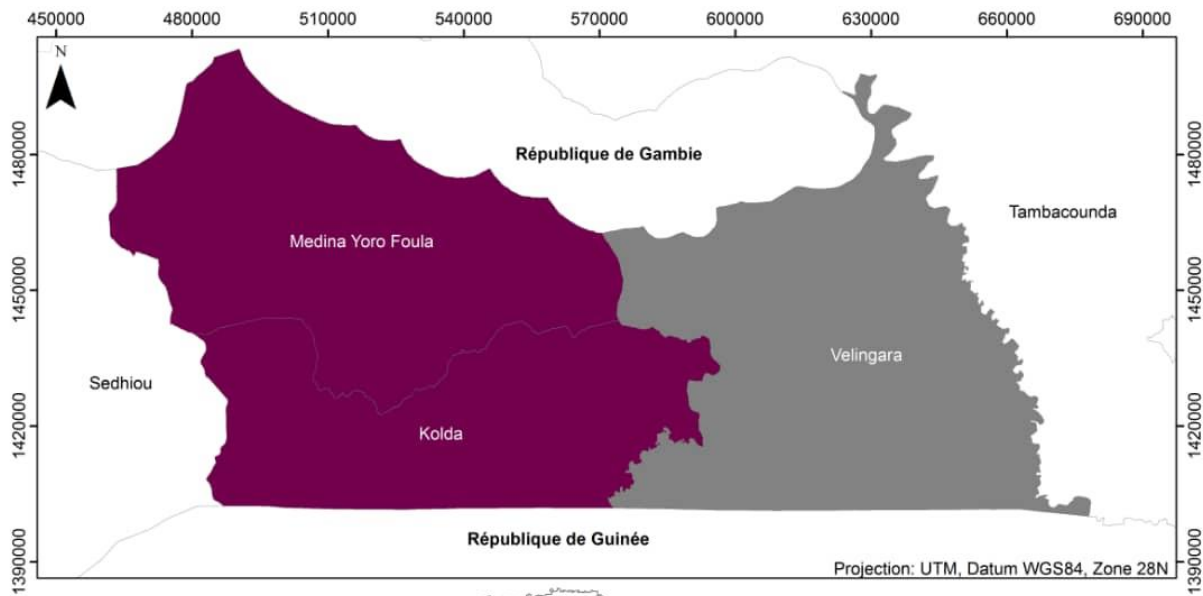
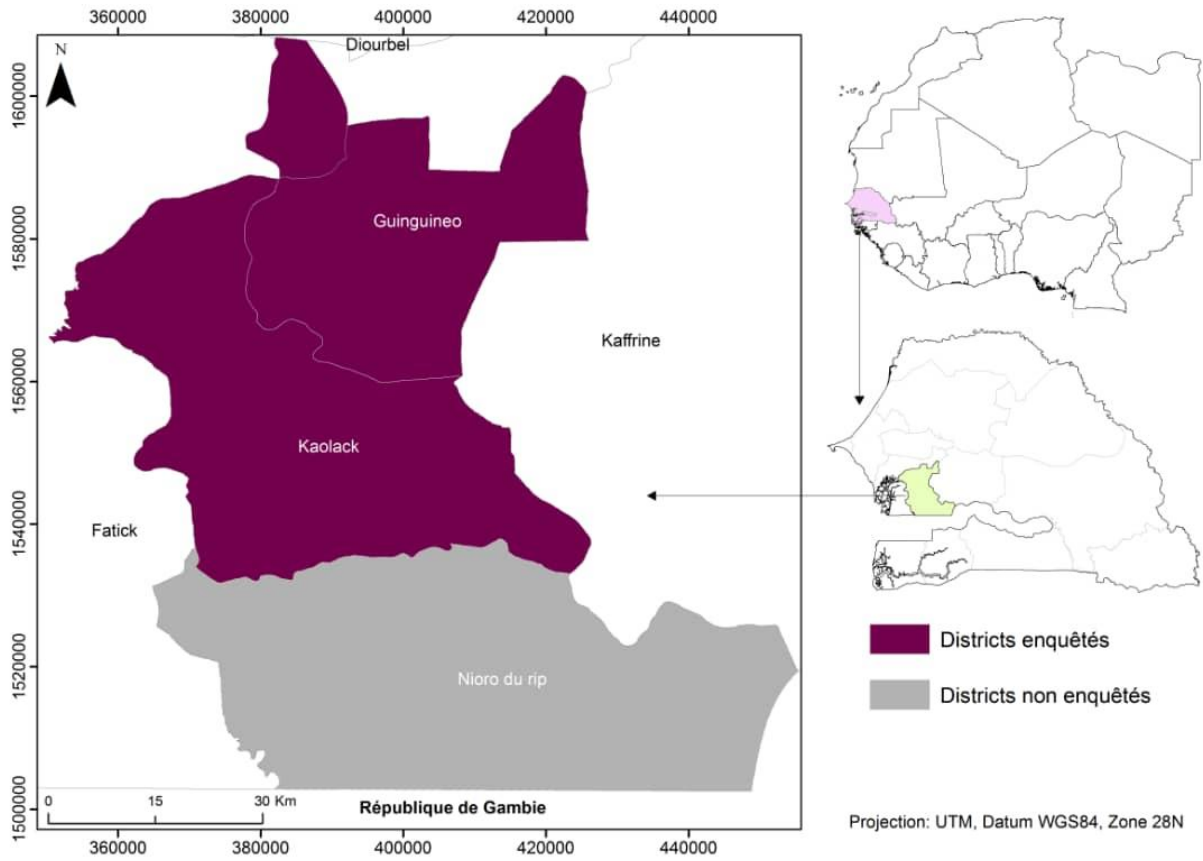
La santé communautaire comprend l'ensemble des tentatives d'amélioration de la santé au sens large où la population contrôle davantage l'ensemble de son devenir (Doumont et Aujoulat, 2002). Le Sénégal fait partie des pays qui expérimentent la participation des populations à la prise en charge de leur santé. Pour des raisons historiques, le pays participe à plusieurs projets pilotes⁹ menés dans cette sous-région ouest-africaine. Les résultats produits au Sénégal sont susceptibles d'être dupliqués dans les pays voisins (Guinée Conakry, Gambie, Mauritanie, Mali, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Niger), car ces derniers partagent les mêmes modes d'organisation et le même cadre sociopolitique pour impulser le développement de la santé communautaire (Jaffré, 2003 ; Pinaud, 2016).

Le dernier rapport des enquêtes démographiques et de santé (EDS, 2018) mentionne que le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle à la base de la pyramide sanitaire et englobe un réseau de postes de santé qui eux-mêmes supervisent les cases de santé et les maternités rurales constituant la zone de responsabilité du poste de santé. La fonction des districts est principalement d'assurer la prestation de soins de santé dans ses aspects promotionnels, préventifs et curatifs et des activités de soutien en rapport avec la gestion des ressources, la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités.

Pour délimiter le cadre d'étude et diversifier les cas à observer, quatre districts issus des régions de Kaolack (centre) et de Kolda (sud) ont été choisis selon deux critères, sociohistorique et géopolitique, que nous allons voir successivement.

⁹ Jadis tête de pont des politiques coloniales, le Sénégal est resté le pays d'accueil privilégié des projets portés par des organismes internationaux (Fassin D., Fassin E. 1989, 1996). On peut citer plusieurs exemples : les tests de diagnostic rapide pour le dépistage du paludisme, les tests de crachat-baar pour le dépistage de la tuberculose, la télémédecine pour la numérisation de la santé, l'introduction de la santé de la reproduction dans le secteur scolaire, etc.

Figure n° 2 : Cartographie du Sénégal et localisation des régions de Kaolack et Kolda



Dans les années 2000, le projet Basics mis en œuvre dans 22 districts couvrant quatre régions (Kaolack, Thiès, Louga, Ziguinchor) visait la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvénile. Il apportait ainsi une assistance technique au ministère de la Santé et de la Prévention médicale en matière de pérennisation et d'extension des programmes de suivi de l'enfant par le biais de l'implication des ACS. À l'instar des trois autres régions énumérées, Kaolack fait partie des régions pionnières concernant le recours aux ACS. C'est à Kaolack que s'est érigée la première Association des Relais Polyvalents plus connue sous l'acronyme ARPV. Cet ancrage historique donne aux ACS de Kaolack une valeur particulière. On y retrouve des individus dotés d'une grande expérience dans la participation communautaire et dans la mise en place de structures propres aux ACS.

La région de Kolda est, quant à elle, depuis plus d'une décennie le théâtre d'une expérimentation des approches communautaires. Du fait de statistiques sanitaires en santé maternelle néonatale et infantile en dessous de la moyenne nationale¹⁰, c'est dans cette région que l'on trouve un foisonnement d'acteurs aux dénominations changeantes. On note, outre les ACS, la présence d'autres groupes sociaux impliqués occasionnellement par les chargés de projets et de programmes pour améliorer la santé globale des populations. Nous y reviendrons dans les parties qui suivent.

Une autre caractéristique importante pour le choix des deux régions est leur localisation géopolitique. Il s'agit en effet de zones transfrontalières avec la Gambie et la Guinée Conakry. La surveillance de la santé globale des populations, plus instables et vulnérables qu'ailleurs, y rend nécessaire un engagement plus fort de la part des ACS. La mobilité des populations et l'instabilité de cette zone sud-ouest (du fait de la rébellion casamançaise) posent un défi majeur à la prise en charge de la santé, surtout celle de la mère et de l'enfant (EDS-Continue, 2018).

En introduisant de « nouveaux » acteurs dans un système composé de professionnels, l'objectif affiché des autorités sanitaires était, d'une part, d'adapter l'offre de soins à l'insuffisance d'agents qualifiés et, d'autre part, de répondre aux attentes spécifiques d'usagers habitant dans des localités ne disposant pas d'infrastructures idoines. Pour encadrer ce dispositif sanitaire et assurer son bon fonctionnement, l'État du Sénégal a pris des mesures afin de répondre aux attentes des ACS. De manière générale, il a initié des agences de promotion de l'emploi pour

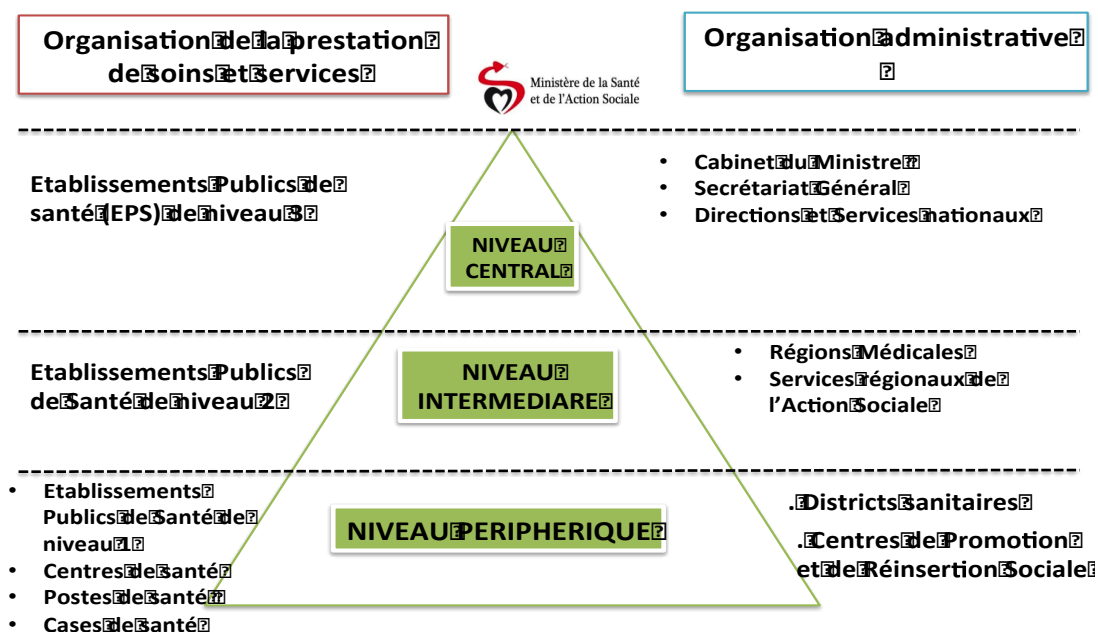
¹⁰ 588 décès pour 100 000 naissances vivantes à Kolda contre 510 pour la moyenne nationale (RGPHAE, 2013). La région de Kolda est aussi caractérisée par une faible utilisation des services de la Santé sexuelle et reproductive, la persistance des inégalités de genre des mariages d'enfants, de l'excision et la faible disponibilité des données de qualité dans ces domaines pour une prise de décision adaptée (EDS-2017).

améliorer l'accès aux activités socioéconomiques dans les zones reculées. Parmi les agences d'emploi, nous pouvons citer : l'agence nationale pour la promotion de l'emploi des jeunes, la délégation générale pour l'entrepreneuriat rapide des femmes et des jeunes qui sont des orientations phares de la politique d'emploi du gouvernement. Ces agences devraient permettre aux citoyens, les ACS en particulier, d'exercer des activités rémunératrices de revenus d'appoints (comme suggéré par l'OMS). À travers le plan d'urgence de développement communautaire, par exemple, le gouvernement sénégalais ambitionne aussi de réduire les inégalités sociales en corrigeant les disparités locales d'accès aux services sociaux de base par la mise en place d'infrastructures socioéconomiques et de programmes sociaux¹¹. D'ailleurs, la mise en œuvre de certains programmes, en particulier les programmes nationaux de couverture maladie universelle et de bourse de sécurité familiale, s'ajoute directement au panier des activités des ACS contribuant à élargir leurs prérogatives au-delà du domaine sanitaire.

Le système de santé est administré par le ministère en charge de la santé et de l'action sociale selon trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire (les régions médicales) et périphérique (le district sanitaire). Selon le rapport (ECPSS, 2017) de l'agence nationale de la statistique, malgré la réalisation d'infrastructures nouvelles, on observe une baisse de la couverture de soins par les infrastructures sanitaires accentuée par le déficit en personnels et les effets de la croissance démographique. Il en résulte une accessibilité inégale des populations aux soins, particulièrement pour les plus pauvres d'entre elles, qui sont les plus vulnérables aux maladies infectieuses et parasitaires.

¹¹ La première phase d'exécution du PUDC en 2017 prévoyait : 1) la construction et/ou la réhabilitation de 3 050 km de pistes rurales, de 250 forages et châteaux d'eau pour raccorder 1 016 villages ; 2) l'électrification d'au moins 325 villages et l'installation de 5 000 équipements de production et de transformation agricoles (moulins, décortiqueuses, batteuses, etc.) ; 3) la mise en place d'un Programme National de Bourse de Sécurité Familiale (PNBSF) ; 4) et un programme national de Couverture Maladie Universelle (CMU). (<https://www.sec.gouv.sn/dossiers/projets-et-programmes>)

Figure n° 3 : Organisation du Système de Santé au Sénégal



Source : MSAS, annuaire statistique, 2015.

La largeur du « niveau périphérique » (à la base de la pyramide) mérite que l'on s'y attarde. La notion « niveau périphérique » qui désigne la zone administrative du district sera préférée à celle d'« espace communautaire », notion indigène floue et polysémique. Sur le plan administratif, elle fait penser aux grands ensembles institutionnels : Union européenne, Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, etc. Ensuite, au niveau de l'usage taxinomique local, les acteurs décisionnels utilisent l'adjectif « communautaire » pour désigner un agent qui n'est pas fonctionnaire de l'État (sans faire de distinction entre les agents diplômés et les agents non diplômés). Dès lors, même un médecin peut être qualifié d'« agent communautaire » si sa rémunération monétaire est assurée au niveau local par le comité de développement sanitaire ou une collectivité territoriale. Enfin, si le terme « communautaire » est utilisé par les acteurs comme synonyme de district, il ne l'est pas par la taxinomie officielle pour désigner un niveau administratif de la pyramide sanitaire sénégalaise¹².

La notion de « niveau périphérique » nous semble plus concise et délimitée. Elle permet de circonscrire nos propos dans la pyramide sanitaire sénégalaise officielle. Sociologiquement, parler du niveau périphérique signifie que l'on s'intéresse à l'échelle la plus proche des populations, là où les interactions en santé sont les plus denses. Politiquement, le niveau

¹² Nous reviendrons plus loin sur la définition du concept de « communauté ».

périphérique offre des soins aux populations les plus précaires. Il est donc le lieu où la santé est livrée à la frange la plus vulnérable de la population en mobilisant des bénévoles pour appuyer le personnel soignant. Mais qu'entend-on par bénévolat ?

1.3.Des agents aux acteurs : pour une déconstruction théorique du bénévolat

Au Sénégal, plusieurs types d'individus sont dénommés « acteurs communautaires ». En dehors du secteur de la santé, les secteurs de l'éducation et de l'agriculture commencent eux aussi à avoir des « acteurs communautaires ». Dans le domaine de l'éducation, il s'agit d'individus qui organisent bénévolement des cours de rattrapage pour des élèves de leurs localités. Les actions visent à pallier le déficit d'enseignements. Dans le domaine de l'agriculture également, ce sont des personnes s'engageant à travailler dans les champs collectifs cultivés, notamment les rizières, pour parvenir à l'autosuffisance alimentaire. On retrouve donc des acteurs communautaires dès qu'il s'agit de travailler dans l'intérêt général, on attend d'eux un dévouement d'autant plus grand que l'État y consacre, au contraire, de moins en moins de moyens : le travail gratuit des bénévoles doit donc combler un vide.

Singulièrement, dans le domaine de la santé la participation des populations locales se fait de deux manières différentes nous conduisant à distinguer deux types de groupes : les acteurs intermittents et les acteurs permanents. Le groupe des acteurs intermittents est composé de plusieurs sous-catégories telles que les cercles de maris, les *dimbatul* (groupe de femmes stériles), les grands-mères, les comités de veille et d'alerte communautaire, les *nijjay gox* (parrain de quartier/village) et les relais temporaires (élèves et/ou étudiants). Ils sont ce qu'on peut appeler des « saisonniers de la santé » auxquels les ONG intervenant sur place font appel, de manière ponctuelle, pour mettre en œuvre des projets sanitaires. Ils sont caractérisés par une faible spécialisation des rôles et des interventions orientées principalement vers le volet de la sensibilisation. La durée de vie des groupes dépend souvent de celle des projets des ONG qui les mettent en place et les légitiment.

Le groupe des acteurs permanents, quant à lui, est caractérisé par une spécialisation des rôles plus accentuée. Il est composé d'acteurs à la légitimité diversifiée, historique, institutionnelle et politique, comme nous le montrons dans le chapitre 3. Il s'agit de sous-catégories d'ASC (aides-soignant·e·s), de matrones (aides sage-femme), de membres des comités de développement sanitaire (gestionnaires trésoriers), de dépositaires pharmacie-IB, de relais, de dispensateur·trice·s de soins à domicile (aides à domicile) et de *bàjjenu gox* (marraine de

quartier/village). Le dénominateur commun de ces acteurs est qu'ils sont sous la tutelle du personnel qualifié. En principe, ils devaient au départ participer à l'amélioration de la santé globale des populations de manière occasionnelle. Mais en réalité, depuis l'entrée en vigueur du financement basé sur les résultats (FBR) en 2006 qui les a consacrés et confortés (*cf. infra*), ils interviennent de manière régulière dans la prise en charge de la santé des populations incluses dans la zone de responsabilité des districts. C'est ainsi que le groupe des acteurs communautaires permanents devient omniprésent dans la division du travail du dispositif de santé mis en place dans les districts. Les individus de ce groupe entretiennent des relations plus ou moins denses avec le personnel soignant et institutionnel, les membres des ONG intervenants, les populations bénéficiaires des soins et les autorités locales.

Nous rassemblons sous le générique Acteur Communautaire de Santé (ACS) ces bénévoles faisant montre de disponibilité et de familiarité avec le domaine sanitaire et dont la présence au niveau périphérique est légitimée par une ordonnance institutionnelle prônant des modes d'engagements par volontariat, désignation ou élection. Ces personnes sont nommées officiellement « agents de santé communautaire », mais la notion d'acteurs rend mieux compte, selon nous, de leur capacité d'initiative, dans le prolongement des travaux sur les dynamiques professionnelles à l'œuvre dans les systèmes de santé en Afrique de l'Ouest (Hane, 2007 ; 2018). Au-delà de l'émergence d'une fonction soignante au niveau périphérique, du rôle incontournable des ACS et des inégalités dans le traitement des travailleurs, il s'agit pour nous d'analyser les incidences de la reconfiguration des ressources humaines en santé qu'ont engendrées les politiques et les réformes sanitaires. Spécifiquement, nous examinons la mobilisation socioprofessionnelle en intégrant les relations d'influences mutuelles suscitant des tensions dans le lien social, dans l'organisation du travail et dans la quête de statut. Dans le continuum du constat relatif à l'irruption d'une fonction soignante (Hane, 2018), nous donnons à réfléchir sur la structuration de cette fonction soignante, ses contours sociaux, professionnels et organisationnels ainsi que leurs effets sur le système sanitaire.

Les ambivalences liées à la pratique du bénévolat ont intéressé plusieurs auteurs. Globalement, deux catégories — vocation et pratique — peuvent être considérées pour expliquer les transformations du bénévolat. L'ACS peut être considéré *a priori* comme un bénévole dans la mesure où son action ne comporte pas *ipso facto* de rétribution financière et s'exerce sans contrainte ni sanction officielles. Il est destiné à servir les populations locales, quels que soient sa compétence ou son niveau de qualification (Ferrand-Bechmann, 1992 ; Simonet, 2002). À ce titre, on est rarement d'emblée bénévole, on le devient ou on apprend à le devenir par

l'incorporation des principes éthiques et déontologiques qui régissent son statut. Le bénévolat comme objet d'étude sociologique peut s'appréhender comme un cadre d'expérience dont la composition, la décomposition et la recomposition sont principalement appréhendées sous deux angles : le volontariat (ou choix de servir) et le cadre institutionnel (État, associations laïque ou religieuse, hôpital, etc.). L'engagement des ACS s'inscrit dans le cadre institutionnel et le défi est d'associer le principe de l'institution avec celui des particuliers (Lyet, 1997). Quels sont les problèmes inhérents à ce mode de bénévolat institutionnel des ACS effectué dans le domaine sanitaire ? Cette question invite à un examen des frontières entre bénévolat, travail et activité professionnelle.

S'il est fondé sur le désintéressement, le bénévolat nécessite souvent paradoxalement une contrepartie : grâce divine, accomplissement de soi, rétribution matérielle ou financière, etc. (Ferri, 1988). Dans nos sociétés contemporaines, le don est spontanément appréhendé comme le contraire d'une relation marchande (Prouteau, 1999). Cette dernière est en effet un échange reposant sur l'intérêt personnel des protagonistes de la transaction. Faire « don de soi » signifie au contraire mettre son temps à la disposition d'une cause, il s'agit d'un transfert unilatéral et désintéressé, différent des échanges mercantilistes. Cependant, le don est un mode d'échange qui repose fondamentalement sur le principe de la réciprocité : « *l'obligation de donner, active l'obligation de recevoir et de rendre* » (Mauss, 1980, p. 154). Sous ce rapport de réciprocité, le bénévolat ne constitue pas une exception. Un consensus semble être trouvé par les chercheurs selon lequel « *c'est une erreur de croire que les bénévoles sont sans coût* » (Ferri, 1988, p. 9). Ici le coût ne se réduit pas à la capitalisation numéraire ni aux dépenses générées par la logistique relative à leur travail, mais soulève aussi le principe de la réciprocité des avantages dans la pratique du bénévolat institutionnel. On peut donc convenir que : « *la valorisation du bénévolat est une condition de son expansion future. [...] le recours à des bénévoles ne dispense pas d'une stratégie de gestion des ressources humaines* » (Prouteau, 1999, p. 244).

De quelle valorisation s'agit-il dans le cas des ACS sénégalais ? Une cellule de santé communautaire a vu le jour récemment au sein du ministère de la Santé et de l'action sociale pour répondre aux attentes des ACS par le biais de la régulation afin de continuer à bénéficier de cette main-d'œuvre « bon marché ». La tenue du 14 au 16 février 2018 du premier forum régional sur la santé communautaire, regroupant plus de 500 participants venant des pays de la sous-région ouest-africaine, a été l'occasion d'un débat sur l'institutionnalisation des bénévoles en santé, mettant en évidence le bilan positif de leur participation. Par la suite, la cellule de santé communautaire a organisé un recensement des ACS dans les 14 régions du Sénégal. Cette

étude a fait ressortir en 2020 une cartographie complète, révélant un total de 25 998 ACS et de 6 075 établissements de santé communautaire, gérés exclusivement par ces derniers. Parallèlement, des documents stratégiques¹³ de santé communautaire sont produits pour encadrer leurs rôles et responsabilités. La cellule de santé communautaire a mis sur pied deux réformes majeures : la délimitation des rôles des catégories d'ACS et le remplacement des comités de gestion par les comités de développement sanitaire. La première vise à circonscrire les prérogatives des ACS et à mieux contrôler les pratiques dans le système sanitaire. La seconde s'attelle à garantir une meilleure gestion des fonds des districts sanitaires, en encadrant la répartition budgétaire dans les centres et les postes de santé (PCSC, Sénégal, 2014-2018). Puis, les responsables de la cellule ont confectionné 23 000 badges d'identification (voir annexe, n° 12) qui contribuent à valoriser ces individus et surtout leur permettent de bénéficier des services offerts par le ministère de la santé tels que la couverture maladie universelle. Toutes ces mesures constituent une amorce de réponse aux attentes de reconnaissance et de valorisation (Honnet, 2000 ; Voirol, 2005), mais sont-elles suffisantes pour les acteurs concernés ? Les initiatives étatiques ont certes facilité les interactions dans le travail des ACS, mais elles n'ont pas réussi à maintenir la pratique du bénévolat temporaire en santé, comme on va le voir au chapitre 1.

Les stratégies ponctuelles de gestion des ressources humaines présentes au niveau périphérique accordent en fait une place importante à l'improvisation. Le dispositif de santé communautaire au Sénégal se caractérise par un mode de gouvernance inégalitaire des ressources humaines issues du bénévolat (*cf.* chapitre 6). En cela, l'ACS n'est pas délié de toutes contraintes institutionnelles dans les activités de *cure* et de *care* qui lui sont assignées. D'abord, le personnel soignant exerce, peu ou prou, un pouvoir coercitif sur lui/elle afin de limiter les potentielles dérives ou erreurs dans le travail. Par exemple, les infirmiers et les sages-femmes choisissent, parmi les ACS sous leur tutelle, ceux et/ou celles qu'ils estiment disposer de compétences en conformité avec les tâches à déléguer ou les jours de garde à attribuer. Ce tri est une manière implicite de délimiter les territoires professionnels des ACS et de superviser leurs actions. Dans le même temps, le fait qu'on souhaite qu'ils occupent de multiples fonctions pour soulager le personnel qualifié montre leur importance. Puis, les populations évaluent implicitement l'engagement de l'ACS en comparant les services rendus ou refusés d'un tel par

¹³ Nous pouvons citer le plan stratégique national de santé communautaire (PSNSC) de 2014 à 2018, le manuel de gestion des médicaments au niveau des cases de santé, le guide de gestion de réunions mensuelles de coordination du poste de santé.

rapport à un autre. La sanction sociale dans ce cas prend la forme de dérisions, de ragots, de pratiques d'évitement. Enfin, le contrôle des « pairs » limite également l'absolue rationalité d'un ACS. Par peur de se faire exclure des relations communautaires avec les autres membres du groupe, l'ACS évite de se comporter en *free rider* (Olson, 1978) et adopte souvent des comportements favorables au collectif. L'absence d'équilibre entre la morale institutionnelle et la morale individuelle soulève l'importance de s'interroger sur la quête identitaire dans l'appropriation du rôle d'ACS (Vermeerch, 2004).

Le lien au travail fomenté une conscience collective de groupe partageant les mêmes conditions socioprofessionnelles qui prime sur la morale supposée du bénévole. Le bénévolat a été analysé comme un système de don contre don, mais les ACS mettent en place des collectifs associatifs devenus prioritaires à leurs yeux par rapport au soutien au personnel soignant et à la mise en œuvre d'interventions sanitaires en faveur des populations. En effet, les ACS mettent en avant leurs propres préoccupations socioprofessionnelles en montrant l'intérêt qu'ils associent à leur engagement bénévole (Prouteau, 1999). L'engagement bénévole au Sénégal est traversé par des contradictions qui interpellent l'approche de la santé communautaire. En se focalisant durant ces trois dernières décennies sur les meilleurs moyens de soigner les populations, le système de santé se voit ainsi rattrapé par la question du statut des bénévoles longtemps jugée résolue et à l'abri de toutes velléités de changements. Ceci au moment où le système de santé fait reposer ses activités promotionnelles, voire curatives, de manière non plus intermittente, mais permanente, sur les ACS, sans pour autant leur assurer certains droits sociaux (contrat d'embauche, salaire, couverture sanitaire, allocation à la retraite). Les ACS demeurent ainsi des « travailleurs » non statutaires sur lesquels repose une bonne partie des tâches.

Malgré ce flou entourant le statut des ACS, on observe de plus en plus des individus devenir bénévoles de la santé à temps plein. Une fois admis à l'intérieur du dispositif, ces mêmes individus sortent du contrat à temps partiel prévu initialement et cherchent à transformer cette occupation bénévole en emploi principal rémunéré. Comme cet emploi à plein temps n'est pas plus rémunéré financièrement (Diallo, 2015), les ACS cherchent alors à se faire une place dans l'arène locale, donc à troquer une rémunération financière contre une rémunération symbolique (nous y reviendrons au chapitre 3). Les principes sur lesquels repose le changement de gouvernance sanitaire ne tiennent pas compte des spécificités sociales des pays où ils sont mis en œuvre (Olivier de Sardan, 2017). L'approche de la santé communautaire s'imprègne certes des apories des systèmes sanitaires des pays de l'Afrique subsaharienne, mais elle passe sous silence la question du statut des bénévoles. Les politiques publiques sanitaires en Afrique

subsaharienne accordent plus d'importance au modèle d'intervention qu'à la prise en compte des intervenants, alors même qu'elles ne se fondent sur aucune communauté « naturelle ».

1.4. Une santé communautaire sans communauté

La participation communautaire repose sur le communautarisme supposé des populations africaines, c'est-à-dire sur un sentiment d'appartenance partagé générant une prédisposition à un engagement désintéressé de la part de ses membres (Fournier et Potvin, 1995). Cette approche, reposant sur la vision de la « communauté » faite de relations « chaudes », fortement chargées d'affectivité (Rocher, 1968), parie sur une solidarité mécanique par le « bas » entre des individus partageant des liens de parenté ou de proximité (Bayart, 1981). Elle suppose donc un type de société et de force sociale traditionnelles sur lesquelles assoir l'action publique, alors qu'en Afrique de l'Ouest, la santé publique technocratique domine encore l'esprit des interventions (Ridde et Druez, 2016). Les populations sont encore à la marge et parfois mobilisées comme un moyen, mais rarement, sinon jamais, comme une fin (McCoy et *al.*, 2012 ; Foley, 2010). En somme, ni les buts ni les moyens ne sont pensés pour être populaires. Or les ACS censés représenter ces populations s'inscrivent, d'une part, au carrefour de plusieurs communautés, dans un monde rural et/ou périurbain, où interfèrent des entités politiques, familiales, ethniques, professionnelles et religieuses. D'autre part, ces entités sont diversement travaillées par des intérêts individuels et collectifs, à commencer par le monde professionnel.

Une communauté politique peut être ancrée, dans un mode de fonctionnement fédératif, sur une sorte de démocratie locale. On retrouve, par exemple, cette organisation territoriale aux États-Unis. Elle s'est développée, selon Justin Levitt (2010), suivant le principe « un homme une voix » autorisant à un groupe de personnes concentré dans une unité géographique de partager des priorités et des intérêts similaires. Cette démocratie locale est structurée, d'après Émilie Bonnet (2014), autour de la notion de *redistricting* soit un redécoupage des circonscriptions électorales. Il permet à une minorité de former son propre district afin d'éviter que ses voix ne soient pas lésées par un vote de type majoritaire. Jean-Paul Gaudin appréhende de son côté la démocratie locale en Europe sous l'angle de la participation conçue « *comme notion, comme pratique et comme idéologie* » (2007, p. 8) en vue de promouvoir le développement de la démocratie intra-urbain entre les habitants. Elle se manifeste, selon l'auteur, par la mise sur pied de comités de quartier en Italie ou par la présence de dispositifs participatifs dans les grands projets d'infrastructures et d'urbanisme en France. En réaction aux résultats peu satisfaisants

de la gouvernance par le haut (Bayart et *al.*, 2001), des communautés politiques locales se sont ainsi érigées dans plusieurs pays comme un moteur de résilience des populations.

La communauté politique peut aussi revêtir la forme d'association de quartier/village dans laquelle des individus se regroupent pour le développement social, sportif et culturel de leur localité. En étudiant la métamorphose des associations bénévoles en France, Matthieu Hély (2009) relève que l'« entreprise associative » fait le lien social par le travail en cristallisant des tensions de diverses natures. Mais nombre d'auteurs ont pu souligner le caractère également intéressé du bénévolat débouchant sur des rendements hautement différentiels (Prouteau, 1999). Les auteurs se sont penchés sur le brouillage des frontières entre bénévolat, volontariat et salariat (Ferrand-Bechmann, 2000, Demoustier, 2002 ; Simonet, 2002, 2018a, 2018b), sur la compatibilité entre les principes institutionnels du bénévolat et les attentes des particuliers (Lyet, 1997), ou encore sur les défis de professionnalisation liés à la formation des bénévoles à la technologie de l'information pour la gestion administrative et financière des associations (Chanut-guieu, 2009). Au Sénégal, des structures associatives semblables existent dans chaque quartier/village sous le nom d'associations sportives et culturelles. Elles font essentiellement des activités sportives par la mise en place d'équipes de football pendant les vacances pour participer aux tournois de division locale (la *navétane*). Ces structures associatives ne constituent cependant pas le réceptacle de la santé dite « communautaire ». Les ACS ne sont donc pas partie prenante d'une communauté politique, ni au sens associatif ni au sens de la démocratie locale.

La dimension religieuse de la communauté a été documentée par certains auteurs dans le contexte sénégalais. Malick Ndiaye (1998) nous apprend ainsi que l'entraide économique est très développée au sein des *móodu móodu*¹⁴, surtout chez les *talibé Mouride* (disciples religieux). Selon lui, cet engagement bénévole au sein de la communauté *Mouride* puise sa source dans les attentes de reconnaissance des fidèles par le guide religieux ou *gërëmal seriñ bi*. Attirer l'attention du *gërëmal seriñ bi* devient le mobile intrinsèque aux actions de bienveillance financière entre Mourides de la même communauté. D'après Sadio Ba Gning (2011), le don va plus loin, car il met en évidence une logique de *diayanté* (soumission). Autrement dit, le *talibé Mouride* prend un engagement sacerdotal de type sacrificiel, un don

¹⁴ L'acception de ce terme sénégalais a évolué. Initialement, il désignait l'émigré du *Njàmbur* (région de Louga, centre du Sénégal). Aujourd'hui, *móodu móodu* désigne toutes sortes d'émigrés économiques.

complet de sa personne et de ses biens au service de la cause exclusive de *Serigne Bamba* (le guide spirituel), garant de sa grâce céleste.

Tout le Sénégal se caractérise, dans la sous-région, par la présence d'un fort sentiment religieux dans un pays constitué à 98 % de croyants (94% de musulmans et 3% de chrétiens), contrastant avec une structure politique entièrement laïque, héritée du colonialisme. Ainsi l'engagement est fort dans les autres communautés religieuses du pays : catholique, Tidiane ou Layenne. Lors des grandes cérémonies religieuses, des actions bénévoles se développent dans le but d'assurer la prise en charge des frais de transport, l'accueil et l'organisation des sites d'hébergement ou le *dâ*, la préparation et la distribution des repas pour les invités.

Mais, bien qu'il soit une variable importante pour analyser certaines problématiques sociales (comme celles liées à la famille, l'économie, la formation, etc.), le fait religieux n'est pas une variable importante dans la compréhension des logiques du bénévolat sanitaire au Sénégal — pas plus qu'il n'apparaît directement sur la scène politique. Cela peut paraître paradoxal, voire inintelligible : comment faire l'économie de la référence à la religion au Sénégal dans l'analyse du bénévolat ?

En instaurant la laïcité comme fondement de l'État-Nation sénégalais, les premiers dirigeants du pays ont dissocié l'espace public et l'espace religieux, disqualifiant par là toute coloration religieuse dans la sphère politique. Même si la conviction intime de chaque ACS est susceptible d'être teintée de croyance religieuse¹⁵, l'organisation du bénévolat par l'État structure fortement les attentes des bénévoles. L'État est un éminent pourvoyeur de ressources, il représente un moyen omniprésent d'ascension sociale. Il a fallu nous rendre à l'évidence : lors de nos enquêtes exploratoires, l'appartenance à une communauté « professionnelle », ou socio-thérapeutique de travailleurs bénévoles, est apparue comme plus importante, aux yeux des ACS, que les croyances religieuses et les appartenances à une confrérie (*cf. infra*). Cela explique pourquoi nous privilégions ici la description des interactions dans la co-construction et la réinvention de l'engagement bénévole entre des individus issus de groupes sociaux différents.

La dimension épistémique de la communauté enfin : les chercheurs en sciences sociales classiques (comme Ferdinand Tonnies, Max Weber, Niklas Luhmann...) ont longtemps été contraints de distinguer entre les notions de *gesellschaft* (société) et de *gemeinschaft*

¹⁵ On retrouve dans beaucoup de bureaux de l'administration ou chez les ACS des iconographies religieuses, des nattes de prières, etc. A noter que nous n'avons pas d'hostilité de principe envers la religion dominante, bien au contraire.

(communauté), débouchant chacune sur un cadre épistémologique et empirique spécifique (Salzbrunn, 2010). Basée sur une étude minutieuse des communautés, la dernière approche a été utilisée pour servir de cadre de référence à l'implantation de la santé communautaire dans les pays « en retard » dans la prise en charge de la santé. L'étude des communautés, plus connue sous l'appellation anglo-saxonne *community studies*, repose sur une approche ethnographique pour faire ressortir les traits caractéristiques d'une population circonscrite dans une localité géographique. L'objectif poursuivi est de fournir une cartographie complète des forces, des faiblesses, des potentiels et des obstacles pour accompagner et optimiser les actions publiques dans une zone donnée (Schrecker, 2006). Aujourd'hui, l'adéquation du concept de communauté à un objet social traditionnel pose question.

Les écrits sur le lien entre la structure des peuples africains et le développement peuvent être classés en trois catégories distinctes. D'abord, il y a des auteurs qui estiment que les ethnies sont encore une réalité palpable et que leur diversité constitue un frein pour bâtir des nations. L'article fondateur d'Earterley Williams et de Ross Levine publié en 1997 soutient clairement que la « tragédie économique » du continent noir est principalement due à l'hétérogénéité de ses sociétés. La division ethnique des sociétés africaines est également souvent invoquée en toile de fond pour expliquer des troubles sociaux, l'instabilité politique ou des retards de développement dans le continent.

Ensuite, d'autres positionnements théoriques soutiennent que le communautarisme est toujours en vigueur dans le continent africain et se manifeste sous deux angles. Le premier l'appréhende comme réalité concrète spatio-temporelle surtout rurale. Une tendance utilitariste des relations sociales est ainsi connotée urbaine, dans les capitales ouest-africaines, alors que dans le monde rural, l'organisation de la vie fondée sur le lignage serait toujours d'actualité, compte tenu d'une tradition perçue comme immuable dans laquelle la « culture du partage » (partage de temps, d'argent, de service, de travail) est omniprésente dans les relations sociales (Marie et al., 1997). Le second met l'accent sur son versant théorique, voire idéologique. Il défend l'idée selon laquelle l'organisation fondée sur le lignage (ethnique) perd de plus en plus de terrain face à l'organisation fondée sur le territoire (national). L'identification ethnique ou les moments d'ethnisation du corps social dans le continent africain surgissent avec des effets notamment sur l'éducation, la profession et l'identité de l'individu. L'ethnie demeure comme hypostase et comme substitut implicite à la notion de race dans les organismes internationaux (Bonnet, 2009).

Enfin, la thèse de la disparition des ethnies soutient que dans les sociétés rurales africaines, notamment précoloniales, une solidarité communautaire a pu fonctionner comme modèle de régulation sociale, mais elle est entrée depuis longtemps dans un processus d'hybridation entre tradition et modernité (Diop, 2003). Ces constats corroborent les travaux classiques de Georges Balandier (1960) qui faisait remarquer que l'introduction du salariat avait fortement affaibli le mode de vie communautaire des peuples africains. Ainsi, on a pu différencier entre un fonctionnement clanique et tribal amoindri (qui subsiste certes, notamment dans des pratiques cérémonielles obligantes pour la famille) et le maintien, voire le renforcement à visée économique, d'obligations familiales de « proximité », où le lien d'obligation dépend du degré de parenté (Marie et *al.*, 1997). L'affaiblissement du lien communautaire et sa transition « sociétale » (Balandier, 1960 ; Tonnies, 2010) rendent possible une diversification des appartenances (Sainsaulieu *et al.*, 2010) et une certaine autonomisation des individus, masculins d'abord, qui deviennent par exemple davantage candidats à l'émigration (Bouilly, 2008), mais aussi féminins, sur le plan local (World Bank, 2018).

Si l'on observe les relations d'influence entre les ACS, on se rend compte du brassage des ethnies (perçues comme telles) au travers des échanges matrimoniaux et de la migration. Ces phénomènes, sous-tendus par le développement de certaines zones, favorisent la circulation des modèles d'engagement et leur acculturation dans l'espace périurbain et rural. À Kolda, région majoritairement habitée par des Peuls, des ACS Joola venant de la région de Ziguinchor font preuve d'engagement bénévole pour l'amélioration de la santé dans leurs zones de résidence. De la même manière, à Kaolack, la cohabitation des Sereers et des Wolofs crée un contexte où des ACS s'inspirent mutuellement à travers des valeurs de don de soi et de résistance au travail. Au sein des groupes ethniques, la démocratisation de l'exercice des métiers efface les barrières socioculturelles établies par les appartenances aux castes : par exemple le métier de chanteur n'est plus l'apanage des griots (Diop, 2003), même si les outsiders rencontrent plus de difficultés dans leur carrière. Dans la sphère sanitaire, les appartenances à une ethnie ou à une caste ne sont pas très prépondérantes parce que cette division sociale du travail est remplacée par l'offre sanitaire médicale et publique. Ainsi, le foisonnement des peuples se présente comme un atout pour une santé participative agissant comme scène de démonstration des valeurs culturelles. Le fait communautaire, tel qu'il est défini par les instances sanitaires nationales et internationales pour crédibiliser et justifier le bénévolat, est un mythe, car il n'existe pas en Afrique de communauté ethnique homogène, latente ou organisée. Il y a en

revanche plusieurs groupes sociaux et d'ethnies qui cohabitent et s'influencent mutuellement — voire qui instrumentalisent, sur le plan politique, des résidus ethniques.

Les ACS se signaleraient même par un défaut criant de communauté. La redéfinition moderne des domaines de compétence sanitaire et de leurs frontières a débouché sur une série de communautés professionnelles : généralistes, infirmiers, chirurgiens, sages-femmes, psychiatres et pharmaciens (Aiach et *al.*, 1994). Les rapports entre les professionnels de santé, la société et l'État ont engendré une reconfiguration de l'espace sanitaire dans lequel les ACS ne trouvent cependant pas leur place. Pourquoi ? Parce que la déprofessionnalisation des métiers paramédicaux ne donne pas lieu de facto à de nouvelles professions : « *les reconversions qu'elle entraîne n'explicitent pas l'affirmation de nouveaux métiers* » (Fall et Vidal, 2005, p. 257). Malgré la mise en exergue de l'émergence d'une fonction soignante profane (Hane, 2007), on n'en sait pas plus sur ses caractéristiques. Celles des ACS, qui nous intéressent particulièrement ici, ne répondent à aucune définition classique, de l'intégration sociale (Durkheim, 1967), de l'efficacité rationnelle (Weber, 1971) ou du fonctionnalisme (Parsons, 1939).

La santé communautaire, même si elle s'exerce dans un contexte où des communautés spécifiques coexistent, ne repose donc sur aucune forme de communauté spécifique. Les sociétés africaines sont traversées par des dynamiques sociales qui oscillent entre communautarisme, individualisme et néo-communautarisme, différemment en milieu rural et urbain (Marie et *al.*, 1997). Néanmoins, compte tenu de la définition individualisée de l'activité des ACS, notre objet nous oriente vers une définition active et individuelle de la vie sociale au Sénégal. C'est dans cette optique que nous nous intéressons au processus consistant à « faire communauté en société » (Sainsaulieu et *al.*, 2010), qui correspond au moment où l'individu, incapable à lui seul de satisfaire ses aspirations, s'associe avec ses semblables pour tenter de tirer profit positivement de son positionnement social et former une communauté *a posteriori* plutôt qu'*a priori*. Lorsqu'on analyse de près le discours et la pratique des acteurs impliqués dans l'action publique (Sombié et *al.*, 2015), on note que la période durant laquelle l'individu œuvrait « mécaniquement » pour le collectif s'estompe peu à peu pour laisser apparaître une nouvelle configuration des forces sociales au niveau périphérique.

La distinction de Mark Granovetter (1973) entre lien fort de consanguinité et lien faible de relations professionnelles garde ici toute sa pertinence. Couplée avec la perspective de Jean-François Médart (1969) et Philippe Macaire (2004) recommandant l'utilisation du concept de « communauté » avec un adjectif qualificatif, cette distinction permet de circonscrire davantage

la nature de la communauté dont on parle. Comme ces auteurs, nous mobilisons la notion de « communauté socio-thérapeutique » pour caractériser les ACS. L'acception de la notion de « communauté » qui nous semble finalement la plus simple est celle proposée par Ivan Sainsaulieu, dans la continuité de la définition de Ferdinand Tonnies, reprise par Max Weber, comme « *un art de vivre des relations sociales, comme mode d'interaction et d'appartenance au quotidien* » (2010, p. 239). En nous appuyant sur cette définition, nous constatons que les ACS sont plutôt un groupe qui se constitue occasionnellement dans sa mobilisation au travail.

2. La mobilisation socioprofessionnelle des bénévoles en santé au Sénégal

Une littérature abondante interroge sous des angles thématiques différents la mobilisation des acteurs de santé. Les modes de gouvernance des ressources humaines professionnelles et bénévoles, les modalités d'implication et les comportements subversifs à vocation égalitaire et émancipatrice ont attiré l'attention de plusieurs chercheurs. La mobilisation des acteurs sociaux est une thématique à l'intersection de nombreuses disciplines et approches de recherche. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous tentons de présenter une revue de littérature des principales études menées ces dernières années sur les acteurs dans la mise en œuvre de l'action publique pour comprendre les logiques de mobilisation communautaire, en Afrique subsaharienne en particulier. Pour cela, nous allons non seulement passer en revue certains travaux portant sur la mobilisation des acteurs locaux dans la mise en œuvre de politiques publiques en santé, mais encore nous montrons la particularité de la mobilisation des ACS justifiant l'intérêt scientifique d'étudier cette catégorie d'acteur ainsi que les enjeux qu'elle soulève dans le système sanitaire sénégalais en particulier. Cet état de l'art permet de montrer la pertinence d'aborder cet objet non dans une perspective d'intervention ou d'évaluation, mais avec les outils des sciences sociales.

2.1. Une analyse instrumentale du rôle des ACS dans l'action publique

Les mobilisations des ACS ont été appréhendées sous trois principales thématiques : les apports fluctuants des représentants locaux dans la prise en charge de la santé des populations, les effets des rapports de domination entre classes sociales dans la légitimité des représentants choisis et les inégalités de gouvernance qui préfigurent les carrières différenciées des bénévoles. On verra que ces travaux reviennent pour la plupart de manière synchronique, sur le caractère utilitaire du rôle des ACS, en accordant la primeur à l'efficacité et/ou à l'efficience de la participation communautaire.

L'apport des ACS réside dans leur capacité à amener la santé jusque dans les bas-fonds, auprès des habitants inaccessibles (géographiquement ou culturellement) pour le personnel soignant. Les retours d'expériences du virus Ebola indiquent qu'il est nécessaire d'engager et de responsabiliser les habitants locaux dans la lutte contre cette maladie pour assurer une démedicalisation effective de la prise en charge des épidémies (Faye, 2017 ; Diouf, 2020). Cette gestion populaire va de l'élaboration des moyens de lutte à l'accompagnement à l'enterrement des morts, en passant par la sensibilisation aux barrières socioculturelles (les rumeurs basées sur des théories complotistes) et la communication favorisant l'adoption des meilleurs comportements de santé. Dans le contexte du Sénégal, les ACS ont activement participé à la surveillance épidémiologique dans les zones frontalières des pays touchés par le virus Ebola, notamment la République de Guinée. Ces ACS ont joué un rôle important dans ces zones en sensibilisant les villages les plus reculés par des séances de démonstration de lavage des mains, de détection des signes et d'adoption des bons réflexes. Pour réussir sa mission, l'ACS doit être légitime aux yeux des populations auxquelles il/elle est appelé-e à travailler.

Or c'est là où le bât blesse : les modes d'implication des ACS privilégient parfois certains individus et contribuent à la reproduction de l'élite locale (Fassin et *al.*, 1986). En zone urbaine, des ACS s'adonnent à « *des pratiques destinées à contourner des statuts faits pour assurer le caractère démocratique des élections* » (Balique et *al.* 2001, p. 42), tandis qu'en zone rurale ce sont les oligarchies locales qui orientent les décisions en leur propre faveur (Olivier de Sardan, 2009), remettant en cause la légitimité de l'action sanitaire. Cette erreur de casting se manifeste jusque dans l'assignation d'objectifs parfois contradictoires à la citoyenneté sanitaire, notamment la maximisation de leurs gains (Tizio et Flori, 1997), la thésaurisation des fonds communautaires (Ridde, 2003) et la conservation de leurs pouvoirs (Beyer, 1998). Ainsi, les processus communautaires de sélection déclenchent une rupture déontologique et instaurent la prédominance de l'acteur culturel sur l'acteur sanitaire (Modeste, 2019).

Dans un tel cadre, faiblement légitime, les ACS font recours de manière stratégique à leur capital social populaire (Rétière, 2003), ou « capital d'autochtonie » (Bayart, 2001 ; Piermay, 2012) pour perdurer dans le métier. Entendu comme le degré d'ancrage social qui valorise les activités d'un individu dans ses relations interpersonnelles, le capital d'autochtonie confère sa légitimité sociale à l'intervenant — autochtone ou néo-arrivant — l'autorisant à mobiliser les personnes autour d'un objectif collectif au sein d'une population donnée. Plus construit qu'hérité de la tradition, le capital d'autochtonie devient une compétence socio-professionnelle indispensable pour les bénévoles d'où tout l'intérêt d'appréhender les mécanismes par lesquels

opèrent son acquisition et son amplification, en dehors ou en sus du lobbying traditionnel des oligarchies locales (Fassin et *al.*, *op. cit.*).

L'absence de démocratie dans les modalités d'implication fait que les ACS désignés, contrairement aux ACS élus, manquent de légitimité et comblent le manque par des alliances professionnelles, installant une iniquité dans la gouvernance globale de ce groupe (*cf. infra*). En effet, les cadres de référence des modes de fonctionnement des districts sanitaires, en cherchant à remplir leur cahier des charges vis-à-vis des bailleurs de fonds internationaux (au détriment de la prise de considération des contextes locaux), engendrent une incohérence entre les choix économiques et l'environnement social, institutionnel et moral dans lequel les politiques de santé s'enracinent (Tizio, 2003, 2004). Cette pluralité d'institutions actrices de développement sanitaire, fonctionnant sur la logique du *top down*, et de la séparation entre dominants et dominés, réduit la « bonne gouvernance » à de la bonne pratique, c'est-à-dire à la création d'un marché de santé qui débouche sur l'absence de possibilité de constituer une approche globale (Alenda, 2016). Par conséquent, les établissements de santé sont « cloisonnés et hiérarchisés, sans penser à leur complémentarité en ce qui concerne la création d'un compromis social » (Alenda, 2016, p. 350). L'absence de coordination dans l'encadrement du bénévolat sanitaire favorise un recours « sauvage » à la main d'œuvre des ACS par les institutions dominantes (ONG, responsables ministériels, municipaux et sanitaires) et crée incidemment une déprofessionnalisation de la gouvernance à la base des inégalités dans la gestion des carrières des bénévoles.

Pourtant, les travaux de Houéfa Maria Gorette Legonou (2019) sur la dynamique de gouvernance des relais communautaires dans la zone sanitaire de Djidja, Abomel et Agbangnizoun, montrent à suffisance l'importance de la gouvernance inclusive adossée à la compétitivité de l'économie locale dans le développement socioprofessionnel des relais communautaires. Ils établissent un lien de causalité entre la compétitivité de l'économie locale et le développement des relais communautaires. L'auteure démontre que l'engagement des relais dans le travail bénévole dépend des incitations financières qu'ils espèrent recevoir. En prenant en compte le contexte institutionnel, organisationnel et social du Bénin, cette étude met en lumière la nécessité de la mise en place de mécanismes de valorisation dans la motivation des travailleurs.

Rapportée au cas des ACS sénégalais, la gouvernance était au début exclusivement confiée aux professionnels de santé (médical et paramédical) responsables des centres et des postes de santé.

Mais les réformes sanitaires ont instauré une multi-polarisation des responsables de tutelle pour les ACS, qui collaborent différemment avec les bénévoles, accordant ainsi des privilèges inégaux aux sous-catégories d'ACS : prise en charge de la couverture sanitaire des *bàjjenu gox*, gratification mensuelle des ACS travaillant au sein des structures de santé. Nous verrons plus loin que cette gouvernance exclusive, accordant des exonérations et des gratifications de manière sélective, n'est pas sans conséquence à la fois sur le moral des autres ACS ainsi que sur leurs carrières respectives. En cristallisant des inégalités de traitement entre les travailleurs, elle pose le problème de l'équité professionnelle entre ACS et entretient des clivages de genre (Hane, 2020).

D'ailleurs, la division sexuelle du travail entre ACS revêt une importance capitale aux yeux des femmes en âge de procréer cible principale du programme de santé maternelle infantile et néonatale. L'expression « division sexuelle du travail » définit ici les rôles et les tâches assignés à chaque sexe dans la production et la reproduction sociale. Elle prend en compte l'ensemble du travail social effectué, quel qu'en soit le lieu d'exercice, qu'il soit gratuit ou rémunéré (Kergoat, 2018). Cette différenciation sexuée a fait l'objet de plusieurs études sur les rapports de genre au travail. Les conclusions de la plupart des travaux sur ce sujet indiquent que les « frontières de l'inégalité » (Maruani, 1998) se déplacent, elles n'ont de cesse de se recomposer, de trouver d'autres appuis.

Le choix des personnes appropriées pour la mise en œuvre de programmes spécifiques, en rapport avec la santé maternelle néonatale et infantile, doit inéluctablement s'arrimer aux attentes des bénéficiaires (Diallo, 2018). Les réticences des femmes aux produits contraceptifs distribués par les ACS hommes témoignent par exemple de la nécessité de s'adosser sur la division genrée des tâches pour garantir l'appropriation des interventions (Diallo, *ibid.*). Pour autant, il ne s'agit pas de renforcer l'ordre social, au contraire. S'il s'avère important d'instaurer une sélection genrée des participant·e·s pour assurer la réussite des activités menées par les ACS, en mettant l'accent sur l'efficacité des choix des acteurs locaux, la montée en puissance du rôle des femmes peut avoir un effet retour sur la répartition traditionnelle des pouvoirs (Faye, 2017). Avec l'accentuation du leadership des femmes, à partir de l'avènement des *bàjjenu gox* (marraine de quartier/village)¹⁶ en 2010, les cartes du pouvoir local sont rebattues et

¹⁶ Voir à ce sujet la note institutionnelle intitulée « les *bàjjenu gox* au front pour des résultats salutaires » [Ministère de la santé, Dr. Rosalie Diouf, paru en ligne dans Sud-Quotidien le 15/07/2020], dans lequel les spécialistes du ministère de la santé, notamment la Direction de la santé de la mère et de l'enfant, témoignent de la vitalité du rôle des 8600 *bàjjenu gox* que compte le Sénégal dans la réduction du taux de mortalité de la mère et de l'enfant. Ou encore l'article de Clémence Cluzel (2020) : « les *bàjjenu gox*, ces gardiennes de la santé au Sénégal » [Quebec

profiteraient plus aux femmes affiliées à plusieurs cercles sociaux (groupement de femmes, service d'hygiène, éducatrice sexuelle, gestion de la progéniture) valorisés dans le domaine de la santé. Parallèlement aux enjeux d'inégalités dans le tri effectué à l'entrée du bénévolat sanitaire, nous nous intéressons aussi aux relations professionnelles dans le travail, à la fois entre le personnel qualifié et le personnel bénévole et entre les bénévoles eux-mêmes, ainsi qu'aux incidences de la culture sénégalaise dans la division sexuelle du travail des ACS

Deux notions servent le plus souvent à saisir les transformations liées au genre dans le travail : la « consubstantialité » permet de mettre en évidence les rapports sociaux (sexe, groupe professionnel) et leurs interactions (Kergoat, *op cit.*), tandis que « l'intersectionnalité », plus récente, désigne l'articulation complexe des identités/inégalités multiples (Blige, 2009). Dans le cas des ACS il s'agit principalement de rendre compte des angles morts de la revanche féminine dans une société sénégalaise dominée par le patriarcat. Nous appréhendons alors plus la notion de consubstantialité que celle d'intersectionnalité pour rendre compte spécifiquement des rapports de domination entre sexes et entre catégories. On y reviendra plus en détail dans le chapitre 4 pour aborder les dimensions plus spécifiques du « sale boulot » (Hughes, 1996 ; Arborio, 2009). Nous montrons aussi comment le bénévolat sanitaire constitue un espace d'autonomisation des femmes ainsi que la valeur d'exemple de ce phénomène pour les autres femmes sénégalaises.

En résumé, au-delà de la question normative des « choix efficients » des acteurs du *care*¹⁷, notre préoccupation centrale est d'analyser de manière globale les mutations dans le métier d'ACS, au travers de leurs interactions en situation de travail. S'il n'existe pas encore de production scientifique consacrée au processus de professionnalisation des bénévoles de santé en Afrique, la combinaison des perspectives proposées par les auteurs ci-après nous semble pertinente pour comprendre les mobilisations socioprofessionnelles des ACS.

science, paru en ligne, le 30/11/2020], qu'elle a fait en partenariat avec le centre de recherches pour le développement international (Canada).

¹⁷ La notion de *care* (le « souci des autres ») apparaît pour la première fois aux États-Unis au début des années 1980 et couvre plusieurs champs de recherches : psychologie, philosophie morale, sociologie, anthropologie (*cf.* Carol, 1982 ; Tronto, [1992] 2009). Nous entendons l'explorer suivant la perspective de Pascale Moliner, en mettant en avant à la fois sa portée heuristique dans le domaine des sciences sociales et ses vertus émancipatoires dans le domaine politique (Moliner, 2013).

2.2. Une analyse processuelle d'une mobilisation à bas bruit¹⁸ égalitaire

En partant des résultats des analyses utilitaires du rôle des ACS, nous tentons d'appréhender la dimension égalitaire et émancipatrice de la mobilisation suivant une approche processuelle et interactionniste. Malgré les efforts consentis par l'État au Sénégal, les ACS recherchent en effet une meilleure reconnaissance du travail bénévole par des mobilisations discrètes en vue d'améliorer une position initialement délimitée. Ivan Sainsaulieu (2012) a indiqué les déclinaisons du concept de mobilisation contestataire ou consensuelle. L'auteur montre comment dans l'institution hospitalière la mobilisation prend une forme plus consensuelle que contestataire. La distinction entre ces deux formes permet de montrer que la mobilisation dans le travail n'est pas exclusivement d'ordre syndical et contestataire (grève, boycott, manifestation). Elle peut aussi être consensuelle (collaboration et coopération entre travailleurs), si les participants vivent dans leur mobilisation au travail une remise en cause égalitaire des rapports sociaux traditionnels (locaux).

Le cas des ACS dépasse le cadre hospitalier. Leur mobilisation se prolonge dans l'espace public comme les travaux d'Emmanuelle Bouilly (2019) l'ont montré sur la thématique de l'immigration. En privilégiant à sa façon la dimension non protestataire du concept de mobilisation dans l'espace public, cette dernière met en exergue le potentiel subversif des mobilisations par le « bas » en Afrique¹⁹. « Mobiliser sans protester » est un moyen pour les femmes (mères, épouses, sœurs) des candidats à l'émigration irrégulière de se faire entendre. Selon elle, les acteurs sociaux peuvent employer un répertoire organisationnel hybride (association revendicative, self-help, mutuelle d'épargne, coopérative de travail) qui vise l'État ainsi que des modes d'action sans confrontation avec les autorités publiques (témoignage dans les médias, participation aux meetings politiques ou à des conférences internationales). Elle

¹⁸ Le colloque tenu à Dakar du 18 au 20 décembre 2019, intitulé « Mobilisations à bas bruit ; de nouvelles promesses de changements » a été un moment particulièrement intéressant pour nous. Il était axé sur trois thématiques majeures : 1) *une alchimie avec l'État ? Affichage versus participation et orientation négociée.* ; 2) *une alchimie sans État ? Formes d'autonomie de la société civile* ; 3) *une mobilisation sans idéologie ? Le sens du juste au cœur des mobilisations.* La richesse théorique et la variété empirique des communications conjuguée avec la profondeur épistémologique des interventions ont beaucoup contribué à circonscrire l'orientation de la problématique de cette thèse. Notre acception du terme est explicitée dans les pages qui suivent.

¹⁹ Johanna Siméant (2013, 2016) montre par exemple que la carence dans la production scientifique en matière de la sociologie des mobilisations dans les terrains africains remonte au grand partage disciplinaire : une sociologie occidentalocentrée et une ethnologie/anthropologie des autres peuples. Les premières productions scientifiques dans ce domaine ont concerné une analyse des mouvements sociaux, cherchant le bon acteur de l'histoire dans les conflits armés et les régimes dictatoriaux. Tout en soulignant certains avatars (protester/mobiliser/ne pas consentir), elle estime que la perspective des « mobilisations non protestataires » reste un champ en plein développement.

dégage une perspective qui nous paraît intéressante rapportée à notre objet : cette caractéristique influe-t-elle sur la mobilisation socioprofessionnelle des ACS ? L'approche d'Emmanuelle Bouilly nous inspire en ce qu'elle permet de concevoir la mobilisation dans l'espace public. L'important est pour nous, d'une part, de comprendre dans quelle mesure les structures d'appartenance sociales traditionnelles sont reproduites dans la solidarité corporative entre les ACS. En ce sens, nous allons chercher à savoir si les groupes féminins comme celui des *bàjjenu gox*, ont des formes de mobilisation spécifiques en vue d'améliorer leur statut. Cherchent-elles un rattachement au système sanitaire et comment cela change-t-il ou non le rapport de genre ? D'autre part et surtout,

En dehors de l'État, les acteurs sociaux interagissent également avec d'autres entités. Concernant les ACS, il s'agit surtout des ONG, des responsables sanitaires des collectivités territoriales et des populations concernées par leur intervention. La notion de « mobilisation à bas bruit » que nous adoptons dans cette thèse recouvre une définition charnière visant à associer les positionnements conceptuels de Sainsaulieu et de Bouilly. Notre définition propose d'inclure les facteurs structurels et organisationnels constituant la professionnalisation des ACS. La mobilisation à bas bruit suppose que des groupes sociaux emploient un répertoire organisationnel hybride qui vise ou non les autorités, ainsi que des modes d'action, reposant sur un triple processus : être mobilisés (pour soi ou pour autrui), mobiliser des alliés (constitution de groupes qualitatifs) et se mobiliser (processus de résolution d'un problème). Cette acception de la « mobilisation à bas bruit » recouvre donc des dimensions sociales, associatives et organisationnelles.

La dimension sociale renvoie au sens vécu — catégories émiques —, celui que les acteurs accordent aux notions de « bénévolat » et de « communauté » permettant d'appréhender le renforcement ou l'essoufflement du lien social entre l'ACS et la population qu'il est censé servir. La dimension associative, quant à elle, est orientée sur la conscience qu'ont les ACS de former un groupement. Elle conduit à observer les actions collectives des ACS dans le système sanitaire ou à la marge dans le but de mettre à l'agenda des instances de décisions locales des préoccupations socioprofessionnelles, ainsi que les rhétoriques et les pratiques utilisées pour contrôler l'accès au travail bénévole. La dimension organisationnelle renvoie enfin au processus de définition du travail bénévole et de formation des segments professionnels. Elle s'intéresse aussi aux effets du port des insignes paramédicaux et des argots d'appellation dans la prise de conscience du groupement professionnel. Elle commande de reconstituer tout le processus de négociation des origines aux résultats obtenus en passant par les alliances, les contre-alliances,

les rhétoriques fondatrices et les enjeux de pouvoir en son sein. Nous mettons en perspective les contextes et les conditions d'exercice pour observer la professionnalisation des ACS en œuvre dans le champ de la santé.

Finalement, on peut considérer les mobilisations des ACS comme un phénomène caractérisant un groupe social (des travailleuses et travailleurs informel·le·s) qui lutte pour rendre visible son travail socio-sanitaire. L'étude des interactions, des relations de domination ou de collaboration entre les logiques étatiques et citoyennes dans l'espace public local permet de comprendre les facteurs explicatifs des mobilisations socioprofessionnelles des ACS depuis leur engagement initial dans le dispositif sanitaire à l'échelon des districts. L'objectif principal de notre travail est de mettre en relief la mobilisation socioprofessionnelle des ACS et les mesures de valorisation ou, *a contrario*, de répression à bas bruit (Talpin, 2016) en vigueur dans le dispositif de santé communautaire. Si l'on sait que pour beaucoup d'entre eux, il y a un enjeu de reconnaissance et de stabilisation du statut, dans quelle mesure le statut hybride et précaire de ces travailleurs façonne leur capacité de contestation de leur situation. Comment ces revendications ou attentes nourries-elles des formes de mobilisation discrètes ou plus ouvertes ? En un mot, nous cherchons à **comprendre les traits socio-professionnels des mobilisations des ACS** parce qu'elles visent une professionnalisation porteuse d'émancipation et d'égalité par la construction de lien social en interne et en externe et une forme de conscience de groupe à la marge du système formel. Qu'est-ce que la professionnalisation ? Quelle tournure prend-elle dans le cas des ACS ?

La notion de professionnalisation est polysémique, car elle renvoie à des enjeux qui se différencient en fonction des groupes d'acteurs qui la promeuvent (Paradeise, 2003), amenant Howard Becker (1962) à le qualifier de *folk concept*. Certains auteurs ont néanmoins tenté de dégager un contenu général de la notion. Par exemple, en s'intéressant aux soubassements des intentions de professionnalisation, Richard Wittorski (2008) identifie trois sens :

« [...] *la constitution d'un groupe social autonome (professionnalisation-profession), l'accompagnement de la flexibilité du travail (professionnalisation-efficacité du travail) et le processus de fabrication d'un professionnel par la formation (professionnalisation formation). Loin de s'articuler, ces significations s'opposent et font donc débat social.* » (2008, p. 15).

Pour ces trois sens que peut revêtir la notion de professionnalisation, Didier Demazière et Charles Gadéa (2009) estiment qu'il y a deux angles d'analyses possibles ayant longtemps cristallisé la différence entre approches fonctionnalistes et interactionnistes.

La première s'attache à étudier les tentatives des groupes professionnels pour étendre leurs emprises sur leurs activités en se protégeant des injonctions venant d'autres catégories de travailleurs, ou en essayant d'obtenir des formes de reconnaissance et de protection de la part d'autorités publiques, ou encore en contrôlant leurs futurs membres à travers des barrières à l'entrée (titres, concours, droits d'exercice). Ces approches conçues pour analyser des corps de métiers déjà constitués sont insuffisantes pour comprendre la dynamique des travailleurs bénévoles au Sénégal. Les ACS ne sont pas statutaires ; l'essence même de leurs activités est de recevoir des directives à exécuter auprès des populations ciblées, en principe. De plus, leur activité relevant officiellement du bénévolat ne leur permet pas d'empêcher l'accès d'autres personnes souhaitant apporter leurs soutiens pour la prise en charge de la santé des populations. Devenir ACS ne requiert pas de diplôme. À ce titre, il n'est pas pertinent d'appréhender la professionnalisation en fonction de l'étude des barrières à l'entrée, car elles n'existent pas encore dans le travail bénévole des ACS. Mais il y a bien des conflits de positionnement entre ACS, les polyvalents pensant que les saisonniers ne font partie pas de leur catégorie.

La seconde piste d'analyse proposée par Didier Demazière et Charles Gadéa (*ibid.*) concerne les groupes professionnels s'attelant à trouver leur public pour justifier leur activité, ou se confrontant à des difficultés à faire reconnaître leur caractère professionnel. Les groupes peuvent également montrer des mécanismes de différenciation des conditions d'emploi, du niveau de rétribution, des formes de valorisation, de la production d'inégalités entre professionnels dans le même domaine. Everett Hughes (1996) a défendu cette thèse. Selon l'auteur de *The Sociological eyes* (1996), le processus de professionnalisation doit davantage insister sur la manière dont les acteurs se coalisent et mettent en œuvre des stratégies pour défendre leur territoire. Cette conception est reprise par Claude Dubar (2003) qui proposait d'appeler un groupe professionnel « *un ensemble flou, segmenté, en constante évolution, regroupant des personnes exerçant une activité ayant le même nom doté d'une visibilité sociale et d'une légitimité politique suffisantes, sur une période significative* » (2003, p. 51). Selon l'auteur, la professionnalisation suppose une analyse des trajectoires individuelles et collectives de négociation sociale au sein d'un groupe professionnel et au-delà en vue de constituer une profession.

Nous reprenons cette conception mouvante des métiers et des occupations, marquée par les tensions et les conflits nés des indéterminations des statuts et des pratiques, tout en épousant une vision phénoménologique admettant qu'il existe un processus de traduction des normes officielles en normes pratiques (Olivier de Sardan, 2005), entre les attentes institutionnelles et les aspirations individuelles. La description des pratiques des ACS révèle des glissements auprès de chaque catégorie d'ACS, lesquels glissements ne sont pas l'œuvre exclusive des ACS, mais le produit d'interactions et de négociations entre divers acteurs au quotidien.

Anselm Strauss (1963) a montré le caractère « professionnalisé » du milieu hospitalier, où interviennent des professionnels aux formations et aux objectifs divers, se trouvant à des étapes différentes de leurs carrières et inscrits dans des modes bien distincts d'investissement dans le métier, jouant sur l'ordre qui s'y négocie. Nous considérons le niveau périphérique comme un « monde social » entendu comme un univers de réponses mutuelles et régularisées (Strauss, 1963, 1992 ; Shibutani, 1986) entre les ACS, le personnel soignant, les autorités (publiques et privées) et les populations. La dynamique professionnelle des ACS s'est accentuée à l'aune des réformes entreprises dans le système sanitaire sénégalais, dont les plus importantes, la politique du financement basé sur les résultats, le remplacement des comités de santé par les comités de développement sanitaire (*cf. infra*), ont exigé des responsables sanitaires locaux, publics comme privés, qu'ils s'adosent à un service à temps plein des ACS pour être compétitifs. Concomitamment, la question statutaire des ACS est restée sous la table, malgré l'existence d'un cadre réglementaire²⁰ relatif à la fonction publique locale et au volontariat civique.

Les ACS occupent donc une position d'intermédiaire qui leur ouvre de nombreuses possibilités de négociation professionnelle que la perspective des « écologies liées » proposée par Andrew Abbott (1988) permettra de bien circonscrire. Il s'agit concrètement de chercher les liens d'influences mutuelles entre tous les groupes professionnels présents dans le domaine de la santé communautaire au Sénégal. Les associations mixtes d'ACS, les groupements des *bàjjenu gox*, les personnels médical et paramédical et les populations bénéficiaires des soins constituent comme un « système des professions » (Abbott, *op. cit.*). Ces entités différentes s'influencent mutuellement au sein de l'espace public local. Par le biais de la responsabilisation genrée, la

²⁰ Devenant une compétence transférée avec l'acte 3 de la décentralisation, la santé et ses ressources humaines devraient être à la charge des collectivités locales (maires des communes et des villes). C'est à ce niveau que la question de l'insertion à la fonction publique locale des individus (volontaires) est traitée. L'État a également une possibilité d'enrôler des volontaires (comme les ACS) dans le service civique national, à même titre que les militaires, en les allouant un pécule arrimé au SMIG (55 000 francs CFA [83,85 euros]). Nous y reviendrons plus en détail dans le chapitre 6.

diversité des modalités d'implication (élection, désignation) et de gouvernance des sous-catégories, les responsables sanitaires locaux et les populations bénéficiaires participent incidemment à la construction des légitimés sociales des ACS débouchant sur des identités socioprofessionnelles. Nous rendons compte de tout ce processus à travers une grille de lecture articulant la quête de légitimité (individuelle et collective) et la construction d'identités socioprofessionnelles durant la socialisation professionnelle, afin de montrer comment se négocie la place du « travail informel » en santé.

2.3. Un *empowerment* du lien social par le travail informel en santé

Le travail informel peut être défini comme une activité non conforme aux normes qui régissent le droit du travail. L'informalité d'un travail peut provenir de diverses situations (travail au noir, entrepreneuriat non déclaré, activités fondées sur des accords de gré à gré) ou diverses entités (comme des entreprises non déclarées). En Afrique, le taux d'emploi informel est le plus important au monde. Il atteint 80 % des activités globales, tandis qu'en Europe de l'Est et en Amérique centrale, par comparaison, les taux avoisinent respectivement 20 % et 60 % (Albertini et *al.*, 2020). Le secteur informel touche tous les compartiments de la vie active (économique, agricole, sanitaire) et absorbe un nombre croissant de déscolarisés, voire de diplômés (Hugon, 2018). Considérées comme des trappes à pauvreté et à vulnérabilité, les stratégies mises en place jusqu'ici visent à réduire sa taille afin de promouvoir une vision du développement.

Mais, cette démarche juridico-administrative ne prend pas en compte la validation sociétale des activités par les populations concernées. La formalité d'une activité bute souvent sur l'articulation entre l'utilité sociale et la réglementation institutionnelle. Quid du travail informel dans le domaine sanitaire ? Il s'agit, Il s'agit ici, au sens que nous donnons à la notion de mobilisation à bas bruit, ici d'appréhender le travail informel en santé produit par les ACS comme une perspective porteuse de dynamiques de développement et de progrès locaux originaux. Comment ? En orientant notre investigation sur la manière dont la professionnalisation des ACS est structurée en dehors du circuit formel établi par les autorités sanitaires. Suivant cette perspective, la professionnalisation du travail informel en santé comme objectif principal de la mobilisation des ACS se joue durant la socialisation professionnelle. Paradoxalement, pouvons-nous parler de socialisation professionnelle pour une activité bénévole ?

Le concept de « socialisation » a été beaucoup utilisé par les chercheurs. En France, Émile Durkheim (1902) et Pierre Bourdieu (1980 ; 1994) se sont servis de ce concept pour montrer comment l'individu est façonné par son milieu social notamment la famille et l'école. Aux États-Unis, la socialisation a également été étudiée sous l'angle des interactions pour comprendre les relations sociales dans divers cadres sociaux, par exemple le monde de l'art (Becker, 1988) ou les professions médicales à l'hôpital (Freidson, 1970), et leurs effets sur les comportements d'un individu. Sous ce rapport, le travail bénévole peut aussi être considéré comme un cadre social ou un univers socialisateur (Lahire, 1998). Dans *Men and their work*, Everett Hughes (1955) identifie un schème général de référence pour étudier les interactions *lato sensu* dans le travail en intégrant la dimension historique des phénomènes sociaux qu'il considère comme un préalable dans la connaissance de l'état actuel des processus dans le travail. L'auteur propose un modèle de socialisation qui repose à la fois sur une « initiation » à la culture professionnelle et une « conversion » au rôle attendu. Appliquer cette approche dans le cas des ACS revient à investiguer leur légitimation au sein et en dehors de l'institution hospitalière et la formation des identités sociales et professionnelles.

Dans le prolongement des travaux de Hughes, Claude Dubar analyse les différentes dimensions du concept de socialisation (1998) comme : 1) une transaction entre un individu et un groupe ; 2) une représentation politique du monde ; 3) un processus implicite et impersonnel ; 4) une construction graduelle pour l'incorporation d'un code symbolique ; 5) ou encore un processus d'identification et de construction d'identité. Selon lui, cette dernière dimension, qui nous intéresse particulièrement ici, s'approche plus des relations sociales et professionnelles dans le sens où « *Se socialiser c'est assumer son appartenance à des groupes* (d'appartenance ou de référence)... » (Dubar, 1998b, p. 32). La compréhension du processus de socialisation permet de reconstruire les identités sociales et professionnelles des individus. L'identité réelle d'un travailleur serait ainsi toujours à rechercher dans le système d'action articulant son identité normative (rôle assigné par l'institution) et son identité revendicative (rôle réel joué).

Nos enquêtes exploratoires ont révélé que les ACS passent au moins 1/3 de leur temps dans les activités organisées par les autorités publiques qui les mettent en relation avec des professionnels (sanitaires et politiques) et des clients (populations). Nous documentons le processus de socialisation du travail des ACS au sein et en dehors de l'institution hospitalière à l'issue duquel nous déduisons les transformations des rôles d'ACS et les enjeux inhérents à ce phénomène. On verra que même dans un travail bénévole les interactions avec les groupes en face à face marquent durablement la vie des individus. Comment les ACS se socialisent-ils dans

le cadre du bénévolat sanitaire ? En quoi ces processus nourrissent-ils une légitimité et des identités socioprofessionnelles ?

Dans sa théorie de l'action sociale, Max Weber (1971) distingue trois formes de légitimités : la légitimité rationnelle-légale conférée par le titre ou le statut officiel dont on est porteur (chef de quartier par exemple ici) ; la légitimité traditionnelle conférée par la possession d'une compétence ou d'une connaissance valorisée par la tradition (patriarche, seigneur terrien, imam, sage). Les deux premières formes ne caractérisent pas les ACS, qui ne sont ni des agents statutaires ni des autorités traditionnelles. Comme nous le verrons plus loin, la légitimité des ACS est avant tout du genre charismatique et se situe dans une continuité de la pratique de « l'exemplarité » ancrée dans les sociétés africaines précoloniales. Mais une fois dans le dispositif, cette légitimité individuelle se matérialise par l'entretien et l'expansion du capital d'autochtonie, au cœur de la légitimation socioprofessionnelle collective. Au centre de l'activité des ACS, la prise en charge du couple mère/enfant suppose en effet des interventions successives des différents types d'ACS afin de réduire la complexité sociale (Luhmann, 2006), en amenant les populations à s'approprier des interventions sanitaires. La mise en place du collectif s'appuie sur le travail d'articulation (Strauss, 1992), c'est-à-dire un passage de relais qui s'organise entre eux. Cette interdépendance systémique dans le travail est convertie en coalescences de sous-catégories donnant naissance aux segments professionnels pour préserver l'utilité sociale du métier d'ACS.

La notion de « segment » est inventée par Rue Bucher et Anselm Strauss en 1961 pour montrer l'hétérogénéité des groupes professionnels. Au sein de l'hôpital, les ACS n'ont pas les mêmes niveaux d'accès aux soins ni les mêmes comportements devant les incitations financières provenant de la caisse de la structure de santé ou d'un bailleur externe (État, ONG, don personnel, etc.). Les modalités nationales de leur valorisation ne sont pas neutres, elles créent des segments entre des travailleurs de même domaine. Nous nous intéressons aux mécanismes de coalescence émanant de l'extérieur (État, ONG, autres groupes sociaux intervenants) ou de l'intérieur (dispositif au niveau périphérique) dans le but d'identifier les « identités au travail » et les « identités professionnelles » (Perrenoud et Sainsaulieu, 2018) qui peuvent être souvent imbriquées, voire instrumentalisées. Il s'agira pour nous de saisir les processus de composition et de recomposition identitaires des ACS, en sus de la séparation taxinomique en sous-catégories effectuée par la cellule de santé communautaire. Nous investiguons en ce sens la nature de leur contribution, les identités d'attribution et d'appartenance lors des interactions dans le travail, ainsi que les projections dans le métier.

Finally, the forms of mobilization mentioned, resulting from work relations, gender, individual and collective aspirations, testify to the polymorphic nature of volunteer experiences perceived by individuals as a springboard to social mobility in a context of social elevator breakdown (Gadéa, Bouffartigue et Pochic, 2011). Neither formal profession nor natural community, the particularity of mobilizations is their valorizing character of the ACS status, without translation in politics and social movement (Sainsaulieu, 2012). Hence the pertinence of questioning the mechanisms of reforming public action at the peripheral level in order to know if associative instances authorize ACS to create, in a needle, connections with superior groups holders of positions of influence (Oberschall, 1973) susceptible to participate in the amplification of the fight for professionalization? Or, *a contrario*, do they allow to establish a force ratio with superior hierarchies and the seasonal workers to preserve professional territories?

Notre hypothèse est que les ACS recréent le lien social et constituent un groupe semi-professionnel qui se manifeste par une conscience collective émergente. To demonstrate in an inductive way, we first focus on their work practices, their professional socialization in relation with local contexts. If one does not forget the dimension of volunteering, this constitutes a contradiction. We will see, through their biographical trajectory, that their work practice redefines volunteering rather than volunteering defines their work. We do not forget that this work is in relation with a public, so the question of the place, primordial or not, of the public in their identity. We lean towards the negative, as we will see that the capital of autochthony is strategically invested in a differential way by the ACS. We will also see that mobilization supported by women's groupings is a carrier of a metamorphosis of the traditional woman who escapes instrumentalization by men. There is effectively a traditional community of *care* that is developed and that leads to a form of feminine solidarity. It now plays a socially important and mobilizing role. We will finally see the attempts at institutionalization and the alternatives of careers to which the ACS occupation gives place.

This demonstrative frame is based on a theoretical framework combining several sub-disciplines in the intention of making dialogue, as much as possible, different perspectives elaborated in different terrains. Our thesis does not situate itself only in a « regional area », whose conceptual pertinence is largely debated (Bennani-Chraïbi et Fillieule, 2012), but at the crossroads of anthropology and sociology, of volunteer work, of mobilizations and of

groupes professionnels surtout, avec des éléments d'une sociologie des organisations et du genre. Elle appréhende à la fois les dimensions développementales du bénévolat (Olivier de Sardan, 2002 ; Simonet, 2004), les interactions dans la constitution de groupe professionnel (Abbott, 1988 ; Hughes, 1996 ; Demazière et Gadéa, 2009), la division sexuelle du travail et l'opposition femme/homme autour du « sale-boulot » (Maruani, 1998 ; Arborio, 2009) et les promesses d'émancipation dans les mobilisations à bas bruit (Sainsaulieu, 2017 ; Bouilly, 2018). Toute cette armature théorique a nourri le dispositif méthodologique et l'enquête sur lesquels ont reposé notre thèse.

3. Méthodologie subjectiviste et objectivante

On pourrait croire que l'approche quantitative permet de comprendre le groupe des ACS à travers notamment une étude axée sur la distribution statistique des caractéristiques sociodémographiques. Même si nous avons caractérisé les ACS *a posteriori*, en nous appuyant sur une base de données fournie par les acteurs du terrain eux-mêmes, cette caractérisation ne se situe pas au cœur de la problématique de notre thèse. En revanche, elle permet de compléter nos analyses et d'objectiver la réalité observée. C'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas partis de cette approche, parce qu'elle ne s'avère pas heuristique pour appréhender le processus de mobilisation à partir duquel les traits socioprofessionnels des ACS émergent. L'approche qualitative, au contraire, permet de le faire, notamment du fait de la souplesse de ses outils et ses techniques. Elle est donc plus appropriée pour étudier les ACS en profondeur pour saisir les trajectoires biographiques et professionnelles, analyser des rapports de domination et de contre-pouvoir dans le travail, ainsi qu'appréhender des carrières alternatives.

En Afrique de l'Ouest où le paysage du travail est largement dominé par des métiers informels, étudier l'autonomisation professionnelle d'un groupe c'est arpenter un sentier parsemé d'obstacles épistémologiques (Bachelard, 1938 ; Bourdieu *et al.*, 1968). Car la recherche y est très souvent confrontée, au-delà des écueils épistémologiques et méthodologiques, à des enjeux relationnels dont les modes de résolution présagent de la qualité du matériau recueilli ainsi que la validité des résultats produits. D'où la nécessité d'objectiver cette négociation dans la place d'observateur dans le terrain.

Cette thèse propose un voyage dans les terrains africains où la sociologie des groupes professionnels n'est pas encore très développée, encore moins en matière de méthodologie de recherche propre à cette sous-discipline. Au-delà du cas du Sénégal, notre enquête rejoint un

débat international sur les transformations de l'action sanitaire et sociale, autour de l'*empowerment* et le développement du bénévolat comme travail (presque) gratuit aux États-Unis et en France (Eliasoph, 2010 ; Simonet, 2018b). Avec l'exemple des ACS sénégalais, on verra surtout comment l'autonomisation d'un groupe dépend d'une écologie formant un nœud complexe du « système des professions » (Abbott, 2005), que le chercheur devra dénouer lors de sa démarche empirique.

La présentation de notre démarche méthodologique s'articule autour de deux points. Le premier fait la chronique de la réflexivité dans l'approche de terrain, notamment des ruptures épistémologiques, du déroulement de l'enquête, des difficultés rencontrées et de la posture adoptée pour faire y face. Le second présente l'environnement et la démarche d'objectivation des résultats, en revenant sur les choix méthodologiques, la revue documentaire, les techniques d'analyse et de production des résultats. Nous terminerons par une présentation du plan général de la thèse.

3.1. Chronique de la réflexivité dans l'approche du terrain

La question de l'approche du terrain est au cœur de plusieurs travaux d'épistémologie de la recherche. Nous pensons, comme Patrick Homolle, que « *Le terrain engloutit, possède, dévore. On s'immerge, se plonge dedans, s'y débat aux prises parfois avec une rationalité qui semble vous échapper. On cherche : l'"autre", le "divers", le "lointain", le "proche" ; on s'y cherche aussi.* » (2011, p. 66). Mais l'essentiel est de rendre compte des partis pris éventuels (Bourdieu et al., 1968), et de montrer comment on construit la réalité qu'on décrit, en relevant surtout la frontière étanche entre le militantisme de la posture assignée et l'objectivité de la posture revendiquée (Bazin et al, 2011). Quels outils avons-nous utilisés pour constituer notre corpus de données ? Quelle a été notre posture de recherche ? Pour répondre à ces questions, nous racontons de prime abord le processus de distanciation vis-à-vis de l'objet d'étude. Ensuite, nous revenons sur les justifications des outils et de la posture de recherche en lien avec le contexte du terrain. Enfin, nous exposerons les limites inhérentes à notre méthode en particulier, de la thèse en générale.

Les ruptures épistémologiques

Les ruptures épistémologiques avec l'objet ACS sont passées par des lectures et des échanges lors des séminaires et des rencontres scientifiques. Étant donné que nous avons effectué nos recherches de master sur le même thème, l'enjeu de la thèse était d'observer, sur une échelle

théorique et empirique plus large, le phénomène de l'engagement bénévole tel qu'il s'opère dans la région ouest-africaine. En ce sens, nous avons entrepris un processus de distanciation et d'objectivation de l'objet. Il nous a permis d'arriver à établir un changement de grille de lecture à trois principaux niveaux : 1) au lieu de rechercher le bénévole idéal, nous nous sommes attelé à investiguer le sens que les acteurs donnent à leur engagement bénévole ; 2) au lieu de formuler des questions qui laissent entrevoir que la délégation des tâches est dévalorisante, de voir la perspective complémentaire et même valorisante du sale boulot ; 3) au lieu de croire que le fait de considérer la communauté comme un allié et l'État comme ennemi relève du naturel, de rechercher le sens des mobilisations des ACS. Ces différentes ruptures ont été cardinales pour se départir, tant soit peu, du regard subjectif, des prénotions, et se recentrer sur la réalité objective.

Une approche monographique avec une variante ethnographique importante

Nous nous sommes positionnés dans une perspective de sociologie compréhensive, en utilisant la monographie définie, non pas comme une simple technique de collecte de données ou d'exposé des résultats, mais au-delà, comme une véritable stratégie de recherche, incluant le chercheur, l'objet et la méthode (Yin, 2003). Notre objectif est de comprendre en profondeur le groupe des ACS sénégalais, en utilisant divers outils et techniques.

Les **récits de vie (RDV)** ont été réalisés uniquement avec les ACS. Ils sont circonscrits sur les thématiques relatives aux motifs d'engagement, au vécu autour de l'initiation et de la conversion dans la division du travail et aux projections sur le métier d'ACS. Nous avons choisi de nous focaliser sur la phase professionnelle des acteurs à la place de remonter toutes les phases de vie des individus (Antoine, Ouédraogo, Piché, 1998 ; Beguy, 2006 ; Adjamagbo et al., 2015). Ce recentrage nous a paru important, car les ACS ne se différencient pas par leur socialisation primaire (Durkheim, 1911 ; Bourdieu, 1979). Elle n'a pas d'impact majeur sur leur engagement, contrairement à d'autres groupes comme les *hackers* (Zufferey, 2018). Rendre compte des rôles sociaux pré-ACS ayant suscité le passage à l'action de manière personnelle ou via une impulsion externe (Strauss, 1978, Bechmann, 2000), nous semble suffisant pour appréhender les logiques d'engagement. Nous nous situons à la fois du côté des interprétations subjectives des acteurs (récits des expériences personnelles des ACS) et des effets des conditions matérielles dans la norme du désintéressement (Demazière, Horn, Zune, 2009). Suivant cette perspective, nous tentons de livrer des explications concernant l'agrégation d'aspirations professionnelles individuelles débouchant sur le constat général de la mobilisation

socioprofessionnelle au niveau périphérique. Néanmoins, ces interviews en tête-à-tête sont insuffisantes pour comprendre l'action collective dans la mobilisation socioprofessionnelle, c'est pour cette raison que nous avons également mené des discussions de groupe avec eux.

Le *focus-group* est l'outil idéal pour susciter un débat de contradiction entre des acteurs, choisis suivant un critère commun d'égalité. Lors des discussions de groupe avec les ACS, nous avons confronté des individus issus de sous-catégories différentes : les plus expérimentés avec les moins expérimentés, les hommes avec les femmes. L'objectif est de saisir les logiques de coalescence et de démarcation (Brubaker, 2001 ; Hénaut et Poulard, 2018), les formes de mobilisation à bas bruit pour se légitimer vis-à-vis des groupes en dessus et pour se prémunir contre la concurrence venant d'en bas. Les saisonniers en santé ont eux aussi été conviés aux discussions de groupe afin connaître leurs motivations à pratiquer le bénévolat sanitaire, les types de relations qu'ils entretiennent avec les ACS et de recueillir leurs avis sur les mobilisations socioprofessionnelles. Outre les ACS et les saisonniers, les discussions de groupes ont concerné une autre cible : les femmes en âge de procréer. En effet, dans le cadre de cette thèse, nous nous focalisons principalement sur les interactions autour des programmes touchant la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes en âge de procréer deviennent, à cet effet, une cible importante dans l'analyse de la mobilisation socioprofessionnelle des ACS du fait de la densité des interactions avec ces derniers. Là aussi, nous avons veillé à constituer un groupe composé de femmes primigestes venant de connaître l'expérience de l'accouchement assistée par des acteurs subalternes d'une part, et multigestes censées avoir bénéficié plusieurs fois de l'assistance des ACS. En confrontant les points de vue des bénéficiaires des services des ACS, nous avons recueilli leurs avis concernant les mobilisations socioprofessionnelles permettant de saisir les incidences des rhétoriques de l'opinion publique locale (Abbott, 1988) dans la mutation de l'occupation bénévole.

D'ailleurs, les ACS, les saisonniers et les femmes en âge de procréer ne sont pas les seuls à développer des opinions sur la pratique du bénévolat dans le domaine sanitaire, les responsables sanitaires publics (agents ministères, personnel qualifié et agents municipaux en charge de la santé) et privés (agents ONG implantées localement), des autorités locales (chef de villages/quartier, leader religieux et des acteurs connexes (acteurs de développement, relais temporaires) entretiennent aussi des opinions remodelant la pratique bénévole. Des **entretiens semi-structurés (ESS)** ont été réalisés avec ces cibles. Plus que le récit de vie et le *focus group*, l'usage de l'entretien semi-dirigé est justifié par sa souplesse pour interroger des cibles souvent indisponibles et/ou prolixes lors de la discussion. En structurant les questions en des

thématiques et des questions précises, l'entretien semi-dirigé permet d'aller à l'essentiel afin de collecter le maximum d'informations utiles pour l'enquête. Les questions abordées sont entre autres la situation globale du système de santé, les logiques de la division du travail, les formes de négociation professionnelle, les perceptions du bénévole. Toutefois, le récit de vie, le *focus-group* et l'entretien semi-structuré laissent de côté la réalité non verbale. Or ces données muettes, issues d'interactions entre divers acteurs sur des scènes distinctes (hôpital, ménages, local associatif), apportent un éclairage supplémentaire aux propos recueillis.

Durant les temporalités de l'enquête doctorale, nous avons **observé les ACS au travail dans quatre scènes distinctes**. Tout d'abord, les relations professionnelles entre ACS et acteurs institutionnels (agents ministères, agents ONG et agents municipaux) dans la mise en œuvre des programmes en essayant de retracer les processus de négociation : les points de discordance et les points de consensus, les moyens de pression déployés par les ACS et les formes de riposte des autorités sanitaires. Puis, dans les points de prestation de services (centres, postes et cases de santé), l'observation directe a permis de mieux saisir la délégation des tâches entre paramédicaux et ACS et la division du travail entre ACS, rendue notamment manifeste par la signalétique vestimentaire : blouses qui distinguent les personnels paramédicaux et les ACS travaillant au sein des structures de santé, tee-shirts et casquettes qui « fondent » les ACS travaillant au sein de la population. La même technique a ensuite été utilisée pour appréhender les relations intra ACS dans les locaux associatifs, où la division du travail s'inverse en partie, du fait de l'occupation des postes de responsabilité locaux par les polyvalents (trésoriers, présidents, secrétaires généraux), tandis que les ACS spécialisés, plus rares, sont de simples membres. L'observation participante a permis enfin une immersion au sein des ménages ; durant ce temps d'enquête, nous avons rempli des fiches de suivi de vaccination et assisté aux visites à domicile auprès des femmes en âge de reproduction. C'est au cours de ces interactions que les ACS se légitiment auprès des populations locales et augmentent leur capital d'autochtonie. La combinaison de techniques d'observation participante et directe nous a permis de décrire, d'une part, les manières d'habiter le rôle d'ACS, et, d'autre part, les formes et finalités des mobilisations individuelles et collectives. Mais avant d'arriver à ces résultats s'appuyant fondamentalement sur des outils et des techniques qualitatives, la négociation de notre place sur le terrain a été un long et rude processus du fait d'un contexte hospitalier où les chercheurs en sciences sociales ne sont pas toujours les bienvenus.

Un contexte sanitaire où plane l'étiquette de « chercheur-fouineur »

La méfiance de la présence de l'anthropologue, plus que celle du sociologue, remonte au rôle joué par les premiers représentants de cette discipline dans la colonisation des sociétés africaines, entretenue par les enseignements universitaires et scolaires. Les anthropologues y sont décrits, et cela est encore le cas, comme des « espions » ayant contribué significativement à l'asservissement des peuples africains. En plus de cet antécédent colonial, s'ajoutent des malentendus post-coloniaux entre disciplines relatifs aux enjeux de légitimité professionnelle et d'utilité sociale.

Dans les institutions hospitalières en particulier, la parution du livre *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, de Jeans Pierre Olivier de Sardan et Yannick Jaffret en 2003 a creusé le fossé, en soutenant que l'hôpital était un lieu de tensions entre soignants et soignés entraînant une absence du recours aux services de santé de la part des populations. Cette thèse a installé une malaise au sein des professionnelles de la santé en Afrique de l'Ouest qui considèrent les anthropologues comme des concurrents, dont la préoccupation principale est de démontrer que le personnel hospitalier ne connaît pas très bien la société dans laquelle il travaille (Berche, 1998). C'est à partir de ce moment que la méfiance entre les praticiens de la santé et de la recherche en sciences sociales s'est accentuée. Les chercheurs en sciences sociales considérés comme des fouineurs, les anthropologues en particulier, se heurtent aux réticences des responsables sanitaires pour mener leurs études dans le domaine sanitaire. Dans ce contexte où l'entrée sur le terrain se présente comme « une porte à moitié ouverte », la posture de faux-partisan a permis de se glisser dans ce milieu bureaucraté et de convaincre les parties prenantes de l'importance de notre étude.

Les enquêtes dans les structures de santé sont soumises à une procédure d'accréditation (autorisation du comité d'éthique du ministère de la Santé) et d'autorisation plus stricte (lettre d'introduction) qui ne garantissent pas, en réalité, la collaboration des agents trouvés sur place (Ndoye, 2013). Sans réseau d'interconnaissance basé sur l'approche « boule de neige », il devient de plus en plus difficile d'interroger les professionnels de santé, ou d'obtenir une place d'observateur des scènes de soins. Notre introduction sur le terrain a été facilitée par nos expériences antérieures dans les terrains en santé. Nous avons participé en effet à plusieurs mandats d'études, organisées par des laboratoires de l'Université Cheikh Anta Diop (laboratoires LASAP/sociologie et parasitologie/médecine) et des ONG, permettant de nous familiariser avec les acteurs. S'inscrivant dans le cadre de partenariat avec des commanditaires, le personnel titulaire comme subalterne a l'obligation contractuelle de collaborer et de répondre

aux questions des équipes chargées d'évaluer les programmes durant les enquêtes. Tel n'est pas le cas dans le cadre de recherches doctorales où l'étudiant·e n'a plus cette légitimité institutionnelle. Néanmoins, il/elle peut s'appuyer sur les liens amicaux tissés dans le passé pour se faire accepter dans le terrain.

Posture de « faux-partisan », de quoi parle-t-on ?

Dans le cadre d'enquête institutionnelle, le chercheur est appelé, à chaque fois que nécessaire, à préciser aux informateur·trice·s du terrain la nature de son travail et l'usage des données collectées. Notre enquête ethnographique montre que l'objectivité peut aussi relever de l'acceptation de la posture assignée par les enquêtés. En effet, la neutralité du chercheur peut, parfois, elle-même revêtir une coloration partisane, soit en faveur des promoteurs de l'autonomisation professionnelle ou *a contrario*, ses détracteurs. Or, il s'agit de se départir de cette neutralité obstruant, et d'adopter une posture équidistante entre les groupes antagonistes formant l'écosystème des professions, afin de collecter des informations objectivables.

Notre thèse s'intéresse aux mobilisations socioprofessionnelles des ACS dans un milieu d'enquête caractérisé par un écosystème professionnel plus large, où les acteurs n'ont pas tous les mêmes intérêts ni le même degré d'implication. La posture de « **faux-partisan** » signifie la couverture bisémique et itérative, qui requiert du chercheur de combiner différentes postures en adéquation avec les attentes des acteurs qu'il a en face de lui, et d'analyser, *a posteriori*, son rôle dans la production des données. Concrètement, il s'agit, d'une part, d'afficher son accord aux opinions d'une personne et/ou d'un groupe pour se faire accepter et, d'autre part, d'analyser son propre rôle comme matériau d'enquête. Le premier nécessite un ajustement constant de la présentation de soi sur le terrain (Goffman, 2002), tandis que le second répond aux défis d'objectivation des résultats (Olivier de Sardan, 2008b). Être faux-partisan nous a autorisés à explorer l'univers socioprofessionnel des ACS et à appréhender leur processus d'autonomisation dans un écosystème d'acteurs aux structures représentationnelles irréductibles les unes des autres.

Quand l'empathie ne suffit pas, « s'encliquer » devient-il un passage obligé ?

Résolument dans le cas de cette étude, la réponse aux attentes des acteurs transcende une simple empathie, elle exige du chercheur de s'« **encliquer** », c'est-à-dire « être identifié et de s'identifier à une clique à un sous-groupe » (Bierschenk et Olivier de Sardan, 1998, p. 269). L'avantage de cette posture réside dans sa capacité à occuper une place « naturelle » dans la

division du travail pour observer des interactions ambiguës et des pratiques dissimulées. Pour cela, il nous a fallu expliquer aux acteurs l'intérêt de notre présence. Précisément, nous les avons convaincus que l'objectif de notre recherche est de valoriser le travail des bénévoles, en montrant l'importance de leurs rôles dans le développement de la santé, leur capacité à se mobiliser, leur dynamisme associatif, etc.

En dehors des structures de santé, « l'enclichage » a consisté à s'habiller comme les agents pour participer aux interventions de vaccinations (programme élargi de vaccination des enfants et chimio-prévention du paludisme saisonnier pour la femme enceinte et le nouveau-né) et à partager avec eux les espaces de socialisation (case du centre de santé, salle d'attente, mirador servant de lieu de préparation du thé). En facilitant l'acceptation de notre présence au sein des centres et des postes, « l'enclichage » s'est avéré plus avantageux pour l'enquête. Sous condition du port de la blouse, sous le label de stagiaire, nous avons observé la division du travail et la délégation des tâches. Cette approche a fonctionné du fait que l'autonomisation des ACS ne menace pas directement la profession du personnel médical et paramédical. En revanche, nous n'avons pas recouru à cette posture partout. À chaque fois qu'on a été en face d'un acteur, on choisissait la posture la plus adéquate pour engager la discussion (formelle ou informelle) avec lui.

Choix des labels à partir des impressions premières des acteurs

L'enquête exploratoire reste un moment crucial pour le choix des labels (couverture sur le terrain). Son objectif principal est de tâter le terrain en préparant une monographie locale (Beaud et Weber, 2010) permettant de mieux s'imprégner du milieu d'enquête. En effet, les acteurs communautaires et les personnels soignants rencontrés lors des présentations préliminaires dans les structures de santé ont tendance à expliquer, avec leurs propres mots, le travail du chercheur. Loin d'être de banales confusions, ces premières impressions renvoient en réalité à des attentes des acteurs envers le chercheur. Dans le même temps, elles soulèvent des enjeux éthiques et méthodologiques d'une part, et l'acceptation des rôles assignés pendant l'enquête d'autre part.

Face aux acteurs communautaires, la phrase en boucle après notre présentation est : « Êtes-vous un stagiaire en santé communautaire ? Soyez la bienvenue ! ». Pourquoi l'étiquette de stagiaire ? Parce que le personnage du **stagiaire** est perçu comme inoffensif, du fait qu'il n'appartient ni au groupe des dominants (personnel médical et paramédical, gestionnaires trésoriers, agents des

ministères ou des ONG) ni au groupe des concurrents (*nijay gox*, cercles de maris, grand-mères, élèves/étudiants). Son temps de séjour relativement court (2 mois) dans les centres et postes de santé fait du stagiaire un « allié », avec qui les ACS échangent à propos d'expériences pratiques, voire d'aspirations professionnelles. Mais, le risque d'être sollicité par les acteurs de l'hôpital pour effectuer des actes paramédicaux était omniprésent. Par exemple, sous le label officiel de stagiaire, nous avons refusé d'effectuer des pansements prétextant que « nous ne sommes pas là pour exécuter des actes paramédicaux, mais plutôt pour observer et apprendre ».

Selon les responsables sanitaires locaux, la présence du **sociologue** semble plus rassurante que celle de l'anthropologue. Si le deuxième est perçu comme un fouineur qui ne regarde que du côté négatif des pratiques des agents, le premier s'intéresse souvent aux données statistiques recensées dans les registres de consultation et les rapports d'activités des structures de santé. Ainsi le sociologue apparaît aux yeux des responsables sanitaires locaux comme un expert en diagnostic organisationnel : « Vous allez nous **aider à comprendre** les comportements des bénévoles ? C'est vraiment intrigant pour nous, on ne sait pas ce qu'ils veulent ! ». C'est en surfant sur cette identité de « sociologue » que nous avons pu obtenir des statistiques sur le nombre d'ACS dans les 4 districts investigués : Kaolack, Kolda, Médina Yoro Foulah et Guinguinéo. Mais, nous avons également précisé que : « notre recherche tente d'identifier par observation et entretiens (individuels et de groupe), les conditions de travail dans les postes et les centres santé ».

Les précisions faites aux acteurs à propos de nos prérogatives et méthodes de travail, ont permis de garder une position privilégiée d'observateur, tantôt en *incognito* tantôt en *découverte*. Dès lors, nous avons compris que les techniques *incognito* et à *découvert* doivent être combinées dans nos investigations. Dans l'une, nous avons incarné le rôle de stagiaire en santé²¹ reposant sur une démarche ethnographique combinant les techniques d'Erving Goffman (2002) et de Jean Peneff (1992). Le choix de ce label n'est pas anodin, il nous a permis d'adopter une posture *incognito* afin d'observer les pratiques de délégations des tâches dans la division du travail dans

²¹ Ce label a été choisi avec le concours des médecins-chefs de districts, qui ont été les seuls à connaître notre véritable identité de sociologue. Le principal argument pour convaincre les acteurs de l'intérêt de notre étude était : « Axée sur une réflexion autour du changement social provenant de "mobilisations à bas bruit", cette thèse se vise à comprendre les facettes de l'"engagement bénévole". L'objectif principal est de fournir une typologie des engagements des individus dans la cause des communautés qui prend en compte les oscillations entre les parties prenantes de l'action publique (acteurs institutionnels, organisationnels et communautaires). Cette découverte permettra, d'une part, de repenser le développement local à l'aune des attentes des autochtones et, d'autre part, d'appréhender un modèle communautaire de cogestion des secteurs d'activités porteurs de croissance. » (Extrait lettre d'introduction, voir annexe n° 10).

les centres et les postes de santé. Dissimuler notre identité de sociologue donne l'avantage d'éviter d'être exclu des interactions entre ACS et personnel soignant (délégation des actes médicaux comme la piqûre, le montage des perfusions, le pansement des malades, la consultation des patient·e·s, etc.), et être autorisé à assister aux activités routinières et aux interventions sanitaires dans les ménages. Dans l'autre, la posture « découverte », c'est-à-dire celle consistant à révéler son identité de sociologue, comme Tidiane Ndoye (2013), Fatoumata Hane (2007) et Anne-Marie Arborio (2007, 2001), a été adoptée face aux acteurs institutionnels (ministères, organismes internationaux, élus locaux) et sociaux (populations bénéficiaires des soins) qui sont moins enclins à changer leurs comportements du fait de notre présence. L'objectif, pour nous, était de gagner leur confiance en nous présentant comme quelqu'un qui s'intéresse à tous les points de vue sur le travail d'ACS.

Difficultés rencontrées, stratégies de contournement et limites de l'étude

Sur le plan méthodologique, la posture de « faux partisan » donne l'impression que le chercheur s'accorde naïvement aux différents points de vue des parties prenantes. À cet effet, il n'est pas à l'abri de **manipulation des dominants** ou de **victimisation des dominés**. Les entrevues avec les acteurs institutionnels ont été des séances où les rappels du principe désintéressé du bénévolat et de la nécessité de trouver des solutions pour améliorer les conditions de travail des ACS étaient omniprésents dans le discours des informateur·trice·s. Pour sortir du rapport de domination symbolique durant les premiers entretiens avec les autorités, nous avons, après notre présentation avec les responsables, privilégié les informateur·trice·s dédié·e·s suivant leurs aisances avec la thématique abordée et leur proximité avec le terrain. En revanche, cette permutation des cibles dans le but de s'imposer aux imposants n'épuise pas les difficultés que soulève cette posture (Chamboredon et *al.*, 1994).

Sur le plan empirique, s'ajoutent les **déconvenues** liées des rendez-vous manqués de la part des ACS, alors qu'ils avaient déjà donné leurs accords de principe. Notre longue présence sur le terrain (18 mois au total) a certes favorisé une proximité avec les ACS (*cf.* infra, chapitre 3), mais elle a parallèlement engendré une sorte de lassitude de leur part nous amenant à nous questionner sur nos choix méthodologiques (Bizeul, 1999). En considérant ce moment de désintéressement des informateur·trice·s au moment de l'enquête comme une bonne focale, nous avons effectué des analyses préliminaires²², des entretiens post-déconvenues²³

²² Celles effectuées instantanément sur terrain, après les interviews et les observations via le logiciel Nvivo.

²³ Les entrevues ont finalement été faites suivant d'autres créneaux que ceux retenus initialement.

uniquement, pour comprendre que les rendez-vous ratés traduisaient, en réalité, une forme de valorisation personnelle (Becker, 2016). Montrer son indisponibilité est une sorte de preuve de son importance dans le dispositif sanitaire, et collabore l'argument du passage d'un bénévolat à temps partiel à un travail à temps plein, largement évoqué dans les récits de vie.

Sur le plan épistémologique, l'usage de plusieurs concepts à la croisée de sous-disciplines différentes n'a pas été aisé. Pour surmonter cet obstacle, nous avons adopté une organisation thématique des 173 fiches de lecture effectuées pour la maîtrise de l'état de l'art et des matériaux empiriques. Cela a permis d'apporter des réponses aux hypothèses posées dans cette thèse, en mettant surtout en avant les **dimensions empiriques et les catégories émiques des concepts**.

Du point de vue théorique, les limites de cette étude résident aussi dans la **nature hybride de l'objet**. En nécessitant une **diversité des matériaux et une pluralité des cadres conceptuels**, elle a entravé **l'adoption d'une théorie unifiée et solitaire** dans la production des résultats.

3.2. Un écosystème de la production des résultats

Dans l'optique d'objectiver nos résultats, nous avons opéré des choix méthodologiques en amont et en aval de l'enquête. Premièrement, nous avons séquencé l'enquête en phases distinctes, puis choisi les cibles de manière raisonnée de façon à inclure toutes les parties prenantes de la santé communautaire. Secondairement, nous avons effectué les premières validations de nos résultats avec les acteurs eux-mêmes suivant les techniques de triangulation et le principe de l'intersubjectivité. Ensuite, nous avons complété les informations manquantes par des données archivées et une veille documentaire (mis en place d'un google alerte)

Déroulement de l'enquête : séquences et langues utilisées

Pour éviter les chevauchements de posture, nous avons séquencé les passages de terrain en 3 phases. **La première phase a concerné les entretiens avec la cible institutionnelle**, notamment les membres des ONG, les membres du ministère de la Santé, le personnel soignant et les responsables administratifs des districts. Les entretiens semi-directifs se sont déroulés au sein des structures de santé et/ou dans les locaux servant des bureaux à ces agents. **Dans la deuxième phase de l'enquête, nous avons privilégié les observations**. Cette séquence nous a permis de récolter des informations cruciales permettant d'alimenter les discussions lors des entretiens individuels et collectifs. **La troisième phase a concerné les acteurs sociaux (population et ACS)** après que notre présence sur le terrain est devenue banale à leurs yeux.

C'est ainsi que nous avons pu mener les récits de vie et organiser les *focus groups* dans un environnement global caractérisé par une confiance réciproque. Nous avons sélectionné les cibles de façon à assurer une diversité des informateur·trice·s.

Tableau n° 1 : Récapitulation des cibles touchées

<i>Niveau</i>	<i>Acteurs</i>	<i>informateur·trice·s</i>
<i>Institutionnel</i>	Ministères de la santé et de l'action sociale	- Coordonnateur cellule de santé communautaire - Médecins-chefs de région
	Cellule de lutte contre la malnutrition	- Chargé de la santé maternelle infantile et néonatale
	ONG	- Agents Nutrition Internationale - Agents <i>UNICEF</i> - Agents <i>USAID</i> - Agent Croix Rouge - Agent <i>Ofad Naforé</i>
	Élus locaux	- Maire/commission santé - Chef de village/quartier - Autorités religieuses
<i>Organisationnel</i>	Personnel soignant	- Médecins-chefs de district - Infirmiers-chefs de poste - Sages-femmes - Chargés des soins de santé primaire - Chargés de l'éducation pour la santé
<i>Acteurs Communautaires</i>	ACS	- Aide-soignant·e - Dépositaire - Gestionnaires trésoriers - Matrone - Relais - <i>Bàjjenu gox</i>
	Saisonniers de la santé	- <i>Dimbatul</i> - Grands-mères - Membres cercles des maris/ <i>nijaay gox</i> - Élèves/étudiants
<i>Populations locales</i>	Bénéficiaires	- Femmes en âge de reproduction - Gardienne d'enfant (grand-mère ou belle-mère)

Les entretiens se sont déroulés en langue peul, wolof, français et franc-wolof (alternance entre français et wolof). Étant donné que nous sommes familiers avec les diverses langues des deux régions, nous n'avons pas imposé de langue aux informateur·trice·s ni recouru à un traducteur pour la retranscription des propos. Les extraits d'entretiens sont tout ou partie retranscrits en français par nos soins. En revanche, dans le but de ne pas trahir le sens de certains mots clés, nous les écrivons en langue locale puis les traduisons en français en parallèle.

Techniques d'objectivation du matériau recueilli

Eu égard à notre participation à la construction de l'objet de l'observation, nous avons essayé, dans un second temps, d'analyser objectivement les données collectées en considérant notre propre rôle comme matériau constitutif de l'enquête. Pour cela, deux principales techniques ont été utilisées : l'**intersubjectivité** et la **triangulation**. L'intersubjectivité correspond au partage des mémos de terrains avec les acteurs concernés afin recueillir leurs objections et leurs suggestions. La triangulation a consisté à croiser les commentaires recueillis auprès des différents individus des groupes interreliés pour en ressortir des conclusions consolidées. Ces techniques d'objectivation ont permis de repérer et d'élaguer des préjugées, des croyances et des présupposées avant la présentation des résultats finaux de l'enquête (Olivier de Sardan, 1995a).

Panorama du matériau et des techniques d'exploitation

En résumé, plusieurs séjours de terrain, 4 de courtes (2 mois) et 2 de longue durée (6 mois), m'ont permis d'investiguer toutes les parties prenantes de l'enquête. La méthodologie qualitative a consisté en la réalisation de **72 entretiens individuels**²⁴ à l'aide de 4 guides d'entretien, des séances d'observation directe et participante (environ 700 heures) en tenant à jour 8 carnets de terrain, ainsi qu'en la réalisation de 9 *focus groups*, pour moitié en compagnie d'un étudiant preneur de notes (quand c'était possible). En sus de ce matériau d'enquête, nous avons été à l'Institut Fondamental de l'Afrique Noire (IFAN/Dakar) consulter des archives (documentation administrative et médicale postcoloniale) et des ouvrages de la bibliothèque d'histoire de la santé (UCAD) en Afrique de l'Ouest, pour retracer l'histoire de la participation de bénévoles dans l'offre de soin au Sénégal et dans la sous-région ouest-africaine. Le matériau a été exploité à l'aide de logiciels (Nvivo pour l'analyse de contenu, Lucidchart pour la modélisation, QGIS pour la cartographie, Zotero pour la revue de littérature ainsi que par la réalisation de compte rendu d'enquête ethnographique). Comme nous l'avons écrit tantôt, une organisation thématique des résultats en lien avec les **173 fiches de lecture** effectuées pour la maîtrise de l'état de l'art a permis d'apporter des réponses aux hypothèses posées dans cette thèse.

²⁴ Une liste synthétique des personnes enquêtées est présentée en annexe (n° 14). Nous montrons certains traits caractéristiques des ACS en particulier, sous la forme de tableau.

Un style de référencement visant à rendre compte de la situation d'enquête

À propos du style de référencement également, nous avons opéré des choix. Nous avons exploité des informations délicates fournies par des personnes physiques (vente de médicaments de la rue, avortement clandestin, consultations/prescriptions de médicaments, etc.). Pour respecter notre promesse de l'anonymat sur leurs identités, nous avons labellisé le référencement des entretiens de sorte que l'informateur-trice ne soit pas identifiable. Comme le souligne Emmanuelle Zolésio, les noms et les prénoms sont « *les premiers indicateurs significatifs et porteurs d'un premier sens sociologique, repérables, même par le sens commun, qu'il faut essayer de conserver en anonymisant les noms des enquêtés* » (2011, p.4). Nous avons pris l'option d'enlever les noms et prénoms et de conserver uniquement les initiaux. Aussi, dans un milieu d'interconnaissance restreint comme le système sanitaire, pour garantir l'anonymat, il est nécessaire d'enlever les indicateurs secondaires (la région et la situation matrimoniale) dans le mode de référencement des sources de données primaires qui sont eux aussi susceptibles de dévoiler l'identité de la personne. Nous tenons toutefois à concilier le respect de l'anonymat et la compréhension des situations d'enquête. Ainsi, nous rendons des caractéristiques pertinentes du fait de leur éclairage supplémentaire dans la dynamique de l'engagement communautaire. Il s'agit notamment des variables de sexe, d'âge, de la fonction et de nombre d'années d'expérience. Dans le référencement des informations empiriques, **nous incluons le type d'outil utilisé (entretien individuel ou de groupe, récit de vie, observation) afin de montrer leurs apports singuliers dans la collecte des informations**. Cela nous paraît plus prompt à projeter le lecteur et la lectrice dans l'environnement d'enquête pour mieux saisir les propos cités dans le texte que le style de référencement commençant par le prénom du/de l'informateur-trice.

3.3. Plan de la thèse

La santé communautaire ou participative implique l'État, les ONG, les organisations internationales (notamment l'OMS), les élus locaux, les acteurs de l'hôpital, les populations et les ACS. Elle représente ainsi un champ privilégié pour étudier le phénomène du bénévolat et l'émergence de nouvelles formes de travail non officialisé.

Nous nous intéressons dans la **première partie** à l'ancrage social et à l'implantation des ACS, dessinant une sorte de mosaïque professionnelle. Elle sera composée de trois chapitres. Le **chapitre 1** fera d'abord une sociohistoire du travail d'ACS dans laquelle nous montrons que la

participation des ACS aux dispositifs sanitaires à l'échelon des districts est une innovation sociale traversée par une double tension. L'une, sur le plan interne, le processus d'identification et d'appartenance à un groupe revendiqué plutôt qu'à un groupe assigné favorise des chevauchements de rôles entre ACS et des empiètements des territoires professionnels. L'autre se situe sur le plan externe, c'est-à-dire que l'environnement humain et non humain, entourant le travail d'ACS, oriente les manières de domestiquer l'engagement bénévole. Le **chapitre 2** s'emploiera à appréhender les trajectoires biographiques des ACS. En ébauchant une typologie à partir des logiques d'engagement des ACS, il révèle les malentendus de départ et les aspirations individuelles à l'entrée dans le dispositif par la porte du bénévolat. Le **chapitre 3** sera axé sur les enjeux du capital d'autochtonie à l'aune d'une diversité d'acteurs intéressés par le travail d'ACS. Il met en lumière, d'une part, les logiques dans les rapports avec les populations dans la mise en œuvre des interventions sanitaires pour l'appropriation des programmes et des projets de santé. À côté des formes de légitimation populaire, nous montrerons comment le capital d'autochtonie sert à nouer des alliances stratégiques avec d'autres acteurs dans le cadre de l'autonomisation.

Nous verrons ensuite, dans une **deuxième partie**, comment des mobilisations à bas bruit s'organisent à partir de collectifs divers où l'appartenance des individus à un sous-groupe est dictée soit par la solidarité de genre, soit par la volonté de légitimer et/ou de préserver le travail d'ACS. Le **chapitre 4** tentera de saisir les éléments constitutifs de la première « marche pied » vers la coalescence professionnelle au travers d'un détour par la construction sociopolitique des métiers en santé et de l'appropriation genrée du sale boulot dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Il conclut que les ACS au Sénégal sont un « groupe socio-thérapeutique au féminin ». Ce groupe n'est pas dépourvu d'hommes, mais la perte de la prééminence de leur rôle crée une uniformisation du tissu communautaire autour du leadership social des femmes ACS. Dans le **chapitre 5**, nous verrons comment la formalisation du collectif des ACS apporte des réponses collectives au « travail gratuit ». Les tentatives d'institutionnalisation, reposant sur la solidarité communautaire et le militantisme politique, se soldent par un reformatage de l'action publique locale, insuffisant à assurer une professionnalisation compacte et inclusive des ACS dans le système sanitaire. Dans le **chapitre 6**, il s'agira enfin de mettre en lien l'iniquité dans le mode de gouvernance des ressources humaines en santé et les alternatives de carrières, tout en analysant les effets déconcertants des appartenances concentriques et sporadiques dans l'unité du groupe professionnel des ACS.

PARTIE I : ANCRAGE ET PARCOURS SOCIOPROFESSIONNELS DANS UNE ARÈNE LOCALE

La notion d'arène peut être définie comme le lieu « où des groupes stratégiques hétérogènes s'affrontent, mûs par des intérêts (matériels ou symboliques) plus ou moins compatibles » (Olivier De Sardan, 1993, p. 13). Elle est d'usage courante dans la socioanthropologie dite « orientée vers les acteurs » et est un « *dynamic concept of interaction between strategic groups* » (Bierschenk, 1988, p. 146). Elle permet ici d'analyser le bénévolat sanitaire des ACS comme projet de développement qui engendre des compétitions pour l'accès aux ressources (économiques, politiques et sociales) locales.

Dans cette première partie de notre thèse, nous montrons que la genèse de la mobilisation à bas bruit des ACS dépend de trois facteurs. Le premier est relatif à la lecture univoque des décideurs institutionnels des effets de l'engagement bénévole, sous l'angle du nombre (multiplication des intervenants) et non sous l'angle de la qualité (évaluation du moral des travailleurs bénévoles), cristallisant conséquemment une concurrence entre ACS et relais temporaires. Nous montrons que les ACS peinent à trouver leur place dans le système sanitaire et répondent différemment aux attentes de rôle, malgré leur responsabilisation croissante. Cette situation dérive des modes de socialisation organisationnelle qui favorisent le glissement de rôles et le chevauchement des territoires professionnels. Ainsi dans leur processus de professionnalisation, ils passent de l'intermittence à la permanence.

Ensuite, nous verrons que les trajectoires biographiques montrent une orientation vers la recherche d'un travail et non à perdurer dans le bénévolat. Par conséquent, l'implication des ACS comme bénévoles pour servir les populations était un malentendu de départ : l'appel au bénévolat est perçu par les acteurs comme un tremplin vers le travail autorisant l'ascension sociale.

Enfin, cette opportunité de mobilité sociale qui s'ouvre aux ACS est entravée par la présence d'autres groupes concurrents. C'est pour cela que le capital d'autochtonie est devenu un enjeu politico-social local, voire de survie professionnelle pour les ACS. En dépit du manque de régulation de l'accès au travail bénévole, l'implantation des ACS dans le champ socio-sanitaire est un vecteur du maintien des flux de patients et, par conséquent, de la rentrée de recettes provenant de l'achat des médicaments. Conscients de l'importance de leurs rôles dans le développement économique des localités, surtout dans le monde rural, les ACS utilisent

stratégiquement leur position pour recréer un lien social populaire. Cette partie montre donc la rupture à l'œuvre dans la santé communautaire. Elle ne repose pas sur un quelconque communautarisme populaire, mais plutôt sur l'engagement d'individus issus de plusieurs groupes sociaux dont la cohésion et la pérennité dépendent des logiques professionnelles.

CHAPITRE 1 — LA SOCIALISATION AU TRAVAIL DES ACS

Le point nodal de la santé communautaire est de trouver la meilleure façon d'intéresser certains habitants locaux à participer à l'amélioration de leur santé. Le *community empowerment* correspondrait alors à un renouveau du paysage des ressources humaines en santé où désormais des professionnels partagent le dispositif d'offre de la santé avec des bénévoles nouvellement recrutés. Cette « innovation sociale » occasionne cependant des chevauchements de positions et des empiétements de territoires professionnels, qui ne sont pas seulement tributaires d'un contexte géographique peu favorable au bénévolat, mais encore d'un contexte organisationnel (relations au travail) et institutionnel (délimitation des frontières professionnelles) propices au jeu des acteurs.

Le débat sur l'innovation en santé insiste sur le processus social qui mène à son acceptation ou à son rejet (Pickstone, 1992 ; Olivier de Sardan, 1995b ; Alter, 2002). Ce processus dépend d'une multiplicité d'acteurs humains (Akrich, Callon et Latour, 1988a ; 1988b), individuels ou collectifs, qui composent le monde social et sont porteurs d'intérêts ou de valeurs divergentes (Deblock, 2012). L'innovation relève à la fois d'une idéologie et de pratiques (Sainsaulieu et Saint Martin, 2017) visant à améliorer la santé par le progrès scientifique (Haxaire et *al.*, 2018). Nous allons principalement voir les pratiques ainsi que les processus d'adaptation.

Par innovation, on pourrait entendre l'analyse des effets d'une invention proprement technique (imagerie, robotique, procréation médicalement assistée), l'introduction de molécules nouvelles (insecticides, antirétroviraux...) ou du numérique dans le management (Lewis et *al.*, 2012). Cette approche permet de saisir une rupture à l'œuvre, l'acceptation plus ou moins rapide de la technique par les acteurs sanitaires selon la nécessité du recours à l'outil dans le travail.

Sauf changement social inhabituel, l'innovation sociale semble plus graduelle : le processus d'acceptabilité sociale est plus lent quand le changement de comportement demandé ne correspond pas à un impératif technique. L'accent doit alors être mis plutôt sur le long terme, en vue d'identifier les facteurs de compliance et de mieux prendre en considération les acteurs ordinaires sur qui repose en pratique l'acceptabilité sociale. Le cas des ACS, qui suppléent au personnel qualifié dans les établissements de santé dans les districts sanitaires sert ici d'illustration en s'appuyant principalement sur le cadrage conceptuel de la socio-anthropologie du développement.

Les tenants de cette approche postulent que les modèles voyageurs ou *traveling models*, élaborés sur le plan international pour structurer l'action publique nationale, ne cessent de se heurter à la revanche des contextes ou, autrement dit, aux contraintes sociales locales des zones géographiques où ils sont censés être implantés (Olivier de Sardan, 2009, 2017). Considéré comme une ressource innovante sur injonction des institutions internationales, notamment l'OMS, le bénévolat sanitaire des ACS est passé au crible du cadrage conceptuel de la socio-anthropologie du développement pour retracer son processus d'implantation et de domestication. Ce cadre conceptuel qui ne nie pas l'importance que les acteurs accordent aux interactions au quotidien (Olivier de Sardan, 2009), est conjugué avec les outils de la sociologie du travail et des professions (Vollmer et Mills, 1966 ; Castra et Sainsaulieu, 2020), voire des organisations (Crozier et Friedberg, 1977) pour examiner les relations dans la division sociale du travail afin de montrer comment la combinaison des différentes relations de pouvoir et des antagonismes verticaux et horizontaux cristallise des enjeux de professionnalisation et de mobilisations observés chez les ACS.

Plusieurs sources d'informations sont combinées dans ce chapitre. Nous avons exploité une documentation sociohistorique pour remonter aux origines récentes de la pratique de du bénévolat sanitaire au Sénégal en particulier. En plus de la documentation sociohistorique sur l'origine coloniale et postcoloniale des ACS, trois principaux types de matériaux sont utilisés. **Dans un premier temps**, une base de données est exploitée. Elle est constituée par le concours des responsables d'associations d'ACS et des chargés de soins de santé primaire des quatre districts enquêtés (*cf. infra*).

Dans un deuxième temps, par une ethnographie descriptive et analytique, l'exploitation des notes de terrains, des entretiens approfondis et des photos a permis de saisir les processus de mise en contenu du travail d'ACS et des relations professionnelles dans le dispositif de santé communautaire. Bien que les photos soient prises dans quatre districts sanitaires différents, nous n'avons pas jugé nécessaire de faire ressortir les spécificités entre zones, parce que les ACS effectuent des activités identiques. Nous nous sommes plus focalisés sur la différenciation suivant les catégories d'ACS, à nos yeux plus heuristiques, notamment au travers des éléments de comparaison.

Dans un troisième temps enfin, des données secondaires ont été analysées. Il s'agit respectivement de livres, d'articles, de documents administratifs et institutionnels, d'archives et de la consultation de sites web de l'OMS, du ministère de la Santé et de l'action sociale et de

l'agence nationale de la statistique et de la démographie. Une analyse de revue documentaire par le logiciel Zotero a permis de traiter, de classer et de connecter les informations via une matrice portant sur les sections de ce chapitre.

Une analyse historique nous permettra d'abord de répertorier les antécédents des ACS en matière de médiation de santé en Afrique. En suivant toujours une démarche socio-historique, nous ferons une ethnographie des ACS pour faire ressortir leurs spécificités institutionnelles et sociodémographiques [section 1]. Ensuite, nous appréhendons les phases d'initiation à leur rôle en soulignant les décalages entre les attentes nourries par chaque sous-catégorie d'ACS et les pratiques réelles. Ces contrastes permettront de comprendre leur place dans l'ordre social hiérarchique [section 2]. Nous constaterons enfin que le rôle d'ACS est remodelé pas la revanche des contextes professionnels, organisationnels et sociaux, qui provoque des relations de pouvoir parfois conflictuelles [section 3].

1. Sociohistoire des figures mythiques de la santé

Les grands mythes communautaires sanitaires, chassant le « mal » à travers des pratiques d'épurement, n'ont pas été inventés par le monde contemporain (Vigarello, 1999). Soucieux de préserver le bien-être individuel et collectif, les communautés locales en Afrique ont connu d'innombrables « gardiens du temple ». Ces derniers se succèdent ou se superposent en fonction des représentations en vigueur sur la maladie, ses causes et les procédés idoines pour ses soins. Trois de ces acteurs de la santé préventive se distinguent correspondant chacun à une période de l'histoire des sociétés africaines.

1.1.Voyantes et guérisseurs dans l'Afrique des empires traditionnels

Dans l'Afrique des empires animistes, couvrant la période du IX^e jusqu'au XV^e siècle, le corps et l'esprit représentent un ensemble lié, la santé de la personne participe même du corps social, d'un équilibre social où elle accomplit correctement son rôle dans la collectivité. La maladie survient lorsque l'équilibre du corps ou de l'esprit est ébranlé : elle rompt les défenses organiques et crée un dysfonctionnement non seulement physique et psychique (Le Guérinel, 1980 ; Ferdinand, 2009), mais aussi social et religieux. En empêchant la personne de s'accomplir soi-même et de participer à la reproduction de sa collectivité, la maladie est causée selon l'imaginaire animiste africain par un mauvais esprit (ancêtre fâché du non-respect des symboles et des lieux de culte ou de la non-observance des offrandes rituelles) ou par un mauvais génie (adoption de comportements ou habitudes culturellement proscrits comme le fait

de ne pas marcher dans la rue au crépuscule, ne pas aller aux champs le vendredi...). Les acteurs privilégiés pour rétablir cet équilibre sont principalement la voyante et le guérisseur.

La voyante est une femme âgée spécialisée dans la lecture de l'avenir de la personne, des causes de son malheur en général et de sa maladie en particulier. À l'aide de ses outils divinatoires (cauris, eau, sable, feu, etc.), elle établit la cause surnaturelle, naturelle ou humaine de la maladie puis indique l'itinéraire thérapeutique à suivre par le/la malade. Les malades dont les causes de la maladie sont d'ordre surnaturel et naturel sont orientés vers le guérisseur, tandis que la voyante prend en charge des cas de maladies ayant pour causes l'œuvre d'un être humain mal intentionné. À côté de ce rôle, la voyante est aussi sollicitée dans les cas du traitement de la stérilité ou de l'impuissance sexuelle d'où sa double casquette de chargée de prévention et de réparation à la fois du corps physique et du corps social (Kalis, 1997). L'habitat de la voyante est généralement à l'écart du village (devant ou derrière le bloc de maison) dans le but de garantir l'intimité²⁵ des consultations, condition *sine qua none* de sa mission dans la collectivité. Elle participe également à la prise de décisions importantes concernant la collectivité.

Le guérisseur est quant à lui le plus souvent un homme issu d'une lignée réputée avoir des pouvoirs surnaturels. Ce qui fait de lui un dépositaire de savoir mystique qui se transmet de génération en génération. Le guérisseur est choisi parmi les aînés de sa lignée, avec l'approbation des sages, pour être un devin intermédiaire entre la population et les ancêtres, les vivants et les morts. Il joue le rôle de réparation de l'équilibre pour restaurer la santé du malade à l'aide de mots occultes, de symboles codés, de cornes et de squelettes d'animal ou d'être humain, etc. Après ce diagnostic, il prescrit au malade un traitement à base de potions « magiques » à boire ou destinées à des bains répétitifs, des amulettes à porter sur la main, le tronc, les hanches ou le pied²⁶... À l'instar de la voyante, son avis est important dans la prise de décision concernant la collectivité, mais contrairement à celle-ci, sa fonction ne nécessite pas d'éloigner son habitat de la collectivité. Mieux, l'exercice de son pouvoir au vu et au su de tout le monde, symbolise le soutien des ancêtres qui garantit la vitalité de la population locale

²⁵ L'intimité revêt une importance capitale dans les sociétés africaines. Elle est pour les populations locales un indicateur fort pour évaluer la qualité des prestations reçues. Nous verrons plus loin dans ce document que l'intimité garde, jusqu'à présent, ses lettres de noblesse aux yeux des populations locales demandeuses de soins. Elle change cependant de contenu avec le temps. Si dans l'Afrique des empires traditionnels, l'intimité signifie un procès à huis clos pour la personne responsable du mal d'autrui afin de lui permettre de se repentir de ses péchés et de réintégrer la société locale ; dans l'Afrique de la biomédecine moderne elle a trait, d'une part, aux respects de la consultation en tête à tête entre le soignant et le soigné sans interférence d'autres membres du corps médical ou paramédical, d'autre part, elle balise le terrain pour l'ouverture de discussions conduisant à la possibilité d'allègement financier de l'obtention des médicaments prescrits.

²⁶ Les guérisseurs d'aujourd'hui peuvent aussi conseiller d'aller voir les médecins.

et suscite l'espoir en son sein, comme dans le cas des tradithérapeutes soignant l'infertilité (Faye, 2011).

Dans l'Afrique des empires traditionnels, la voyante et le guérisseur sont ce qu'on peut appeler des « acteurs traditionnels de santé ». En entretenant des liens avec les ancêtres, ils deviennent les dépositaires de pouvoirs occultes qui leur procurent une légitimité à réparer et/ou à prévenir les dysfonctionnements au sein de la population locale. Remplir convenablement leur rôle permet d'honorer leur famille et d'assurer la continuité et l'estime sociale pour leurs descendants. En ce sens, leur fonction est vécue comme un sacerdoce qui explique leur engagement pour la cause de la population locale. Avec l'expansion de l'islam et l'arrivée des missionnaires européens, la voyante et le guérisseur vont partager le champ de la santé avec de nouveaux acteurs.

1.2. Maîtres coraniques et Pasteurs dans l'Afrique des missionnaires religieux

Le début du XVI^e jusqu'à la fin XVIII^e correspond généralement en Afrique à l'avènement des missionnaires chrétiens et protestants, et à l'expansion de l'islam. Au cours de cette période, la conception des causes de la maladie ne change pas fondamentalement, néanmoins ces religions révélées introduisent dans la conscience collective africaine une nouvelle manière de soigner la maladie. Ainsi à côté des acteurs traditionnels de santé (voyante et guérisseur) de nouveaux acteurs religieux de santé tels que le maître coranique et le pasteur font leur entrée dans le champ thérapeutique. Pour soigner la maladie, ces derniers ont recours à des secrets mystiques tirés du Coran ou de la Bible. Ils procèdent par psalmodies ou invocations au chevet du malade pour rétablir sa santé. Ces acteurs religieux vivent dans la collectivité et occupent des fonctions de leaders d'opinion. Un contrat moral les lie à une divinité céleste. L'intensité de l'engagement est ici intrinsèquement liée au respect des préceptes religieux communautaires du don de soi, de l'oubli de sa personne pour les autres, du partage de son temps avec autrui. Jusque-là, on est face à une médecine que l'on peut qualifier de « sociale », car s'exerçant par des membres légitimes²⁷ de la population locale. À ces différences de figures mythiques correspondent des différences de pratiques thérapeutiques : plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité de guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (prières) ; plus au

²⁷ Outre la voyante et le guérisseur qui sont les autochtones dont la légitimité est incontestable, le maître coranique et le pasteur sont des néo-arrivants dans la collectivité qui doivent construire leur légitimité. Pour ce faire, ces derniers ont montré leur dévouement au développement social, politique, économique et religieux qui leur a valu une place sous l'arbre à palabres des personnages légitimes aux yeux de la population locale (Jaffré, 1992).

contraire, il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance (plantes) (Jaffré, 1992).

Il faut néanmoins souligner que cette médecine « sociale » garde de sa vitalité voire est redevenue, de nos jours dans les pays africains, une alternative à la médecine moderne. Cette dernière fut introduite par la colonisation et marque le début de la médicalisation de la santé en Afrique.

1.3.Médecins européens et intermédiaires indigènes dans l'Afrique coloniale

À partir de la deuxième moitié du XIX^e jusqu'au milieu du XX^e, soit durant près d'un siècle, les pays africains ont été sous le joug colonial. C'est durant cette période que la santé cesse d'être une affaire sociale pour devenir l'apanage de professionnels de la biomédecine par référence au modèle occidental. Ce changement de paradigme accompagne les objectifs de contrôle social de l'implantation coloniale. Des tensions sociales ont éclaté durant cette période pendant laquelle des personnalités indigènes ont joué un rôle décisif²⁸. L'acte du guide religieux des *Tidiane*, El hadji Malick Sy, acceptant en 1914 de se faire vacciner contre la peste en est une illustration. Pour éviter des émeutes entre indigènes et colonisateurs dans le quartier populaire de *Guet Ndar* dans la région de Saint-Louis, au nord du Sénégal, il a incité les citoyens à suivre son exemple, inaugurant ainsi l'ère des expériences de « l'exemplarité » dans le domaine sanitaire.

Préoccupée par la lutte pour le respect des normes d'hygiène dans les colonies, l'administration coloniale charge les médecins européens de cette mission. À ce sujet, l'ouvrage d'Anne Cornet (2011), intitulé *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda (1920-1940)*, est particulièrement clair sur la stratégie coloniale. L'auteure note que pour réussir leur mission, les médecins européens se sont appuyés sur des chefs coutumiers comme des « intermédiaires indigènes », des *middle figures*, ou encore des *go-bettweeners* pour garantir un ralliement des populations à la médecine occidentale. Même si la dimension contraignante de la colonisation empêche de parler de bénévolat, ces profanes de la santé peuvent être considérés comme les premiers relais communautaires en Afrique.

La littérature historique révèle en somme trois types d'acteurs de santé en Afrique, avec des formes de contrat social distinctes : 1) le contrat ancestral des acteurs traditionnels, sorciers et

²⁸ Nous faisons référence ici aux archives de santé disponibles depuis la période coloniale à la bibliothèque d'histoire de l'IFAN à Dakar.

guérisseurs, fait de l'engagement un sacerdoce pour des acteurs autochtones dans le but d'honorer leur lignée et d'assurer la continuité de leur descendance. Leur légitimité de prodiguer des soins était alors reconnue de tous. 2) Le contrat divin des acteurs religieux, maîtres coraniques et pasteurs, fait de l'engagement une expression de la foi basée sur le partage, le don de soi, le désintéressement dans les rapports avec autrui. Ils avaient une légitimité allochtone avérée principalement auprès des nouveaux adhérents/convertis à la religion musulmane ou chrétienne. 3) Le contrat indigène des chefs coutumiers fait de l'engagement une contrainte, un devoir envers l'administration coloniale. En concourant à discréditer les acteurs de santé traditionnels et religieux en faveur des médecins européens, il a contribué de manière décisive à imposer l'approche de la biomédecine occidentale, mais en même temps, à installer un climat de méfiance entre les populations et les structures de soins, entre soignés et soignants (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Suivant l'histoire, on pourrait donc penser qu'il y a une téléologie de la santé substituant des acteurs à d'autres et rendant la médecine « inhospitalière » en Afrique, mais en fait, il y a aussi des allers-retours, car les ACS sont un retour à une santé informelle localement ancrée – légitime et para-hospitalière - au moins du point de vue de la préservation de l'intimité des patientes et des mœurs locales (*cf. infra*).

1.4. Le foisonnement des sous-catégories instituées d'ACS

Officiellement le groupe des ACS n'est pas une profession²⁹, car il n'est pas codifié dans le tableau des catégories socioprofessionnelles du Sénégal. En Afrique de l'Ouest, le personnel paramédical diplômé comprend les infirmières et les sages-femmes. Les aides-soignantes ne sont ni diplômées ni membres du personnel paramédical et font partie du « personnel communautaire ». L'initiative de Bamako (IB) constitue néanmoins le cadre institutionnel international et national définissant leur rôle dans le dispositif de santé locale. L'IB, lancée lors d'une conférence en 1987, en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires est, en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé (Ridde, 2004). Elle visait à concrétiser la stratégie des soins de santé primaire notamment a) l'équité dans l'accessibilité des soins, b) la participation communautaire, c) une approche multisectorielle, d) une technologie appropriée, e) des activités de promotion de la santé.

²⁹ En revanche, le flou autour du travail du bénévolat qui flirte avec des professions médicales et paramédicales permet de penser la dynamique et le changement de cette occupation avec l'outillage théorique interactionniste. L'accent est donc mis sur la nature de la formation, l'évolution des statuts, des attributions du système des professions et de la société qui, selon Eliot Freidson (1986), font de la profession une catégorie historique variable.

Cependant, l'initiative de Bamako n'a pas suffi à améliorer la santé des populations dans plusieurs pays, notamment au Mali, au Burkina Faso, au Bénin (Ridde, 2003), et elle n'a pas évoqué le devenir professionnel des ACS. Ce vide juridique n'a pas trouvé de réponse non plus dans les plans stratégiques nationaux de développement sanitaire. En fait, l'État du Sénégal a décidé en 2014 d'élaborer une politique nationale de santé communautaire (PNDSC) dont l'orientation majeure était de mettre sur pied un cadre institutionnel de gouvernance rapprochée des ACS. La principale mesure prise par la cellule de santé communautaire nouvellement créée a été l'ajustement des prérogatives en dessinant les frontières de chaque sous-catégorie pour correspondre aux attentes institutionnelles et limiter les empiètements de territoires professionnels.

Encadré n° 1 : Taxinomie des ASC par la Cellule de santé communautaire

Acteur Communautaire de soins (ACs) : en charge de délivrer un paquet de service curatif, préventif et promotionnel. Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC³⁰, matrone, ASC/matrone, dispensateur de soins à domicile). Il a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés.

- **Agent de santé communautaire (aides-soignant·e·s) :** personne qui a reçu une formation et qui est chargée de dispenser des soins curatifs de base, des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé.

- **Matrone :** personne qui a reçu une formation et qui est chargée d'assister la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, orientation des femmes pour assurer une assistance par du personnel qualifié lors de l'accouchement...); elle dispense aussi des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé comme les ASC.

- **ASC matrone :** acteur formé et polyvalent qui mène dans une case de santé des tâches intégrées d'ASC et de matrone.

- **Dispensateur·trice de soins à domicile :** une personne formée, équipée pour prendre en charge le paludisme (TDR et ACT) à domicile et de faire la sensibilisation sur le paludisme. Quand le paquet est élargi, le DSDOM prend également en charge les IRA et la diarrhée. Le DSDOM intervient dans un site PECADOM (hameau ou village).

Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention (ACPP) : en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sanitaires (relais, *bàjjenu gox*). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiants dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé. Les praticiens de la médecine traditionnelle peuvent être utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

³⁰ Pour plus de lisibilité, nous évitons l'emploi des sigles de l'identification administrative des postes (sauf ACS). Nous faisons ici la distinction entre catégorie institutionnelle (ASC) et catégorie analytique (ACS).

- **Relais communautaire** : personne formée et qui est chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.
- **Bàjjenu gox** : « marraine » de quartiers ou de villages ; elle fait la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire ; aide les relais en prenant en charge les cas de réticences, conseille les familles, accompagne les femmes enceintes/mères au sein des structures, fait le plaidoyer.

Source : PNDSC, 2014

Six (6) catégories distinctes d'ASC sont évoquées dans l'enquête de santé (EDS, 2018) : les matrones (suppléantes de sage-femme), les agents de santé communautaire (aides-soignant·e·s), les dépositaires de pharmacie-IB (vendeurs de médicaments et de tickets de consultation), les relais, les dispensateur·trice·s de soins à domicile (ou aides à domicile) et les marraines de quartier ou de village (*bàjjenu gox*). Les membres de comité de développement sanitaire (gestionnaires trésoriers) et les agents municipaux de santé³¹ complètent cette catégorisation. Ils participent régulièrement aux activités sanitaires locales : lutte contre le VIH Sida (Eboko, 1999 ; Tchanchou, 2008), travail social (Madelin, 2001 ; Ravon, 2001), gestion des pharmacies villageoises et santé des enfants (Perez et *al.*, 2009), lutte contre le paludisme (Faye, 2012). Certes toutes ces sous-catégories doivent leur place dans le dispositif à une ordonnance institutionnelle, mais elles puisent leur source de légitimité de la part d'acteurs différenciés (professionnels de santé, autorités locales) et sont donc inégales entre elles en termes de popularité.

L'acuité des défis en santé publique que confronte l'ensemble des niveaux du système sanitaire suggère de multiplier les mesures, en se référant aux diagnostics des professionnels et des acteurs politiques municipaux. L'historiographie ci-dessous montre les origines institutionnelles de l'avènement des catégories institutionnelles d'agents de santé communautaire dans le système sanitaire sénégalais caractérisé par une bipolarité de l'activité professionnelle et politique. De fait, eu égard aux différentes modalités d'invention et de responsabilisation des sous-catégories, des légitimités politiques et professionnelles coexistent.

³¹ Les agents municipaux de santé sont recrutés directement par les autorités municipales pour travailler dans les centres et les postes de santé sous la responsabilité des gestionnaires trésoriers et du personnel qualifié. Leur nombre dépend des richesses des collectivités territoriales. Ils jouent les mêmes rôles que les ACS : dépositaires pharmacie-IB, aides-sages-femmes, aides-soignants. Ils constituent, on le verra plus loin, un segment professionnel à part qui se démarque des autres ACS.

Tableau n° 2 : Historiographie de l'implication des ASC au Sénégal

Année de création	ASC	Cadre institutionnel
1972	<ul style="list-style-type: none"> • Aides-soignant·e·s • Matrone 	La loi n° 72 — 02 du 1er février 1972 portant réforme de l'administration territoriale et locale,
1992	<ul style="list-style-type: none"> • Membres des comités de santé • Dépositaires 	La loi n° 92-07 du 15 janvier 1992 et le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Relais polyvalents • Dispensateur·trice de soins à domicile (DSDOM) 	Contexte de la décentralisation en 1996
2009	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bàjjenu Gox</i> 	Créé en 2009 par le président Abdoulaye Wade, qui visait à s'attaquer aux taux élevés de mortalité et de maladies maternelles et infantiles du pays.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Membres comités de développement sanitaire (secrétaire exécutif, gestionnaires trésoriers) 	Décret du 5 janvier 2018

D'une part, la création des sous-catégories d'aides-soignant·e·s, de matrones, de membres de comités de santé et de dépositaires a été une demande des professionnels de santé et des chercheurs spécialisés. Ces mesures, basées sur des projets de loi (loi n° 72 — 02 de 1972 et loi n° 92-07 de 1992), ont été une réponse aux revendications des acteurs professionnels relatées par les spécialistes de la santé dans des rapports institutionnels de santé publique. D'autre part, la présence des relais, des distributeurs de soins à domicile, des *bàjjenu gox* et des membres de comités de développement sanitaire en remplacement des membres de comités de santé, suit une logique politique consécutive aux décisions prises, de manière quasi unilatérale, par les hommes politiques qui se sont succédés à la tête du pays.

Le cas atypique des *bàjjenu gox* mérite qu'on s'y attarde. En effet, l'ancien président de la République Abdoulaye Wade (de 2000 à 2012) a créé lui-même la catégorie des *bàjjenu gox* en reprenant le terme wolof utilisé pour nommer une marraine. Traditionnellement dans chaque famille, dans chaque quartier/ village il existe en effet une *bàjjenu gox* qui incarne un rôle de fédératrice des habitants, de conseillère en gestion des relations conjugales et de l'hygiène corporelle. Sa légitimité repose sur l'exemplarité de ses actes (vécu et expérience en tant que mère de famille), l'apprentissage se faisant donc par l'action. L'implication des *bàjjenu*

gox dans la prise en charge de la mère et de l'enfant est donc un élargissement des prérogatives de ces actrices sociales dans le champ de la santé³². Le but est de donner à des femmes une formation pour qu'elles deviennent des leaders dans le domaine de la santé génésique, suite au constat du taux élevé de mortalité maternelle dans les régions reculées.

Mais l'institutionnalisation des *bàjjenu gox* est aussi l'aboutissement d'un long processus rythmé par des luttes militantes de femmes depuis les années 1970, comme en témoigne les propos de cette pionnière, ancienne compagne de Wade, d'antan leader du parti démocratique sénégalais (PDS) :

« La plupart des bàjjenu gox était des militantes du parti démocratique sénégalais. On était dans l'opposition avec Wade. Notre engagement politique visait avant tout l'amélioration des services sociaux de base pour faciliter la vie des femmes. C'est ainsi qu'on a eu gain de cause pour la construction du marché central du quartier au grand bonheur des femmes. Imagine-toi, pour préparer du couscous, les femmes devaient faire 10 kilomètres pour trouver une machine à mil. La lutte était rude et longue, mais ça valait la peine [...] » (ESS, MB, femme, 62 ans, ancienne militante politique).

Des femmes ont donc été la cheville ouvrière du parti démocratique sénégalais (PDS), comme lors des manifestations politiques de 1988 et de 1993 pour exiger la libération du leader du parti. Parallèlement, elles ont joué un rôle important dans l'amélioration des conditions de vie des populations en général et des femmes en particulier, en faisant une plaidoirie pour l'acheminement de l'eau et de l'électricité en zone périurbaine, la construction de zones commerciales ou de maternités rurales, la mise à disposition de fonds pour financer des microcrédits locaux pour les femmes (Ngom, 2021).

L'engagement des femmes a fini par être récompensé en l'an 2000 lors de la première alternance politique au Sénégal. Après son accession au pouvoir, le leader du PDS généralise la parité homme-femme dans l'administration sénégalaise afin de récompenser les femmes pour leur rôle décisif durant les élections. C'est ainsi que la loi n° 2010-11 du 28 mai 2010, portant sur la parité absolue homme-femme au Sénégal, fut mise en place. Qualifiée de « populiste » par des opposants, cette initiative politique avait surpris. La même logique de parité et de

³² Cette initiative est aujourd'hui reproduite dans plusieurs pays dans le continent avec des appellations qui varient selon les pays : « anges du porte-à-porte » (Mali), *women army* (Uganda et Ghana), matrone (Tchad). Comme nous le verrons plus loin, ces femmes à tout faire interviennent dans contextes difficiles (pauvreté extrême, vulnérabilité, conflits armés, etc.), mais produisent, malgré tout, des résultats satisfaisants.

reconnaissance du rôle des femmes a inspiré l'approche *bàjjenu gox*, dans un souci de clientélisme et d'ancrage local perpétué, cherchant des relais locaux pour la paix sociale. Par la suite, il y a eu des concertations avec les professionnels de santé et les chercheurs pour voir comment accroître la portée de l'initiative sur le plan national, voire sous régional.

Malgré cette parenthèse historique retraçant la singularité des *bàjjenu gox*, les instances institutionnelles (OMS et ministères de la Santé) considèrent que les ACS entrent dans le système sanitaire par la porte de l'engagement bénévole et demeurent un groupe homogène, unis par la morale de l'engagement bénévole pour desservir les mêmes habitants. En revanche, compte tenu des modalités diverses d'implications créant des légitimités différentes et des pratiques spécifiques à chaque catégorie d'ACS, une fois à l'intérieur du dispositif les ACS cherchent à élargir et diversifier leur rôle. La précarité de leurs conditions matérielles met à l'épreuve leur engagement bénévole, qui se situe ainsi à la confluence du développement sanitaire des populations et du développement professionnel du métier d'ACS.

1.5. Catégorisation et positions sociales

Comme nous l'avons signalé dans la partie méthodologique, nous avons rassemblé au fil de l'enquête une série de caractéristiques sociodémographiques des ACS datant de 2020, collectées auprès des réseaux d'associations de relais polyvalents (ARPV) et des chargés de soins primaires des quatre districts étudiés. Les premiers tiennent les registres de tous les ACS membres des associations de relais polyvalents du district, qu'ils soient formés ou non, alors que les seconds répertorient seulement les ACS ayant reçu une formation auprès du personnel qualifié (médecins, infirmiers, sages-femmes) des districts. Les deux sources de données ont été traitées et épurées : nous avons détecté et corrigé les doublons, puis combiné les listes pour finalement travailler sur une seule base de données. Notre analyse statistique sur Excel s'est focalisée sur les variables sociodémographiques les mieux renseignées : le sexe, la situation matrimoniale, l'âge et la fonction. Pour compléter la variable « exercice d'une autre activité », nous avons contacté 17 individus parmi les 2500 enregistrés. Notre échantillon représente environ 1/10^e de la population totale d'ACS au Sénégal. Il n'est pas pour autant représentatif de la population mère, car la base exploitée n'intègre pas les parts relatives des sous-ensembles d'ACS dans chaque région. C'est donc à titre indicatif que nous communiquons les résultats suivants.

D'abord, à propos du pourcentage de chaque sous-catégorie dans la base de données, nous observons que les relais sont de loin les plus représentatifs dans le groupe des ACS, avec près

de la moitié de l'effectif enregistré. Ils sont suivis par la sous-catégorie de *bàjjenu gox*. Les ACPP (relais et *bàjjenu gox*) constituent à eux seuls 70 % de l'effectif total des ACS, tandis que les aides-soignant·e·s et les matrones ne représentent que 30 %. Ensuite, 88 % sont des femmes et 12 % sont des hommes. La présence des hommes est attestée, par ordre décroissant, dans les groupes des relais, des aides-soignant·e·s et des dépositaires pharmacie-IB. En accord avec la tradition patriarcale, environ 4/5 des associations de relais polyvalents sont dirigées par des hommes qui occupent la fonction de présidence. Puis, concernant la situation matrimoniale des enquêté·e·s, nous relevons 69 % de marié·e·s, 21 % de célibataires, 17 % de divorcé·e·s et 3 % de cas de veuvage. Le taux de célibat est plus faible au sein des *bàjjenu gox* (2 %) qu'au sein des relais (74 %). On note également que l'âge le plus élevé est de 57 ans, noté dans le groupe des *bàjjenu gox*. L'âge le plus bas est de 20 ans, noté dans le groupe des relais. La moyenne d'âge est de 32 ans avec des variations suivant les régions. On note plus de jeunes à Kolda qu'à Kaolack. Enfin, l'exercice d'une activité rémunératrice de revenus était une condition requise pour prétendre devenir un ACS. Nos résultats montrent que 79 % des ACS, toutes catégories confondues, ne déclarent pas d'autres sources de revenus : le travail bénévole est la principale source de revenus déclarée par plus de 3/4 d'ACS – ce qui montre, à tout le moins, qu'ils soulignent l'importance financière que revêt l'activité ACS pour eux.

En s'intéressant aux modalités de participation des populations dans la gestion des recettes des établissements de santé à Pikine (département de Dakar) dans les années 1990, Didier Fassin et Éric Fassin (1989) montrent que la constitution des membres reproduit les oligarchies locales, parce qu'ils sont nommés par les élus municipaux locaux parmi leurs militants politiques. Ce constat de Fassin a été repris par Jean-François Caramel et *al.* (2016) qui retrouvent la même situation au Niger qualifiée de modèle PAC (Parents, Amis et Connaissances). Suivant cette perspective, on pourrait généraliser aux acteurs communautaires cette dimension élitiste (chefs de quartier, chefs religieux, chefs coutumiers et élus locaux). Or, la déclaration de leurs revenus fait plutôt ressortir une composition hétérogène du groupe des ACS, avec des statuts sociaux différents touchant les classes moyenne et populaire de la société sénégalaise. Cette configuration est à mettre en parallèle avec l'évolution du contexte sociopolitique du pays. Depuis 2006, on assiste en effet à la démocratisation de la participation communautaire, devenir ACS n'est plus l'apanage des groupes dominants comme au temps des comités de santé (Fassin, Fassin, *op. cit.*). Dès lors, quelle position sociale occupe la catégorie ACS par rapport au reste de la population sénégalaise ? Cette comparaison permet de situer les ACS dans le tissu social sénégalais afin de mieux comprendre qui ils sont.

Le déclin des analyses en termes de classes sociales dans les travaux en sciences sociales (Chauvel, 2001) s'est appuyé sur la diffusion de l'idée d'une « moyennisation » des sociétés occidentales et d'une paupérisation des pays aux économies les plus fragiles. « *Vivons-nous encore dans une société de classe ?* » s'interroge Olivier Schwartz (2009) à propos de la société française, avant de constater que celle-ci est confrontée à des difficultés structurelles pour reconstruire une cité égalitaire. Dans ce pays, un métier peut se situer sur les échelles d'origine sociale. Appartenir aux classes populaire, moyenne ou supérieure est souvent un héritage des parents. Moins orientées vers la lutte des classes (Marx, 1993), les études sur les classes sociales en Afrique de l'Ouest sont relativement récentes, elles datent des années 1990 et sont axées sur les processus de classification et de déclassification sociale.

En effet, les politiques d'ajustement structurel et les réformes néolibérales des années 1980-1990 ont entraîné le déclassement social des classes moyennes africaines, dont le statut reposait sur ses liens avec l'État. Durant cette période, l'émigration a été l'ascenseur social le plus populaire. Afin d'appréhender les dynamiques de sortie de la pauvreté, la mobilité sociale de ces peuples fut ainsi principalement analysée sous l'angle de l'émigration nationale (exodes ruraux) et internationale (Diop et Antoine, 1995). Cette orientation des travaux de recherches accorde une place plus importante aux modes de bricolage pour la survie dans les villes (Fall, 2007) qu'à la stratification des catégories de classes sociales au niveau périphérique. En cela s'ajoute, le présupposé selon lequel toute la population rurale est paysanne donc appartient à la classe populaire. C'est d'ailleurs une explication de l'omission de la question sur l'origine sociale des ACS dans nos guides d'entretien, à laquelle que nous avons substitué une analyse des catégories émiques.

Or, le bouleversement de la structure sociale des sociétés ouest-africaines n'annihile pas pour autant les différences sociales contemporaines, marquées par l'hétérogénéité des classes moyennes, dans leurs dimensions plurielles, objectives et subjectives (Darbon, 2014 ; Lentz, 2016 ; Kroeker, O'Kane, et Scharrer, 2018). En ce qui concerne la population sénégalaise de manière générale, les riches de la classe supérieure sont des politiciens ayant accès aux subventions de l'État ou bien des entrepreneurs privés (exploitants d'arachides à Kaolack, immigrants guinéens et Mauritanien boutiquiers à Kolda) capitalisant leur fortune dans le commerce. Ce sont ces derniers qui habitent les plus belles villas dans les zones périurbaines et rurales. La classe moyenne comprend les 50 % de la population scolarisée et les 10 % de salariés dans les secteurs publics et privés. Le reste de la population (paysans, analphabètes,

ouvriers...) forme la classe populaire. Au regard de cette stratification sociale, où se situent les ACS ?

Si l'habitat ne différencie pas fondamentalement les habitants, en revanche, la différence culturelle est plus perceptible. Parmi les ACS certains avaient déjà un pied dans la santé. La plupart des jeunes filles célibataires devenues ACS ont suivi une formation en santé (sanctionnée par un diplôme) et ont bénéficié du soutien financier d'un tiers membre de la famille pour s'acquitter des frais de paiement de formation en santé. Au travers des regroupements de femmes, les *bàjjenu gox* s'activaient déjà dans le développement social, économique et sanitaire des femmes. Elles occupent des positions leaders au sein des populations du fait d'un carnet d'adresses bien rempli qu'elles tirent de leur rôle de gestionnaire de *tontine* et de responsable de groupement de solidarité féminine (cf. chapitre 4). Même en l'absence d'activités rémunératrices de revenus, cette position d'argentièrè fait qu'elles parviennent peu ou prou à subvenir aux besoins de leurs familles en dépit de la gratuité de leur travail bénévole. Cette disponibilité biographique et la pratique du *care* les rangent dans la catégorie « classe moyenne ».

Cette catégorie se distingue de la catégorie des ACS de classe populaire : relais, dispensateur·trice·s de soins à domicile, aides-soignant·e·s et matrones sont dans une situation beaucoup plus précaire. Ils sont principalement des néo-arrivants qui se rendent utiles à la communauté pour se socialiser. Leur besoin d'intégrer le tissu social local trouve ainsi écho dans l'engagement bénévole qui permet, parallèlement, d'avoir un revenu supplémentaire pour survivre. Bien que ces derniers sachent lire et écrire, le taux important de déperdition scolaire et de renoncement aux formations professionnelles pour motifs financiers montrent que la scolarisation menée à terme, surtout en milieu rural et périurbain, est réservée aux membres des familles moyennes et élevées (Hugon, 2018).

À propos du secteur socio-sanitaire en particulier, la conjonction de deux facteurs permet de situer les ACS : la fluctuation des revenus, comme nous l'avons montré précédemment, et la conscience de groupe socioprofessionnelle. En ce qui concerne ce dernier point, en l'absence d'utopie fondatrice d'un « paradis social », comme les Trente glorieuses le fut pour les classes moyennes européennes (Chauvel, 2006), la conscience professionnelle propre aux ACS se matérialise par le partage des mêmes contraintes dans le travail et des mêmes aspirations socioprofessionnelles. Leur reclassement social s'adosse sur leur volonté d'accéder aux rôles sanitaires gratifiants pour des individus en majorité issus de classe sociale inférieure. Ainsi, le

contexte dans lequel travaillent les ACS constitue à la fois des « *enchevêtrements de contraintes et de ressources pour leur existence* » (Demazière et Gadéa 2009, p. 438). Issus donc principalement de classes moyenne et populaire, les bénévoles sanitaires cherchent à consolider leur rôle dans le système sanitaire, par solidarité, par devoir ou par intérêt. L'intensité et les effets de cette dynamique de reclassement relative à la place des ACS sont davantage perceptibles au niveau périphérique de l'ordre hiérarchique socioprofessionnel.

2. Les ACS dans l'ordre hiérarchique socioprofessionnel

Le dispositif sanitaire au Sénégal est composé de plusieurs groupes professionnels entretenant des interactions en vue de mettre en place un « ordre négocié » (Strauss, 1961). Les interactions à l'hôpital sont ici envisagées comme un « monde social » au sein duquel se produisent des négociations entre les divers acteurs concernés par son fonctionnement. Les interactions professionnelles désignent l'ensemble des pratiques et des règles qui structurent les rapports entre les travailleurs bénévoles et les responsables de tutelle dans l'organisation de la santé à l'échelon des districts sanitaires. Les ACS, le personnel qualifié (médecin, infirmier·ère, sage-femme), les agents sanitaires des municipalités et les gestionnaires trésoriers entretiennent des relations informelles de travail en tenant compte des positionnements respectifs des uns et des autres dans l'organisation sanitaire.

Dans la description des interactions entre les groupes professionnels au niveau périphérique, on verra qu'on retrouve les quatre types de relations identifiés par Howard Vollmer et Donald Mills (1966) pour observer et analyser les influences mutuelles entre les corps de métier. Ils soutiennent que : i) dans la compétition (*competitive*) les adversaires sont en concurrence ; ii) s'agissant de la coopération (*accomodative*) les apports des différentes entités sont distincts ; iii) le conflit (*conflict relationships*) traduit le désaccord entre deux parties prenantes, chacune cherchant de son côté à monopoliser le pouvoir, à contrôler des espaces et à accroître des avantages sociaux, politiques et économiques ; iv) l'évitement (*avoidance*) consiste en la rupture des relations sociales dans le travail, qui désignent un niveau meso social de négociation entre agents. À cela s'ajoutent les relations de collaboration, c'est-à-dire l'exécution d'activités de manière concertée.

Des relations hiérarchiques lient les responsables de tutelle et le personnel subalterne. Le rôle des responsables de tutelle est double : i) le personnel qualifié (Équipe-cadre des soignants) s'occupe de l'organisation technique et administrative du service ainsi que de la gestion des

ressources humaines ; ii) les membres des comités de développement sanitaire sont chargés, quant à eux, de gérer la trésorerie des centres et des postes de santé. Le personnel subalterne est composé des travailleurs des établissements de santé (aides-soignants, matrones, dépositaires pharmacie-IB et agents municipaux de la santé) et des travailleurs auprès des habitants (relais, dispensateur·trice·s de soins à domicile, *bàjjenu gox*). Nous montrons que non seulement l'initiation des ACS se fait dans un climat de luttes de positionnement, mais surtout qu'elle dépasse les limites des formations institutionnelles et favorise un glissement des tâches vers le haut.

2.1. Une formation raccourcie, institutionnalisée dans le système sanitaire

Le financement basé sur les résultats (FBR) est une politique adoptée en 2006 visant une émulation collective des performances sanitaires en modifiant le cadre de management des établissements publics de santé. Il est décidé, durant cette année charnière, que les centres et les postes de santé, les plus performants en matière d'atteinte des objectifs sanitaires fixés au niveau national, bénéficieront du soutien des partenaires techniques et financiers de l'État (Wone *et al.*, 2012). Pour être compétitifs, les responsables des centres et des postes de santé, notamment les membres de l'équipe-cadre de district, se sont adossés à un service des ACS à temps plein. Depuis cette année charnière, on observe une redistribution des rôles des travailleuses et des travailleurs au niveau périphérique, favorable au travail polyvalent (permanent) au détriment de la taxinomie institutionnelle des rôles impartis.

La socialisation professionnelle des ACS avec le personnel qualifié contribue à valoriser les ACS issus des classes populaires et sous-formés. En effet, avant d'être affectés sur une structure sanitaire, les ACS reçoivent une formation initiale (de 3 à 6 mois) organisée avec le concours de l'équipe-cadre de district. Le/la chargé·e de l'éducation pour la santé et le/la chargé·e des soins de santé primaire (SSP) des centres de santé sont responsabilisés pour prodiguer les formations, sanctionnées par un diplôme (voir annexe, n° 11). Ces formateurs sont nommés parmi le personnel paramédical suivant leur expérience de collaboration avec les ACS pour disséminer les comportements conformes au développement de santé communautaire.

La formation aux gestes infirmiers ou de sages-femmes et de gestionnaires est réservée aux aides-soignant·e·s, aux matrones et aux dépositaires pharmacie-IB. Ils font un stage de 6 mois au sein du centre de santé pour apprendre les ficelles du métier paramédical et la gestion des structures de santé. La matrone peut éventuellement être appelée à servir dans une maternité

rurale. Pour bien remplir son rôle, elle apprend à renseigner les fiches de référencement des femmes enceintes (de la case vers les postes de santé), à surveiller et à assister des accouchements inopinés. Elle est aussi formée aux normes de nettoyage de la table de travail, à la stérilisation des outils avant et après l'accouchement, à la prise de constantes et à la communication interpersonnelle (conseil aux parturientes et aux accompagnant·e·s)³³. Tout comme la matrone, l'aide-soignant·e gère une case de santé ou assiste l'infirmier·ère dans un poste ou centre de santé. Il/elle est formé·e pour accueillir les patients (orientation, information) et pratiquer la petite chirurgie (circoncision, pansement de plaies et de brûlures, piqûres). Les compétences techniques acquises devront leur permettre d'assister le personnel paramédical dans l'amélioration de l'offre de service routinier au sein des structures de santé et dans la mise en œuvre du programme élargi de vaccination³⁴. La même durée de formation est allouée par le gestionnaire de l'équipe-cadre de district pour initier le dépositaire de la pharmacie-IB aux méthodes de conservation, de rotation (stocks de médicaments) et d'entreposage des intrants (gants, seringues, etc.).

Moins longue, la formation des relais, des *bàjjenu gox* et des dispensateur·trice·s de soins à domicile dure 3 mois et est séquencée en deux volets. La formation en tronc commun est principalement axée sur le *counselling*, la sensibilisation, les normes d'hygiène, la prévention de la maladie. Les relais sont spécialisés en « causeries » et en visites à domicile, les *bàjjenu gox* en mobilisation sociale et les dispensateur·trice·s de soins à domicile en prise en charge précoce des maladies endémiques (paludisme, tuberculose, VIH) (PSNSC, 2014-2018).

En plus de leur formation de courte durée dans les districts, une formation occasionnelle de renforcement des capacités est aussi proposée par les commanditaires — publics ou privés — de programmes aux relais, aux *bàjjenu gox* et aux dispensateur·trice·s, principalement en matière de renforcement nutritionnel. En effet, à la suite de la crise de 2008 « *La hantise de ne plus pouvoir se nourrir n'est pas une nouveauté pour les ménages maliens et sénégalais pauvres. Ses causes s'inscrivent dans la continuité des crises : variabilité des récoltes céréalières, stagnation du pouvoir d'achat, hausse brutale des prix* » (Janin, 2008, p. 92). Pour faire face à cette faim endémique, le pilotage de ce programme a été confié aux agents de la

³³ Cette réinvention de la fonction de sage-femme est d'ailleurs présente jusque dans les sociétés occidentales. Voir à ce sujet les travaux d'Ivy Lynn Bourgeault et al., (2004).

³⁴ En fait, le programme élargi de vaccination du Sénégal recommande qu'un enfant reçoive le BCG, trois doses de Pentavalent, trois doses de vaccin contre la poliomyélite, une dose de vaccin contre la rougeole, et une dose de vaccin contre la fièvre jaune (ANSD, 2018).

cellule de lutte contre la malnutrition (dépendant de la primature) et aux ONG partenaires de l'État sénégalais. La mise en œuvre des activités a été confiée aux relais et aux *bàjjenu gox* suivant une approche charnière entre l'*empowerment* des sociétés villageoises et le retour de l'État providence. Concrètement, des activités sont déroulées dans les sites de pesées où la malnutrition (aiguë, modérée ou sévère) est diagnostiquée par un relais ou une *bàjjenu gox*. Ces derniers sont formés aux techniques de détection des cas d'enfants mal nourris par pesée et mesure du périmètre brachial et à leur prise en charge par la préparation d'aliments fortifiés. L'organisation des séances de renforcement nutritionnel ou *toggal* procure des compétences supplémentaires aux ACS travaillant auprès des habitants.

Cependant, les formations instituées comme occasionnelles suivent les frontières institutionnelles tracées par la cellule de santé communautaire et ne permettent pas, par conséquent, à une seule catégorie de capitaliser toutes les compétences techniques (actes paramédicaux), sociales (sensibiliser et mobiliser les populations) et gestionnaires (gestion de stock des médicaments). Or dans certaines structures de santé, le déficit en personnel qualifié est arrivé à un point où seule une implication non restrictive des ACS peut permettre d'assurer la continuité des soins. C'est sous ce rapport de déséquilibre de la répartition du personnel entre les postes et les centres de santé qu'une formation sur le tas s'opère ensuite de manière informelle auprès des personnels paramédicaux pour optimiser le service des ACS. Plus conforme aux exigences de chaque structure de santé, la formation sur le tas prodiguée par les acteurs sur le terrain aux ACS dépasse les attributs institutionnels de la cellule de la santé communautaire. Médecins, infirmier·ère·s et sages-femmes, premières autorités de tutelle des ACS, considèrent que l'appoint des bénévoles ne doit pas se cantonner à cette spécialisation basée sur un travail intermittent, au contraire : les ACS sont plus utiles dans un registre de travailleurs permanents et polyvalents. Cette opposition entre la gouvernance institutionnelle et la gouvernance opérationnelle est un point important de discord, déjà souligné par Fatoumata Hane (2007) comme étant à l'origine de l'émergence d'une « fonction soignante », qui s'ajoute aux motifs de mobilisation des ACS.

2.2. Le glissement de tâches par en haut : une homogénéisation des compétences

Le personnel paramédical joue un rôle clef d'initiation des ACS à la culture de la citoyenneté sanitaire. Leur présence ou leur absence dans les interactions a des effets significatifs sur l'identification et la façon de se présenter des ACS. En effet, par la délégation des tâches et l'apprentissage sur le tas, le personnel qualifié distribue les rôles aux sous-catégories présentes

dans la division sociale du travail. Afin de garantir la continuité du service et l'interchangeabilité des agents, les infirmiers et les sages-femmes ont besoin de personnels polyvalents et contribuent de ce fait à redessiner les contours de l'ordre professionnel dans le système sanitaire.

L'uniformisation des tâches est entendue comme l'exercice de tâches de *care* et/ou de *cure* qui transcendent les prérogatives officielles définies par la cellule de santé communautaire. L'omniprésence des ACS dans l'offre de santé paramédicale ne repose pas sur un acte machinal, mais sur plusieurs actes variés et valorisants. La configuration pyramidale suggère de prendre la mesure de la complexité des relations d'interdépendance entre les acteurs intervenants à des niveaux différents. Les interactions entre le personnel médical et paramédical et les travailleurs bénévoles sont, de manière décroissante, plus denses dans les centres de santé et les postes de santé.

Dans les centres de santé, l'organisation verticale prend en compte la hiérarchie paramédicale (major infirmier-ère, maitresse sage-femme, ACS), subordonnée à celle des médecins (médecin-chef de district et médecin-chef adjoint), exerçant leur contrôle (Freidson, 1984). Cependant, les ACS remplacent très souvent le personnel qualifié titulaire dans la livraison des services de santé. Ce rôle de substitution résulte certes du sous-effectif chronique, mais surtout de la surcharge du travail soignant et des activités administratives chronophages, comme la tenue régulière de réunions de coordination³⁵ et de mise à niveau, des *reporting* mensuels sur les données sanitaires, des séminaires de formations, etc. Dans ce contexte organisationnel des glissements de tâches ont lieu entre professionnels et bénévoles travaillant au sein des établissements de santé (Hane, 2007 ; Ndoye, 2009). La matrone devient sage-femme, l'aide-soignant-e infirmier-ère, l'infirmier-ère se considère comme médecin et le médecin joue le rôle d'administrateur. C'est ainsi que les ACS se sont très vite orientés vers les soins (Schneider et al., 2008). Malgré leur statut, des tâches de soignant sont confiées aux ACS par leurs supérieurs hiérarchiques respectifs. Pour utiliser de manière optimale cette main d'œuvre, les responsables sanitaires des centres et des postes de santé ont fixé des horaires aux ACS intervenants dans les centres et les postes de santé.

Interrogé sur les raisons qui les poussent à parrainer cette uniformisation des compétences dans le travail hospitalier le personnel qualifié a apporté deux explications. L'une est relative aux

³⁵ Ces réunions se déroulent dans les centres de santé qui symbolisent le district sanitaire administratif. Le personnel paramédical est tenu de l'assister trois, voire quatre fois dans le mois.

difficultés qu'il éprouve à allier les charges de travail médical ou paramédical aux tâches administratives. Par exemple, les maitresses sages-femmes font une autre interprétation de la notion « d'accouchement assisté par un personnel qualifié » inscrite dans le programme national de développement sanitaire, pour justifier la délégation des tâches.

« Ce que je veux préciser sur cette notion est simple : il ne faut pas la prendre au premier degré. Pour moi “accouchement assisté par un personnel qualifié” signifie que dans l'endroit dans lequel l'accouchement se déroule il y a un personnel qualifié prêt à intervenir en cas de complication. » (ESS, FKD, femme, 41 ans, maitresse sage-femme).

L'autre concerne l'importance perçue de disposer d'ACS compétents dans les équipes pour améliorer le service de soin, comme l'explique un médecin interrogé à ce propos.

« La charge de travail qui pèse sur nos épaules est importante. D'abord, nous recevons un nombre pléthorique lors des consultations journalières. Il tourne autour de 400 et 500 personnes par jour. Puis, il y a la rédaction de rapports pour les différents programmes avec qui nous collaborons. Sans oublier le remplissage des indicateurs sanitaires, la vérification des données de registres et la transmission des résultats à l'échelon central par le canal du système d'information et de gestion des données sanitaires qui font aussi partie de nos tâches. Enfin la participation à des réunions administratives organisées par le district, le préfet ou les collectivités locales. Ça fait beaucoup quand même ! Si le district ne dispose pas d'ACS polyvalents, capables de se substituer les uns aux autres, rien ne marche » (ESS, DN, homme, 40 ans, médecin).

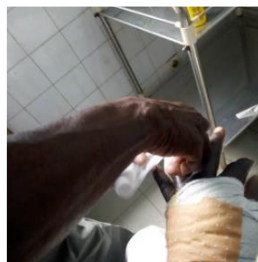
Dans les postes de santé s'opère une organisation en binômes, constitués d'un infirmier-chef de poste et d'une sage-femme, assistés par des ACS et placés sous l'autorité hiérarchique de l'infirmier-chef de poste (ICP)³⁶. Ce dernier a aussi la charge de superviser les activités des cases de santé. Les cases sont tenues à leur tour par des ACS, un·e aide-soignant·e et/ou une matrone, qui sont assistés dans leur rôle par un relais et une *bàjjenu gox*. Les catégories professionnelles en relation dans un « système d'action concret » (Crozier et Friedberg, *ibid.*) sont les infirmier·ère·s, les sages-femmes, les aides-soignant·e·s, les dépositaires, les matrones. Les interactions tournent autour des actes paramédicaux et de gestion. Les actes paramédicaux

³⁶ Responsable du poste de santé du quartier, l'infirmier-chef s'occupe de l'administration, gère le personnel soignant et donne des consultations paramédicales.

regroupent les soins infirmiers et les soins maternels (des sages-femmes). Parmi les tâches à exécuter, les plus importantes sont la vaccination³⁷ et la petite chirurgie (perfusion et pansement). Aides-soignant·e·s et matrones s'en occupent en administrant des doses de médicaments, par voie orale ou par injection, à des enfants de moins de 5 ans. L'injection est juridiquement l'apanage du personnel de santé qualifié, donc des médecins, des infirmiers ou des sages-femmes (Arrêté MSP, 1989). Pourtant il est fréquent d'observer les aides-soignants et les matrones se substituer au personnel qualifié pour cette tâche, en l'absence de tout contrôle.

Figure n° 4 : Principales tâches d'initiation parrainées

Pansement de plaie



Montage de perfusion



Vaccination



Causerie avec les FAP



En ce qui concerne les tâches liées à la maternité, les sages-femmes délèguent aux matrones la prise des constantes et le montage des perfusions pour les femmes enceintes ou les femmes qui viennent d'accoucher. Les matrones font aussi des injections à des femmes enceintes, sous le contrôle des sages-femmes. Mieux, elles font des accouchements avec ou sans l'aide d'une sage-femme. Elles assistent le travail d'accouchement de la rupture de la poche des eaux jusqu'à l'expulsion du bébé, en passant par la coupure du cordon ombilical, l'éjection du placenta et, le cas échéant, à la suture des lèvres du bas ventre. Elles lavent le bébé, lui administrent la

³⁷ Elle se tient tous les mois sur des cohortes d'enfants âgés de 0 à 5 ayant vu le jour ou non dans le PPS, mais dont les noms sont répertoriés dans un registre de suivi vaccinal. Munie d'un carnet de santé avec un calendrier préétabli, chaque mère amène régulièrement son enfant pour faire le suivi. En fait, le programme élargi de vaccination (PEV) du Sénégal recommande qu'un enfant reçoive le BCG, trois doses de Pentavalent, trois doses de vaccin contre la poliomyélite, une dose de vaccin contre la rougeole, et une dose de vaccin contre la fièvre jaune (ANSD, 2018).

première injection contre l'hépatite avant de le remettre à la maman. Or, il est mentionné dans le document de la politique de développement de la santé communautaire que le rôle de la matrone est : d'assister la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, orientation des femmes). Ainsi les tâches décrites ci-dessus issues de nos observations sont bien au-dessus de leurs prérogatives formelles, même si elles sont parrainées par les responsables de tutelle. Pour justifier le parrainage, les sages-femmes travaillant dans les postes de santé choisissent parmi le personnel communautaire les agents les plus qualifiés pour pallier le manque de formation. Dans la délégation des tâches, elles tiennent compte par exemple des compétences relatives à chaque matrone.

« Je connais bien les limites administratives des matrones. Mais elles n'ont pas toutes les mêmes compétences ni la même expérience de gestion de la grossesse. Quand je m'absente et qu'une femme doit accoucher derrière moi, je m'arrange pour que ça soit M. qui monte la garde pendant ces trois jours. Car avec elle je suis sûre qu'elle peut gérer l'accouchement mieux que les autres » (ESS, RD, femme, 35 ans, sage-femme).

Ces manières pragmatiques de s'approprier les normes réglementaires autorisent les acteurs à juguler le flux de patientes et, en même temps, à déléguer certaines tâches au personnel de soutien. À cette extension des prérogatives en interne, s'ajoute celle opérée en externe par les ACS travaillant auprès des habitants. Si les aides-soignants, les matrones et les dépositaires pharmacie-IB opèrent lors des soins routiniers dans les établissements de santé, les relais, les dispensateur·trice·s de soins à domicile et les *bàjjenu gox* interviennent auprès des ménages.

Leurs missions, confiée par le personnel qualifié ou des ONG intervenant localement, sortent des domaines de compétences tracés par l'autorité de tutelle, la cellule de santé communautaire. En pratique, la détection des enfants dénutris n'est plus réservée aux relais ; la distribution de produits de planification familiale n'est plus l'apanage des *bàjjenu gox* ; le suivi de la grossesse (distribution de comprimés sulfadoxine pyriméthamine pour prévenir le paludisme chez les femmes enceintes) n'est plus l'apanage des aides à domicile (DSDOM). Toutes ces activités sont effectuées indifféremment par les relais, les dispensateur·trice·s de soins à domicile ou les *bàjjenu gox*. De l'avis d'un médecin interrogé sur les raisons de l'effacement des frontières entre ACS, cette uniformisation des tâches répond à la volonté d'offrir une meilleure prise en charge de la santé locale : *« L'impératif d'améliorer les indicateurs sanitaires de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Kolda a fait que nous avons généralisé plusieurs activités »* (DT, homme, 42 ans, médecin).

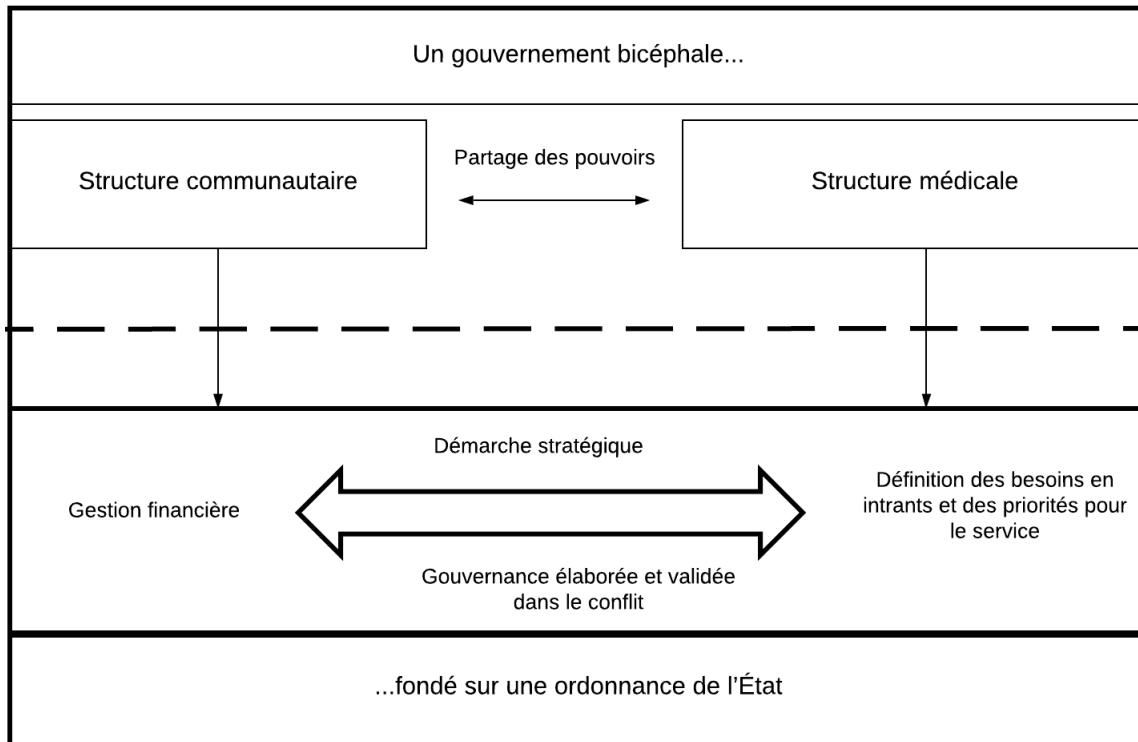
En résumé, la focalisation des acteurs opérationnels sur les exigences de résultats a contribué au non-respect des limites des compétences (Seck, 2010). Cet état de fait, longtemps symptomatique du manque de supervision dans le système de santé sénégalais (Kane et Jabot, 2014), conduit à une délégation tacite des tâches, sous-tendue par une homogénéisation des compétences des ACS, parrainée par le personnel qualifié. En bouleversant les frontières professionnelles jadis établies par la cellule de santé communautaire, ce glissement des tâches par en haut crée un climat professionnel instable : des interactions professionnelles disproportionnées émergent, tantôt rapprochant des sous-catégories, tantôt les mettant en conflit.

2.3. Une gouvernance bicéphale agonistique

En analysant le fonctionnement de l'entreprise associative constituée de bénévoles et de salariés, Jean-Pierre Benazet et *al.* (1999) décrivent un « gouvernement bicéphale », partage de pouvoir entre les instances politiques et les instances de direction. Nous leur empruntons cette notion, pour décrire les difficultés issues de la complémentarité de divers types d'acteurs dans la micro gouvernance des établissements de santé au Sénégal. Il s'agit de chercher à savoir comment les établissements de santé sont cogérés par les représentants locaux (ici les gestionnaires trésoriers) et les professionnels de santé (médecin, infirmier·ère, sage-femme).

Le schéma n° 1 est inspiré des travaux de Jean-Pierre Benazet et *al.* sur le mode de gouvernance bicéphale des associations (l'État d'un côté et les sociétaires des associations bénévoles de l'autre). Nous l'avons adapté pour comprendre une situation similaire, celle du mode de gouvernance actuelle des établissements de santé qui composent le district. Nous appliquons le schéma de la dualité aux structures communautaire et médicale.

Schéma n° 1 : Un gouvernement bicéphale des établissements de santé sous tension



Dans le modèle proposé par Jean-Pierre Benazet *et al.* (*op. cit.*) le gouvernement bicéphale se fonde sur la légitimité des acteurs dans les structures politiques et les structures d'administration, gage d'une gouvernance élaborée et validée de façon consensuelle. En revanche, dans le modèle que nous venons d'adapter ci-dessus, le partage de légitimités reconnues fait défaut. Autrement dit, l'ordonnance de l'État d'un gouvernement bicéphale des établissements de santé sénégalais, au lieu d'instaurer la complémentarité, a au contraire mis en conflit les gestionnaires trésoriers (structure communautaire) et les acteurs médicaux et paramédicaux (structure médicale).

Les relations professionnelles, entre les gestionnaires trésoriers et le personnel qualifié, sont caractérisées par des conflits de pouvoir et des querelles de positionnement. Les gestionnaires trésoriers sont pour la plupart des profanes en santé (enseignants ou acteurs politiques), des représentants des mairies de localités assurant la gestion des établissements de santé. D'après Tidiane Ndoye (2007), le débat sur la répartition du pouvoir de décision dans les établissements de santé entre les professionnels et les représentants de la population remonte aux années 2000. Les collectivités locales revendiquaient leur place. Avec l'entrée en vigueur de l'acte 3 de la décentralisation, leur rôle est aujourd'hui reconnu après de longues années de plaidoyer auprès

des gouvernements pour avoir « voix au chapitre » dans la gouvernance des établissements de santé. Cette politique de décentralisation accorde aux gestionnaires trésoriers un pouvoir qui va au-delà de la simple distribution des fonds de dotation et d'assistance du personnel qualifié.

Le comité de développement sanitaire est composé de quatre membres issus des populations locales : un/une président·e, un/une adjoint·e, un/une secrétaire général et un·e trésorier·ère. Le rôle des membres est d'assurer l'autogestion et l'autofinancement des établissements de santé suivant un modèle néolibéral (Guèye, 2005). Leur tâche principale se résume à la thésaurisation des fonds après avoir effectué l'inventaire de la pharmacie-IB. Concrètement, ils/elles passent une ou deux fois par mois à la structure de santé pour vérifier la concordance entre le nombre de tickets comptés dans le bloc de reçus et le nombre de malades enregistrés dans le registre des consultations, puis la recette disponible et le restant de médicaments. Après cet exercice, le comité de santé effectue un premier décaissement destiné à l'achat des intrants de fonctionnement (gants, coton, désinfectants...) issus de l'expression des besoins faite par le personnel soignant, puis un deuxième décaissement pour acheter les médicaments en rupture ou en cours de rupture de stock dans la pharmacie-IB. Il est aussi chargé de chercher des financements auprès des autorités (municipales, politiques), des partenaires privés, des personnes de bonne volonté, etc. Cependant, la reconnaissance de leur pouvoir par le personnel qualifié n'est pas toujours évidente.

« Les médecins et les infirmiers ne nous respectent pas. Ils n'acceptent pas qu'on soit leur chef. Même s'ils sont plus diplômés que les membres des comités de santé, ils ne doivent pas cultiver le mépris envers eux. En plus nous gérons l'argent, nous le mettrons où nous voulons. Ce n'est pas à eux de nous dicter ce qu'on doit faire. Moi c'est au Maire que je dois des comptes, pas à eux » (ESS, SB, homme, 54 ans, secrétaire municipal).

Résolument, les responsables ne s'accordent pas sur la manière de gérer et de dépenser les recettes des centres et des postes de santé.

« Les dirigeants des comités de santé croient qu'ils sont des banquiers ! ils ne comprennent pas que l'argent gagné dans les établissements de santé doit être réinvesti dans l'achat de médicaments, de matériels médicaux. L'argent doit aussi servir à gratifier les agents de soutiens [ACS]. C'est insupportable de ne les apercevoir qu'à la fin du mois pour venir remplir leur tirelire » (ESS, RT, homme, 27 ans, infirmier).

La centralisation du pouvoir financier entre les mains des gestionnaires trésoriers crée un *conflict relationship*. Les modalités de rémunération monétaire du personnel de soutien (ACS, technicien·ne de surface, concierge) sont fixées par le niveau central (ministère) et encadrées par des circulaires institutionnelles. En décidant de se conformer-ou non- aux directives, les gestionnaires trésoriers ont le pouvoir de les motiver ou de les démotiver. Ce pouvoir des gestionnaires trésoriers influence les humeurs du personnel de soutien et ôte ainsi au personnel qualifié des privilèges managériaux importants, interprété par ce dernier comme une ingérence des gestionnaires trésoriers susceptible de maintenir les établissements de santé sous la menace des récriminations des ACS. Or, le relâchement des ACS dans le travail a pour conséquence la déliquescence de la livraison des soins entraînant des sanctions pour le personnel qualifié. Dans un tel contexte, outre la perte des privilèges liée au pouvoir managérial, le personnel qualifié risque de voir sa réputation professionnelle remise en cause et de « perdre la face » devant les ACS (Goffman, 1974). Pour éviter d'en arriver là, le personnel qualifié monte au créneau pour préserver ses acquis. Il continue à revendiquer son droit de regard sur les dépenses des recettes provenant de la vente de tickets de consultation et de médicaments. Son refus d'être cantonné au strict rôle d'organisation technique et administrative du service passe par une alliance avec les ACS contre les gestionnaires trésoriers.

2.4.Un pôle professionnel technophile

Un travail technique et bureaucratique chronophage (Hane, 2008 ; Mané, 2012) exige que le personnel qualifié s'appuie sur les ACS spécialisés pour assurer la continuité des soins et l'attractivité de la structure de santé. Dans le pôle professionnel, le personnel qualifié et les ACS développent des stratégies comme l'isolement, les marqueurs de différences et la dénonciation pour se différencier des acteurs politiques. L'isolement correspond au refus de la délégation des tâches et à une limitation de la fréquentation des gestionnaires trésoriers et des agents municipaux de santé. Ces derniers considérés comme des acteurs politiques dans le système sanitaire se voient refuser tout soutien d'ordre technique et toute implication dans la pratique de soin sortant de leur prérogative. En plus de cela, le personnel qualifié et parfois les ACS les évitent, voire cessent de discuter avec eux dans les espaces de socialisation internes aux établissements de santé : banc commun, case de repos, salle de garde, etc.

Les ACS utilisent un langage familier pour désigner le personnel qualifié dans le but de montrer leur proximité avec ce dernier. Le terme *doc* — diminutif de docteur — désigne les médecins et les infirmier·ère·s, tandis que le diminutif des noms de famille ou des prénoms sert à désigner

les sages-femmes et certains infirmier·ère·s : *véro* (pour le prénom Véronique) ou *sek* (pour le nom Seck). Bien qu'ils acceptent en temps normal les diminutifs affectueux de toute provenance, les personnels soignants imposent des limites aux gestionnaires trésoriers et aux agents municipaux de santé lorsque les tensions se ravivent. Cela se fait par des rappels à l'ordre, du grade et du recours au vouvoiement professionnel, en lieu et place des nominations familières : Docteur, Monsieur ou Madame + le nom de famille ou celui du mari (pour les sages-femmes et infirmières).

Les ACS et les personnels qualifiés collaborent au sein des centres et des postes de santé et coopèrent pour mettre en œuvre des programmes au sein des populations suivant un double rapport de hiérarchie administrative et d'interdépendance systémique dans la division du travail. D'une part, le personnel qualifié est en première ligne le responsable de tutelle des ACS. C'est de lui qu'émane une partie³⁸ des directives concernant les activités à mener à l'intérieur des établissements de santé ou auprès des populations pour la continuité des services de soins : « *sans l'assistance des agents communautaires nous ne pouvons rien faire* » (DT, médecin, 36 ans). Cette complémentarité nécessaire entre corps de métier pousse le personnel qualifié à collaborer avec les aides-soignant·e·s, les matrones et les dépositaires pharmacie-IB dans la division du travail au sein des établissements de santé. D'autre part, le personnel qualifié et les relais, les dispensateur·trice·s de soins à domicile et les *bàjjenu gox* coopèrent (*accomodative*) dans la livraison des services sanitaires auprès des populations dans les ménages par la délégation des tâches et le parrainage de l'apprentissage sur le tas que nous avons développé plus haut, l'empiétement des ACS sur les prérogatives du personnel qualifié constitue pour ces derniers des initiatives positives. L'exécution d'actes paramédicaux par les ACS, sous-tendue par un travail à la chaîne, est perçue par le personnel qualifié comme indispensable pour l'amélioration de la santé globale des populations.

Cependant, dans un environnement de travail où les ACS exécutent souvent les tâches du personnel soignant, n'y a-t-il pas un risque de dépréciation de la fonction paramédicale ? Bien que la déprofessionnalisation du soin entraîne sa « désacralisation », les personnels paramédicaux ne craignent pas pour autant de perdre leur poste ni de voir l'ensemble des salaires tirés vers le bas, du fait de leur relative hégémonie professionnelle. « *Peur des ACS ! Non même pas. Moi je suis un agent assermenté et un fonctionnaire de l'État. La santé c'est*

³⁸ Nous verrons plus tard que les ONG aussi déroulent des activités sanitaires parallèles et donnent des directives aux ACS à la marge de celles émanant du personnel qualifié.

mon métier, pas juste un passe-temps. Il faut voir la présence des ACS comme un privilège pour mieux servir et non un obstacle » (ESS, femme, 37 ans, sage-femme).

Les explications de cette situation ne tiennent pas à la faible structuration de nouveaux métiers infra-paramédicaux (Fall et Vidal, 2005). Elles sont relatives à trois facteurs. D'abord, avec leurs diplômes d'État (plus valorisé que les diplômes des écoles privées qui sont plus à la portée des ACS du fait de leur faible niveau d'étude) les personnels soignants sont encore protégés contre la concurrence des ACS. Ensuite, leur organisation syndicale parmi les plus dynamiques du pays est un contre-pouvoir réel contre une éventuelle dépréciation des salaires. L'interdépendance entre le personnel soignant et les ACS pour l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire fixés par les districts explique enfin la nécessité d'entretenir réciproquement ce lien professionnel.

Ainsi la technicité (capacité à effectuer des actes paramédicaux) permet d'établir un lien professionnel solidaire entre personnel qualifié et personnel profane. Des justifications sont mêmes trouvées aux manquements professionnels des uns et des autres, comme l'expliquent respectivement une sage-femme et une matrone interviewées :

« Même si Yama n'est pas qualifiée, je salue sa volonté d'aider et sa disponibilité »
(ESS, YT, femme, 31 ans, sage-femme).

« Moussa et Nafi sont souvent absents du fait de nombreuses réunions qu'ils sont conviés de participer au district. En quelque sorte leur absence ce n'est pas leur faute, cela fait partie du travail » (RDV, DM, femme, 27 ans, matrone).

Personnel qualifié et ACS justifient les comportements d'absences par des exigences familiales et des charges administratives. En revanche, on ne retrouve pas ces mêmes efforts de compréhension et de protection mutuelle entre le personnel qualifié et les agents municipaux de santé.

Les relations professionnelles entre ces deux catégories sont souvent sous tension. Des mésententes surgissent quelquefois du fait de la sous-implication des uns et des autres. Si le personnel qualifié se désolidarise des « mauvais subordonnés », les agents municipaux de santé estiment aussi devoir « prendre leur distance vis-à-vis des mauvais responsables de tutelle » (JDT, 2018 et 2019). Dans cette situation de crise hiérarchique, le personnel qualifié ne voit pas d'un bon œil les agents municipaux de santé du fait de leur proximité avec des acteurs non

professionnels (notamment les gestionnaires trésoriers, les leaders locaux et les acteurs politiques). Cette allégeance « extravertie » des agents municipaux de santé suscite chez le personnel qualifié une réaction de distanciation professionnelle.

« Mbaye pense qu'avec son expérience et ses soutiens auprès des leaders locaux, il peut se permettre de ne rien faire, de discuter les ordres et de me tenir tête ! Même si je ne dis rien, s'il y a des opportunités, je préfère en faire profiter aux personnes qui me sont plus loyales et coopératives. » (ESS, AS, femme, 34 ans, infirmière).

« Certains des agents de soutien oublient parfois qui est la cheffe. “Ñu may la baram gua bæg jël loxo bi yep” (trad. il faut savoir raison gardée). Écoute ! (Elle hausse la tête et regarde si quelqu'un écoute ou non à la fenêtre de son bureau à la maternité... Constatant que non, elle se redresse et reprend). Ce n'est pas parce que tu es ancienne qu'il faut penser que la maternité t'appartient. La depositaire se croit tout permis. Elle ne m'écoute pas, elle écoute plutôt ceux qui lui donnent de l'argent. (...) oui, les responsables de l'argent et des recrutements » (ESS, YT, femme, 31 ans, sage-femme).

Étant donné que le personnel qualifié ne peut pas officiellement exclure un agent municipal de santé du dispositif, il a recours à de l'évitement professionnel (*avoidance*). Pour marquer son désaccords vis-à-vis d'eux, le personnel soignant réduit, au strict minimum, la sollicitation et la responsabilisation des agents municipaux de santé dans l'exécution des actes sanitaires. Les agents municipaux de santé, de leur côté, considèrent la distance du personnel qualifié comme un facteur de délégitimation et d'effritement de leur autorité et accentue leur rapprochement du pôle politique.

2.5. Un pôle politique clientéliste

Contrairement aux relations professionnelles sous tension entre personnel qualifié et agents municipaux de santé, les gestionnaires trésoriers et les ACS entretiennent des relations certes mitigées, mais davantage pacifiées. La tension entre gestionnaires les ACS travaillant dans les structures de santé, qui sont plus proches du personnel qualifié, reste importante. Mais cette crise d'autorité en interne n'empêche pas les gestionnaires trésoriers de coopérer avec les ACS travaillant au sein des populations. Moins liés par des contraintes organisationnelles, les ACS polyvalents intervenant auprès des populations coopèrent avec les gestionnaires trésoriers sur le plan politique. Cette relation *accomodative* n'est pas une initiative réciproque des deux

groupes : elle est le plus souvent instiguée par les gestionnaires trésoriers, dans le but d'agrandir leur cercle de sympathisants politiques. Sachant que les ACS intervenant auprès des populations sont dotés de ressources relationnelles et ont une forte influence sur les populations, les gestionnaires trésoriers évitent de se mettre à dos ces acteurs. Mieux, pour s'assurer de les avoir comme alliés, les gestionnaires trésoriers négocient une augmentation des *per diem* journaliers lorsqu'il s'agit de dérouler des campagnes sanitaires. Car, de l'avis d'un président conseil d'administration sanitaire, « *ils jouent un rôle primordial dans la lutte contre la maladie et l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à la base !* » (ESS, MP, homme, 47 ans, président conseil administration sanitaire). Cette appréciation positive du rôle des *bàjjenu gox*, des relais et des dispensateurs de soin à domicile est un clin d'œil pour les inciter à militer dans leur formation politique³⁹.

Contrairement aux relations de courtoisie qu'ils entretiennent avec les relais, les *bàjjenu gox* et les dispensateur·trice·s de soins à domicile, les gestionnaires trésoriers font preuve d'hostilité envers les aides-soignant·e·s, les matrones et les dépositaires de pharmacie-IB : « *Ils se plaignent toujours, alors qu'ils ont décidé d'être des bénévoles. Ils ne font rien, ils ne pensent qu'à l'argent, l'argent, l'argent !* » (ESS, MP, homme, 47 ans, président du conseil d'administration de la santé municipale). Ces propos, critiquant les ACS travaillant dans les structures de santé, explique le loyalisme des responsables à l'égard des directives ministérielles⁴⁰ concernant la répartition des incitations financières au sein des centres et des postes de santé, au désavantage des ACS spécialisés. Il y a donc manifestement une crise dans les relations hiérarchiques entre les gestionnaires trésoriers et les ACS spécialisés. Une relation d'évitement (*avoidance*) caractérise leur rapport, les premiers brandissant l'argument de l'instrumentalisation de l'engagement bénévole, les seconds fustigeant des choix politiques de recrutement en leur défaveur. Si la socialisation a favorisé des rapprochements entre des groupes professionnels de statuts différents, voire des coalescences entre des catégories entières de travailleurs, la quête de légitimité et de pouvoir laisse transparaître des antagonismes horizontaux.

³⁹ Nous avons consacré une partie entière aux logiques de politisation des ACS. Pour une meilleure compréhension de cette relation *accommodative*, nous y reviendrons dans le chapitre 5 (à la section 4), parce qu'arriver à cette étape de la démonstration, nous aurons déjà dépeint les processus de formations des segments qui sont indispensables à la compréhension des formes de militantismes politiques en lien avec les alliances des ACS avec des acteurs sociaux et professionnels.

⁴⁰ Il s'agit du changement des barèmes tarifaire lié à la rémunération monétaire du personnel subalterne. Nous y reviendrons en détail dans le chapitre 6, encadré 11, lorsque nous aborderons les effets des réformes dans le travail d'ACS.

Le conflit entre personnel qualifié et gestionnaires trésoriers peut être frontal, comme lors des réunions organisées par l'équipe-cadre de district, en présence des membres des conseils régional et départemental de développement (la critique de la « gestion financière » versus critique de la dégradation de la qualité du service sanitaire), mais il peut aussi revêtir une forme plus subtile, à travers des groupes interposés (ACS ou agents municipaux de soins). Comme dans une toile d'araignée, les ACS sont pris dans cette querelle de pouvoir légitime dont ils subissent les contrecoups. Ils représentent un groupe tiers oscillant entre inclusion et exclusion. Ainsi, les ACS ayant des ressources sociales convertibles en capital militant ou en réseau politique tirent leurs épingles du jeu, alors que les ACS montrant leur proximité avec le camp adverse du personnel qualifié se sentent lésés. Dans cette forme de conflit par procuration, la dénonciation et le dénigrement du groupe adverse permettent de tisser un réseau d'alliés en les convainquant du bien-fondé de la cause défendue. C'est ainsi que le conflit se ramifie, les protagonistes en haut trouvant appui en bas (ACS, agents municipaux de santé et saisonniers).

3. La ramification des relations de pouvoir par en bas

Outre les relations verticales, la place des ACS dans l'ordre social se joue aussi au sein des relations horizontales dont l'enjeu principal est de sortir de la foire d'empoigne qu'impose le contexte de sous-emploi endémique dans lequel ils se débattent. En effet, l'orientation prise par les autorités est d'inscrire l'emploi au cœur des actions et des priorités du gouvernement, à travers son premier pilier portant sur un plan d'action prioritaire pour la croissance et pour la transformation de l'économie par une création massive d'emplois en faveur des jeunes et des femmes (DPEE, 2014). Le gouvernement a entrepris une politique publique dont l'acte 3 de la décentralisation concrétisant la communalisation intégrale et la mise en place d'un haut conseil des collectivités territoriales, afin d'améliorer le climat de sous-emploi datant des années 1980-1990. Suite à la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, l'objectif principal de cette mesure est d'élaborer une nouvelle politique nationale de décentralisation qui permette d'asseoir des territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable. Pour accompagner les collectivités locales, des instruments de financement⁴¹ et une institution de promotion de l'emploi sont mis sur pied par le ministère de la jeunesse, de l'emploi, et de la promotion des valeurs civiques.

⁴¹ Nous pouvons citer : Le Fonds de Garantie des Investissements Prioritaires (FONGIP) ; le Fonds Souverain d'Investissements Stratégiques (FONSIS) ; la Banque Nationale de Développement Économique (BNDE). (rapport Sénégal, Abidjan 2014).

Cependant, malgré les efforts consentis pour lutter contre le chômage, le sous-emploi et la pauvreté, la vulnérabilité de la population sénégalaise demeure et se traduit, au-delà des menaces de changement climatique, par l'absence d'un minimum vital et de services sociaux de base (Desanker, 2006). L'insécurité alimentaire, l'enclavement de certains villages coupés du reste du pays pendant l'hivernage, les difficultés d'accès à l'éducation et à la santé rythment le quotidien des habitants du milieu rural (Mwanza et Kabamba, 2002). Cette liste peu reluisante n'est pas sans conséquences, même pour une action désintéressée à la base. C'est dans un tel contexte que des relations professionnelles horizontales conflictuelles se multiplient entre les ACS et les agents municipaux de santé d'une part, les ACS et les saisonniers d'autre part. La compétition pour le contrôle des « zones d'incertitudes » cristallise les tensions inter et intra ACS et oriente les alliances professionnelles (Crozier et Friedberg, 1977).

3.1.Des rivalités malgré une interdépendance systémique dans le travail

Si collectivement ACS et agents municipaux de santé considèrent leur activité comme un travail et s'attellent à construire son contenu, leurs relations professionnelles sont aussi traversées de rivalités. En effet, les ACS et les agents municipaux de santé collaborent pour former un groupe uni par l'exercice d'un travail commun. Cette collaboration s'appuie sur une complémentarité dans l'exercice des tâches dans le monde professionnel (au sein des établissements de santé) et le monde social (auprès des ménages).

Encadré n° 2 : Interdépendance entre ACS en milieu scolaire

À l'instar des établissements de santé, les écoles accueillent des campagnes de distribution de médicaments qui ciblent des enfants (âgés de 0 à 5 ans, pour lutter contre la malnutrition et les retards de croissance) ou des adolescentes (lutte contre l'anémie après les menstrues). Pour la mise en œuvre des programmes de santé, les aides-soignant·e·s peuvent travailler directement avec les acteurs de l'école (administration, collectif des directeurs des écoles, comités de gestion des établissements scolaires, associations des parents d'élèves, Club EVF, Gouvernement scolaire) en omettant les relais et *bàjjenu gox* dans le dispositif organisationnel. Lors de distributions de médicaments (praziquantel, vitamine A, etc.) dans les écoles primaires ou les collèges, comme celles relatives à la supplémentation en fer acide folique, l'absence des relais et *bàjjenu gox* engendre une escalade de refus auprès des parents. Certains programmes de chimioprophylaxie provoquent des effets secondaires chez les enfants (vomissements, vertiges, évanouissements) auxquels les parents ne sont pas sensibilisés. Certains d'entre eux vont même jusqu'à brandir des menaces de plaintes à l'encontre des responsables des établissements scolaires. Les populations perçoivent les aides-soignant·e·s comme étant des agents habilités à donner des médicaments et les relais et *bàjjenu gox* comme des acteurs de confiance, capable de contribuer à la réduction de la complexité sociale (Luhmann, 2006).

Un travail d'articulation s'établit dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant (Strauss, 1992). En effet, les différents types d'ACS interviennent successivement pour le rappel des dates de vaccination aux parents, l'hospitalisation éventuelle, la vaccination (par injections ou orales) et, en bout de chaîne, le remplissage des carnets de santé. *Bàjjenu gox* (ou marraines) et matrones collaborent pour l'accompagnement des femmes en âge de reproduction, les consultations pré et post natales, l'accouchement et les besoins en produits contraceptifs. Les *bàjjenu gox* vivent à proximité des femmes pubères, elles sont chargées de détecter les besoins en santé maternelle ou en contraception, puis de relayer les informations auprès des matrones et des sages-femmes pour l'acquisition de produits biomédicaux. Suivant le même schéma, relais et dispensateurs de soins à domicile travaillant auprès des habitants d'une part, aides-soignant·e·s et infirmier·ère·s intervenant dans les centres et les postes de santé d'autre part, se relayent pour le suivi de la santé post-partum de la mère et du nouveau-né.

Concomitamment à la nécessité d'exister professionnellement dans les deux sphères, les ACS et les agents municipaux de santé sont en compétition du fait des enjeux soulevés par les recrutements de fonctionnaires municipaux.

« **R 9** : *Je suis dépositaire en qualité de fonctionnaire municipal. Je perçois mon salaire de la mairie. [...] Parce que j'ai été militant. C'est normal de récompenser le militantisme, sinon ce n'est la peine de faire de la politique si on ne peut pas en bénéficier.*

R 11 : *Non Non ! je ne suis pas d'accord avec toi, car pendant ce temps-là, des agents plus expérimentés ne sont pas recrutés.*

R 9 : *Mais écoute... chacun sa chance. Avec tout le capital relationnel que tu as rien ne t'empêche de faire de la politique et avoir un bon poste.*

R 7 : *Oui c'est vrai hein ! Mais ce n'est pas évident. Le personnel soignant ne voit pas toujours cet investissement d'un bon œil.*

R 9 : *Vous [matrones, aides-soignants et les dépositaires] bénéficiez déjà d'indemnités mensuelles. C'est déjà bien pour vous !*

R 2 : *Et nous alors [relais et dispensateur de soin à domicile] qui n'avons pas d'indemnité mensuelle ?*

R 9 : *Ah ça c'est un autre problème... » (focus group, ACS, district Kolda)*

D'une part, les ACS, tirant leur influence professionnelle et leur cote de popularité de leur ancrage social, coopèrent avec le personnel qualifié pour la livraison des services de santé et

se sentent plus légitimes que les agents municipaux de santé. D'ailleurs, le recrutement de ceux-ci comme salariés mensualisés est souvent contesté par les ACS qui se considèrent plus méritants, pour avoir longtemps servi bénévolement dans le système. « *C'est marrant ! Nous formons les agents recrutés par la mairie. Cela veut tout dire.* » (RDV, DG, homme, aide-soignant, 33 ans, 9 ans d'expérience).

D'autre part, ces derniers étant le produit des réseaux politiques, voient leur statut comme une récompense de leur effort militant par le parti politique ayant réussi à se hisser à la tête de la collectivité locale. Leur appartenance au réseau politique local les rapproche du groupe des gestionnaires trésoriers avec qui ils partagent les mêmes affinités politiques et à qui ils doivent tout ou partie de leur recrutement dans le système sanitaire. Cette stratification interne se traduit par une « régression professionnelle » qui affaiblit les juridictions, en laissant les positions professionnelles de première ligne et de bas statut être investies par les membres d'autres groupes (Abbott, 1988, p. 118).

À cela s'ajoutent, les rivalités entre ACS travaillant dans les centres et les postes de santé et ACS travaillant auprès des habitants, liées cette fois aux opportunités d'emploi offertes par les ONG présentes au niveau local. Du fait de la compétence sociale nécessaire, ce sont les ACS polyvalents qui dominent les interactions dans cette course à l'accès aux postes de superviseurs communautaires proposés par les ONG.

« R 2 : Un poste de superviseur devrait normalement revenir aux travailleurs des structures de santé. [...] Parce qu'ils ont l'expérience du reporting des rapports d'activités.

R 7 : Non Non ! je ne suis pas d'accord avec toi. Car un superviseur fait un travail communautaire.

R 2 : Mais écoute... je veux dire, plusieurs d'entre vous ne savent ni lire ni écrire (Rire).

R 4 : Pas tous hein ! Certains d'entre nous peuvent écrire.

R 7 : Vous (matrones, aides-soignants et les dépositaires) bénéficiez déjà d'indemnités mensuelles. Laissez-nous aussi bénéficier des opportunités ! » (focus group ACS, district Kaznack, Kaolack)

Dans cette même logique de course au monopole des activités sanitaires locales, les ACS prennent aussi leur distance vis-à-vis des saisonniers qu'ils considèrent comme des concurrents directs dans la sphère extra-hospitalière. Bien que le succès de l'approche de la santé participative réside dans l'interdépendance systémique des rôles et des responsabilités entre les

acteurs sociaux dans la mise en œuvre des activités, les ACS entretiennent une relation compétitive (*competitive*) avec les saisonniers qui sont de plus en plus présents du fait du contexte de sous-emploi et d'amenuisement des ressources financières pour la prise en charge des besoins familiaux et scolaires.

3.2. Démultiplication des catégories de pseudo ACS

Selon les résultats de l'étude sur les marchés du travail et de l'emploi en Afrique de l'Ouest (2018), la part cumulée des emplois vulnérables et des chômeurs dans la population active a atteint un pic d'environ 90 % au Bénin et au Niger en 2016. Elle a varié entre 70 % et 90 % en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Ghana, au Mali, au Sénégal et au Togo, alors qu'elle était beaucoup plus petite dans d'autres pays.

Tableau n° 3 : Somme des chômeurs et des travailleurs vulnérables en Afrique de l'Ouest, 2000–2016 (pourcentage de la main-d'œuvre)

Pays	2000	2003	2006	2009	2012	2016
<i>Bénin</i>	88,6	88,4	90,5	90,1	90,0	89,3
<i>Burkina Faso</i>	88,3	85,1	83,9	81,7	79,1	75,1
<i>Cap-Vert</i>	53,8	52,7	50,2	47,6	46,3	45,4
<i>Côte d'Ivoire</i>	80,7	80,4	81,9	82,0	81,3	78,6
<i>Gambie</i>	79,4	79,5	79,5	78,9	79,2	79,1
<i>Ghana</i>	79,1	77,2	75,9	78,0	72,1	70,9
<i>Guinée</i>	67,3	66,4	66,2	65,8	66,2	66,3
<i>Guinée-Bissau</i>	63,3	63,9	63,2	62,6	61,9	61,3
<i>Mali</i>	89,4	87,5	88,2	86,9	85,8	85,3
<i>Mauritanie</i>	56,9	53,9	53,3	52,3	50,9	48,9
<i>Niger</i>	93,4	93,1	92,9	93,0	92,8	92,4
<i>Nigeria</i>	51,4	50,3	46,1	44,6	43,4	42,0
<i>Sénégal</i>	78,7	74,8	74,5	73,4	73,4	71,5
<i>Togo</i>	89,2	89,3	89,2	89,1	87,6	85,9

Source : ILOSTAT 2016 et statistiques de la BAD, page 26.

Au Sénégal singulièrement, jusqu'en 2016, le pourcentage de chômeurs et de sous-emploi avoisine les 70 % du nombre total de la population active. La précarité touche surtout les jeunes, les femmes et les personnes vivant en milieu rural.

Pris dans un contexte de sous-emploi endémique, le métier d'ACS est de plus en plus convoité par d'autres individus auxquels les commanditaires (ONG ou services publics) intervenant sur place font appel de manière ponctuelle pour mettre en œuvre des projets sanitaires. Il s'agit des « relais temporaires » composés des « cercles de maris » (organisation des maris pour veiller au

respect des consignes prénatales), des comités de veille et d'alerte communautaire, des *nijjay gox* (parrains de quartier/village) et, d'autre part, des « saisonniers en santé » regroupant jeunes (élèves et/ou étudiants) intervenants de manière intermittente. Ces individus, pseudo ACS, sont moins exigeants que les ACS dans la négociation des *per diem* journaliers.

Du côté des élèves et étudiants, devenir « relais temporaire » représente un travail à temps partiel ou saisonnier, une source de revenus en période de vacances pour subvenir à des besoins scolaires, peu importe le montant proposé :

« **R9** : *Durant les grandes vacances, je m'approche du personnel sanitaire (sage-femme, infirmier·ère·che·fe, médecin) pour faire part de ma disponibilité à participer à la mise en œuvre d'interventions sanitaires. Xebuma dara (trad. j'accepte n'importe quel montant d'indemnité) L'argent gagné dans ces campagnes me permet de préparer la rentrée scolaire. J'achète des habits et des fournitures scolaires, je paye mon inscription. [...] » (Focus group, saisonniers en santé, Médina Yoro Foulah).*

Tous ces saisonniers jouent un rôle et des missions faiblement spécialisés et orientés principalement vers le volet préventif. La durée de vie de ces groupes dépend souvent de celle des projets des commanditaires qui les mettent en place. Le caractère ténu et ponctuel de leur rôle rend leur présence très limitée sur l'étendue du territoire national. De ce fait, ils ne figurent pas dans le document officiel du ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal. Mais leur participation au sein de l'ensemble contribue à façonner la pratique du bénévolat sanitaire.

La présence des acteurs intermittents menace l'hégémonie des ACS, qui considèrent leur présence comme vecteur de dévalorisation du métier d'ACS, comme l'explique une matrone interviewée :

« **R 4** : *Les jeunes [élèves saisonniers de santé] ne comprennent pas l'objet de notre combat.*

R7 : *C'est pourquoi la lutte pour la reconnaissance est si difficile. Lo bañ sa morom nangu ko ! (trad. Les gens acceptent des propositions que nous refusons) ! » (focus group ACS, district Kaznack, Kaolack).*

Ainsi, l'abondance de la main-d'œuvre fait que les initiatives socioprofessionnelles issues du « bas » ne trouvent pas toujours un écho favorable auprès des instances de décisions politiques et administratives. Elles sont souvent analysées comme des barrières socioculturelles dépourvues d'originalité et de potentiel pour impulser le changement (Bayart et al., 1992). Cela

explique qu'à chaque fois que les apports d'une sous-catégorie d'ACS diminuent, une nouvelle est créée. Donc, la démultiplication des sous-catégories d'ACS est symptomatique d'une faible évaluation des apports des ACS qui conduit souvent les autorités sanitaires (nationales et internationales) à inventer de nouvelles catégories de bénévoles dans le but de renforcer la main-d'œuvre déjà disponible afin d'améliorer la livraison de services de santé.

Dans cette approche urgentiste, on a cherché principalement à évaluer l'adéquation ou non entre l'offre et la demande de soins. En mettant l'accent sur les facteurs d'adaptations/compliances qui relèvent moins de l'offre sanitaire que des conditions de travail des exécutants (demande professionnelle), il apparaît que le principal goulot d'étranglement pour l'amélioration de la santé locale reste les attentes professionnelles des ACS, qui sont en réalité les vecteurs de l'offre. Cela est dû au fait que l'engagement bénévole des ACS n'a pas été conçu à la base comme une innovation sociale. C'est ainsi qu'avec la combinaison de deux facteurs, l'augmentation de la demande de soins — démographie galopante — et le découragement des ACS, on assiste à l'obsolescence des apports des ACS. Le désintérêt des responsables sanitaires vis-à-vis des facteurs de compliance de l'engagement bénévole est le signe d'une conception statique et ponctuelle du rôle des ACS justifiant l'interchangeabilité des bénévoles pour la livraison des services de santé, sans prendre en compte le moral des travailleurs déjà présents dans le dispositif. Or, les travailleurs bénévoles sont porteurs de dynamiques professionnelles que nous allons décrypter en analysant le contenu des discours des ACS au sujet du bénévolat.

3.3.« ACS ? un travail comme un autre »

Les catégories émiqes sont un ensemble de conceptions des acteurs directement concernés par une réalité sociale. Elles renvoient à l'appropriation pragmatique d'un objet, par opposition à son acception officielle, ses catégories étiqes (Olivier de Sardan et Bierschenk, 1998). Le discours spontané des ACS sur leur occupation bénévole est fondé sur trois conceptions entremêlées concourant toutes à fournir un éclairage sur le passage du bénévolat au travail. D'abord, le temps passé dans les établissements de santé et dans la mise en œuvre d'activités sanitaires est un important indicateur aux yeux des ACS de Kaloack et de Kolda, interrogés conjointement lors de l'atelier commun à Dakar : « *Le bénévolat c'est un travail hein ! Tu ne peux pas partir de chez toi **du matin au soir**, tu travailles de 8 h 30 à 18 h. Donc tu passes **toute la journée** dans une structure pour dire que tu **n'attends rien en retour**.* » (focus group, ACS régions Kolda et Kaolack). Les ACS, toutes catégories confondues, passent en moyenne

6 heures dans la journée à œuvrer pour la santé communautaire. La durée est brandie comme argument probant de mobilisation socioprofessionnelle. Le bénévolat est assimilé à du travail gratuit favorisant le manque de rigueur et de sérieux. « *bénévolat mom dafay endi yafuss thi ligëy* (trad. se cantonner sur l'esprit du bénévolat revient à favoriser la paresse et la médiocrité dans l'offre de service de santé) » (focus group, ACS régions Kolda et Kaolack). La motivation est sous-tendue ici non par un renforcement moral issue d'une volonté personnelle ou par autrui, mais plutôt par une reconnaissance à la hauteur des attentes des travailleurs bénévoles.

Le don de temps d'individus non statutaires requiert un contre don. C'est en ce sens que, « recevoir ce que l'on donne » est érigé en règle par les ACS dans la mise en œuvre de l'action publique sanitaire. « [...] *dimbali am thi as tutt*, trad. aider et s'aider » (focus group, ACS régions Kolda et Kaolack). Le contre-don espéré par les ACS concerne principalement les communautés locales, le personnel soignant et les acteurs institutionnels et consiste, respectivement, en une reconnaissance sociale (rétributions symboliques), professionnelle (délégation des tâches, transfert de compétence) et institutionnelle (recrutement). Les représentations autour de la notion de bénévolat issues de la conscience collective de toutes les parties prenantes sont socialement codifiées. Se nourrissant des acceptions d'acteurs interdépendants dans la santé locale, elles guident la façon dont les ACS se considèrent et considèrent leurs rôles. Le sentiment d'appartenir à un groupe au sein des populations locales émane à la fois du regard d'autrui par l'interprétation du paraître et de la perception de soi basée sur un discours autobiographique. Dans le but de garantir l'atteinte des objectifs assignés aux districts sanitaires, les rapports sociaux de don contre-don précédant la participation dans le dispositif sanitaire sont reconduits lors de la formalisation du rôle des ACS. Cela a fini par donner aux ACS une identité de « travailleur permanent » affilié à l'hôpital.

La conception officielle du bénévolat par les ACS suit donc un référentiel social traditionnel local accordant le primat à la réciprocité des services donnés. On peut définir ce type de bénévolat en vigueur dans les pays ouest-africains comme une activité d'une durée relativement longue, effectuée de manière permanente et qui nécessite un contre-don. Au regard de cette acception inductive, nous pouvons dire que les sociétés africaines font face à une forte dynamique d'individuation et de néo-communautarisme reposant sur des structures représentationnelles de groupes constitués à partir d'ordonnances institutionnelles, fonctionnant comme leviers du développement des populations rurales (Ela, 1982). Cette conception du bénévolat sanitaire cherche littéralement une ascension sociale, gage de sortie de la précarité pour des individus issus de classes populaires.

3.4.Sortir de la foire d’empoigne en construisant le contenu du travail d’ACS

Entre métier prenant mais invisible, frontières professionnelles brouillées par des objectifs sanitaires à atteindre et concurrences professionnelles en interne et en externe, les ACS sont pris dans une foire d’empoigne. Pour s’en sortir, ils préfèrent les actes médicotextiques jugés plus professionnalisant que les activités socio-sanitaires. Le tableau dépeint une classification des tâches déléguées aux ACS suivant leurs préférences. Il révèle la tendance de la mise en contenu du travail d’ACS. Il présente les réponses à la question suivante : *quelles sont les activités que vous trouvez valorisantes et celles que vous jugez dévalorisantes ?* adressée aux ACS lors de l’exploration des récits de vie. Ainsi, nous avons voulu faire ressortir la manière dont les ACS ont redéfini les priorités de leurs activités, suivant leur ancienneté dans le système et leurs aspirations individuelles.

Tableau n° 4: Préférences dans le travail d’ACS

<i>Périodicité</i>	<i>Activités valorisantes</i>	<i>Activités dévalorisantes</i>
<i>Intermittence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation - Accueil - Communication pour le Changement de Comportements 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Set-sétal</i> (nettoyement)
<i>Permanence</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination - Pansement - Accouchement - Prise en charge de la malnutrition - Accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Visite à domicile - Porte-à-porte - Recherche des perdus de vue

Le tableau montre qu’aux yeux des ACS les activités valorisantes sont celles qui se déroulent dans les établissements de santé ou qui émanent du personnel qualifié, tandis que les activités menées auprès des populations sont perçues comme dévalorisantes, alors qu’ils se sont pourtant engagés pour promouvoir ces activités. Si au début de leur carrière les activités à caractère relationnel auprès de la population sont bien acceptées, lorsqu’ils travaillent à temps plein elles sont considérées comme des activités dégradantes. Les visites à domicile et les recherches de ménage ayant un enfant à vacciner ou les consultations pré et/ou post natales deviennent des activités dévalorisantes, auxquelles sont préférées la vaccination, les activités de pansements, les accouchements, la prise en charge de la malnutrition, qui impliquent des gestes plus techniques. L’élaboration du contenu du travail d’ACS, au lieu de combiner les rôles assignés avec les rôles souhaités, débouche manifestement sur une catégorisation bipolaire d’activités

jugées valorisantes ou dévalorisantes. Si nous examinons ces glissements des activités à la lumière de l'approche interactionniste et systémique retenue, on voit que les ACS se substituent au personnel soignant qualifié et ne se confinent plus au rôle de promoteur de la santé initialement réservé. Cette manière collective de se détourner des tâches sociales perçues comme dévalorisantes pose les jalons de l'émergence du groupe. Suivant la perspective de Rogers Brubaker (2001) sur les modalités de constitution des groupes, cette attitude collective des ACS peut être interprétée comme étant un effet de leur « connexité » (*connectedness*), leur capacité à tisser des liens concrets qui se cristallisent autour des activités hospitalières. Ils passent plus d'heures dans l'exécution d'activités rattachées au système hospitalier, où ils apprennent à incarner leur rôle en saisissant les opportunités d'améliorer leurs compétences techniques. Cette mutation des activités professionnelles témoigne d'un désenchantement pour le travail bénévole et pose les prémices de la constitution d'une « communauté infra-hospitalière », entendue comme un ensemble de subalternes (faisant fonction) régis par une conscience d'appartenance à un groupe particulier qui doit trouver sa place dans un système sanitaire existant.

En définitive, l'engagement bénévole des ACS est une innovation sociale, qui pourtant n'est pas pensée comme telle par les autorités sanitaires. Cela engendre une absence d'évaluation systématique des apports des ACS et l'ouverture constante du métier à d'autres individus. Or, si une initiative sociale telle que l'engagement bénévole n'est pas conçue comme une innovation, elle risque de s'essouffler précocement avant d'avoir épuisé tout son potentiel (Haxaire et *al.*, 2018). Concevoir les ACS comme une innovation sociale à part entière ouvre sur la possibilité d'évaluer leurs activités et leurs impacts dans le dispositif sanitaire. Dans ce contexte, les logiques d'action des parties prenantes influencent de manière significative l'appropriation de l'engagement bénévole chez les ACS.

Conclusion chapitre 1

L'objet de ce chapitre était de montrer les ACS au travail. Nous revenons tout d'abord sur l'histoire de la gestion de la santé avant, pendant et après la situation coloniale. Sur ce point, nous découvrons les origines coloniales de la pratique du recours à « l'exemplarité » pour amener les populations à s'approprier un comportement sanitaire hors normes. Des personnalités influentes (guides religieux, chefs coutumiers, autorités politiques) ont ainsi jadis joué le rôle d'intermédiaires pour désamorcer des tensions sociales entre l'autorité coloniale et les indigènes. Les autorités politiques d'antan, appelées « chefs de canton », sont restées des *go-bettweener* œuvrant pour l'acceptation et la légitimation de la biomédecine occidentale auprès des populations.

Le recours aux services des ACS parallèlement à ceux du personnel soignant apparaît comme une innovation dans la dispensation des services sanitaires. L'*innovation* ne nécessite pas forcément qu'il y ait invention ou création (Haxaire et *al. ibid*), elle peut consister en la mobilisation d'outils ou de moyens déjà existants par ailleurs, pour les utiliser à destination d'un autre public ou d'un autre domaine d'application. Il n'y a pas de changement de la structure générale du rôle des ACS, mais des tâches sont additionnées et d'autres éliminées, d'où le caractère incrémentiel de l'innovation sociale des ACS (Gallouj et Weinstein, 1997). Il s'agit d'intégrer un groupe d'agents, au parcours professionnel atypique et non formé selon les créneaux classiques, dans un système sanitaire bureaucratisé, marquant de ce fait une rupture avec le corporatisme professionnel classique, profondément ancré dans la profession médicale (Freidson, 1985).

En appréhendant l'engagement bénévole des ACS comme une innovation sociale, nous soulignons que les contours de cette occupation ne sont pas dessinés de façon claire. Cela est dû à une absence de management dynamique des ressources humaines issues du bénévolat, qui serait basé sur le triptyque : introduction de l'innovation (ici les ACS), son évaluation et sa rénovation. Même une mesure jugée salvatrice fait apparaître son lot de contradictions nécessitant des analyses en profondeur, d'autant que les groupes professionnels en interaction sont inscrits dans « *des hiérarchies sociales, relations de pouvoirs et rapports de domination, et dans des environnements organisés, des systèmes concurrentiels, des formes de coopération* » (Demazière et Gadéa, *ibid.*). Ainsi, une responsabilisation en croissance exponentielle, en contraste avec une mobilité professionnelle inexistante, entraîne un processus d'appropriation reposant sur des enjeux de professionnalisation. L'initiation des ACS n'assure

pas la coexistence pacifique des sous-catégories situées au même niveau dans la hiérarchie administrative. Dans ce qui suit, nous nous intéressons à leurs caractéristiques individuelles et collectives, afin de dresser le portrait du réseau par lequel leurs engagements se diffusent. Nous revisiterons à cet effet leur parcours, à travers des récits de vie et l'établissement de leurs trajectoires biographiques.

CHAPITRE 2 — DES TRAJECTOIRES BIOGRAPHIQUES DÉCOUSUES

Reposant sur l'action publique par le « bas », la participation communautaire se fonde sur l'engagement des forces vives des populations locales, (Bayart, 1981 ; Fournier, Potvin, 1995). Elle ne doit pas pour autant présupposer une homogénéité « communautaire ». Le modèle communautariste repose en effet un sentiment d'appartenance commun et une prédisposition « naturelle » des membres du collectif à s'engager pour les autres. Il est l'expression d'une solidarité mécanique entre des individus partageant des liens de parenté ou de proximité. Les motivations de cet engagement doivent *a priori* être appréhendées comme un phénomène simple à comprendre dans cette région du monde, dans le sens où celle-ci apparaît comme une agrégation de groupes sociaux à caractère familial et tribal. Au contraire, on a vu en introduction les dimensions sociales de la structure communautaire traditionnelle et ses occurrences actuelles affaiblies (ethnie, clan, etc.), même si elles peuvent toujours être instrumentalisées et reconstruites par des entrepreneurs de cause africains, notamment en cas de conflits (Magni-Berton et Panel, 2020). Désormais, la concurrence est omniprésente au sein des groupes sociaux, elle est par exemple entretenue par des pratiques telles que le jet de sort et la sorcellerie pour empêcher ou freiner la réussite d'autrui entre des individus de même descendance. Le proverbe Wolof: « *Ku réy say noon, say mbokk diéx!* » (trad. Quiconque se détourne de ses ennemis ne disposera plus de personnes apparentées !), traduit cette méfiance de plus en plus croissante vis-à-vis des membres de son propre groupe social. Cette prise de conscience est aiguisée par la sphère du travail qui rend les gens plus rationnels, en quête d'intérêts. Il fournit les lettres de noblesse à la philosophie du « *bop sa bop* » (trad. chacun pour soi) comme stratégie de survie des citoyens dakarois (Dimé, 1997). Le « *bop sa bop* » pousse l'individu à restreindre ses rapports avec son groupe social d'appartenance pour se focaliser sur la « famille sélective » ou ses parents « intéressants » (Marie, *ibid.*), avec qui les interactions sont avantageuses.

Dans ce chapitre, nous analysons les motivations de départ et les attentes des Acteurs Communautaires de Santé (ACS) envers le système sanitaire. Ce chapitre vise à montrer en quoi la pratique du bénévolat en Afrique sort des normes institutionnelles édictées par les instances nationales (ministère de la Santé) et internationales (Organisation Mondiale de la

Santé). Dès que le bénévolat est institutionnalisé, celui-ci entre dans une phase de transaction « interne »⁴² entre les services effectués et les résultats escomptés.

Dans le cas des ACS, ce décalage se manifeste par un malentendu de départ : les ACS considèrent cette invitation à la citoyenneté sanitaire comme une opportunité de valorisation individuelle. Dans l'approche de la socio-anthropologie du développement en particulier dans le courant « néo-interactionniste » (Olivier de Sardan, 2002), l'invite à la citoyenneté sanitaire correspondrait à une directive exogène qui bute sur les stratégies d'acteurs, concernés directement ou indirectement par cette innovation sociale.

Dans le chapitre précédent, nous avons montré en quoi l'engagement bénévole était en lui-même une ressource pour tous les acteurs au niveau périphérique. Son introduction a suscité un mécanisme reposant sur des facteurs de régularité parmi lesquels nous avons identifié le contexte local, la logique des parties prenantes et la logique individuelle et collective des ACS. L'objet de ce chapitre est d'appréhender et d'analyser les logiques individuelles des ACS en faisant ressortir particulièrement leurs ressources relatives. À ce titre, la notion de ressource signifie pour nous l'ensemble des prédispositions et des compétences des individus précédant leur engagement dans une activité. L'objectif est de comprendre les transactions internes des ACS, en utilisant la méthode biographique pour retracer leurs trajectoires et analyser leurs articulations avec l'engagement bénévole en faveur des populations locales. : le *give back to community*⁴³.

L'étude de William Isaac Thomas et Florian Znaniecki (1918) restituant l'histoire d'un paysan polonais migrant aux États-Unis est généralement présentée comme pionnière de la méthode biographique. Elle a en tout cas inspiré des travaux sur des bases biographiques portant sur différents milieux dans l'École de Chicago des années 1920. Les fonctionnalistes ont contesté la validité des sources biographiques ou autobiographiques auxquelles ils ont préféré le recours aux méthodes quantitatives s'imposant dans l'après-guerre à Harvard. La deuxième École de Chicago a œuvré théoriquement à endiguer ces critiques en soulignant la dimension processuelle des trajectoires, de passage ou de carrière (Becker, 1985 [1963]) comme on l'a vu

⁴² Selon Dubar (1998a, 1998b), qui reprend les travaux de Goffman (1963) sur la « *Présentation de soi* », deux types de transactions sont à distinguer : i) la transaction « externe » (transaction appelée objective) entre l'individu et les autres significatifs visant à tenter d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui ; ii) la transaction « interne » entre la nécessité de sauvegarder une part de ses identifications antérieures (identités héritées) et le désir de se construire de nouvelles identités dans l'avenir (identités visées) visant à tenter d'assimiler l'identité pour autrui à l'identité-pour-soi.

⁴³ Donc le comportement socialement attendu et sanctionné.

en introduction. Les premières enquêtes biographiques en Afrique se sont déroulées entre 1989 et 2001 et sont l'œuvre d'une collaboration scientifique internationale entre des équipes de recherches africaines, françaises et québécoises. Elles ont porté sur la thématique des processus d'insertion urbaine (Antoine, Ouédraogo, Piché, 1998) et sur les interrelations entre activités professionnelles et vie familiale (Beguy, 2006 ; Adjamagbo et *al.*, 2015). Elles permettent de mettre en évidence la diversité des événements familiaux et sociaux dans la vie d'un individu depuis sa naissance jusqu'au moment de l'enquête, dans différentes villes (Dakar, Bamako, Yaoundé, Abidjan, Antananarivo, Lomé, Nairobi) mais également sur le plan national (Burkina et Mali). Le tableau ci-dessous synthétise les études essentiellement faites dans les années 1980 jusqu'en 2000.

Tableau n° 5 : Les différentes enquêtes biographiques réalisées en Afrique

1986 Pikine (IRD-DPS) (Antoine, Bry, Diouf)
1989 Dakar (IRD-IFAN) (Antoine, Bocquier, Fall, Guissé, Nanitelamio)
1992 Bamako (CERPOD-Université Montréal) (Konaté, Kouamé, Marcoux, Ouédraogo, Piché)
1996 Abidjan (IFOR-ENSEA-AGEPE) (Kouamé, Zanou)
1996 Yaoundé (IFORD-CEPED) (Kouamé, Ngoy, Kuépié, Antoine)
1998 Antananarivo (MADIO-IRD-CEPED) (Boquier, Raza findratsitma, Rouhaud, Antoine)
2000 Lomé (URD-DGSCN-BAD) (Vignikin, Amétépé, Béguy, Rissy, Antoine)
2000 Mali (CERPOD-Université Montréal) (Marcoux, Konaté, Guèye)
2000 Burkina Faso (Université Montréal-UERD) (Poirier, Dabiré, Piché, Shoumaker)
2001 Dakar (IRD-IFAN-CODESRIA) (Antoine, Adjamogba, Dial, Diagne, Fall)
2001 Nairobi (Université de Nairobi, IFRA, IRD) (Agwanda, Bocquier, Khasakhala, Owuor)

Source : Chaire Quételet, 2006, université de Louvain, Belgique.

La méthode biographique se fondant sur des sources biographiques ou autobiographiques peut entretenir un flou sur la valeur subjective ou objective du discours recueilli. S'appuyant sur les travaux de Paul Ricœur (1969), de nombreuses publications se sont penchées sur les implications épistémologiques de la narration et du récit. Un éclairage sémantique a identifié le terme « histoire de vie » comme source de confusion entre l'histoire vécue par une personne et le récit qu'elle pouvait en faire, on lui préféra alors celui de « récit de vie » (Bertaux, 1997). Il s'agit bien de la dimension subjective qu'il faut saisir, analyser et finement interpréter. Mais d'autre part, cet effort est loin d'épuiser le débat. L'intérêt porté par le chercheur au « biographique » risque, en effet, de le voir submergé par la description singulière du passé d'un

groupe ou d'une époque particulière. C'est dire que la méthode biographique n'a pas toujours fait l'unanimité dans le monde de la recherche (Bertaux, *ibid.*).

Recourir au récit de vie pour comprendre tout ou partie de l'histoire d'un individu ou d'un groupe d'individus suggère de notre part un choix conceptuel entre « parcours de vie » et « trajectoire sociale ». Si l'un des traits essentiels du concept de « parcours de vie » est de considérer l'ensemble de l'existence sans soustraire à son analyse une tranche d'âge particulière (Bessin, 2009), le concept de trajectoire autorise une reconstruction sélective (Dubar, 1998a). Donc il nous permet d'analyser le rôle des ACS avant leur engagement comme bénévoles dans le domaine sanitaire. Cette dernière mise en perspective nous permet d'appréhender en quoi l'injonction au bénévolat par l'État et l'OMS a suscité l'intérêt des individus dotés de diverses ressources tirées de leurs trajectoires individuelles. Concrètement, **comment cette pratique du bénévolat se positionne-t-elle dans des pays ayant mis en place une santé communautaire ? Quelles sont les prédispositions à devenir et à demeurer bénévole au service des populations ? Quelles sont les logiques qui orientent et actualisent la pratique du bénévolat ?**

Nous faisons, dans un premier temps, une comparaison entre les modèles du bénévolat dans le monde en nous focalisant sur les caractéristiques des acteurs, les modes d'engagement et les cadres institutionnels et politiques sur lesquels repose la pratique du bénévolat pour la prise en charge de la santé communautaire. D'une part, nous nous intéressons au modèle occidental, en prenant pour exemple les pays ayant le plus influencé le modèle prôné par l'OMS, soit la France, les États-Unis et le Canada [section 1], d'autre part, nous analysons le modèle que nous observons en Afrique subsaharienne [section 2]. Nous penserons, dans un deuxième temps, l'articulation entre les aspirations des ACS et les attentes institutionnelles en matière de citoyenneté sanitaire au service des populations [section 3]. Enfin, nous nous attelons à effectuer un inventaire des ressources avant le début de l'aventure d'ACS à travers la nature des services rendus à la population. Cela nous permettra de relater les trajectoires sociales pré-ACS et d'en proposer une typologie [section 4].

1. Le modèle occidental du bénévolat, un détour par la réussite socioprofessionnelle

En analysant les fondements du dogme de la participation communautaire, Pierre Fournier et Louise Potvin (1995) reprennent les trois sources déjà identifiées auparavant (Midgley et al., 1986).

«La première viendrait de l'idéologie occidentale basée sur les grandes valeurs démocratiques telles que la prise de décision par des citoyens ordinaires et l'autodétermination. La deuxième source possible voudrait que la décolonisation des pays en développement dans les années 1950 et 1960 soit à l'origine du mouvement de développement communautaire, stratégie favorisée premièrement par les missionnaires, puis adaptée par les Nations Unies pour promouvoir le développement social et économique des régions rurales des nouvelles nations. La troisième origine de la participation communautaire serait liée au travail social occidental qui favorise les actions politiques pour exiger des changements et des améliorations, et au radicalisme communautaire basé sur l'idéologie marxiste qui veut élever le niveau de conscience politique des opprimés.» (1995, p. 42).

Plusieurs monographies locales ont produit des résultats satisfaisants ayant facilité l'élaboration de méthodes de prise en charge médicales et paramédicales adéquates aux modes de vie des populations étudiées. Nous verrons les contrastes entre les modèles standardisés dans certains pays occidentaux et le modèle en vigueur en Afrique subsaharienne. À la suite d'un constat « d'urgence sociale » (Cefaï et Gardella, 2011), des *community studies*, portant sur les groupes sociaux minoritaires et/ou les sans domicile fixe (SDF), ont permis de faire des progrès dans l'accessibilité des soins à travers des procédés divers mettant l'engagement des populations locales au cœur des dispositifs d'offre de soins (cf. introduction). Les *community studies* menées en France, aux États-Unis et au Canada, que nous avons pris comme exemple ici, montrent que la pratique du bénévolat en association permet d'authentifier ou de discréditer une action locale.

1.1. Communautarisation de la santé au Québec (Canada)

La communautarisation de la santé dans tout le territoire canadien est un long processus qui remonte à la situation du Québec des années 1960. Les études portant sur cette population

rèvent que cette période est marquée par un déficit en médecins, aucun ne travaille à temps plein et un seul réside dans le secteur. Il y a un médecin pour 6000 habitants alors que la moyenne nationale est de 1 médecin pour 857 personnes en 1961. L'accès aux services médicaux publics est également restreint et, la plupart du temps, les familles doivent payer pour les consultations. Comme il n'y a pas d'hôpital dans le quartier, les gens doivent se déplacer pour se faire soigner. C'est toute une expédition pour la plupart des familles qui n'ont pas de voiture (Collectif Courtepointe, 2006).

En réponse à cette situation, une réforme des services de santé et des services sociaux a débouché sur la création de trente-deux (32) départements de santé communautaire au sein des centres hospitaliers régionaux. L'objectif était de rendre les services de santé gratuits, donc de supprimer des coûts dissuasifs pour une large partie de la population et de réorganiser les services sociaux laissés auparavant entre les mains d'organismes privés surchargés et peu efficaces. Dans ce contexte de réforme, de création d'organismes axés sur les services de traitement des maladies et la résolution de problèmes sociaux, les DSC ont reçu la mission originale de la santé communautaire avec trois mandats particuliers : 1) la connaissance des caractéristiques et des besoins de la population en matière de santé ; 2) la protection de la santé publique ; 3) et la promotion de la santé. Ce feu vert accordé aux hôpitaux locaux concernant la définition des orientations sanitaires a rendu accessible la santé, financièrement et géographiquement. Cette décentralisation, en prenant en compte les spécificités des communautés dans la prise en charge de la maladie, a largement contribué à soulager la santé globale des populations locales. La santé communautaire au Canada renvoie en définitive à une politique gouvernementale qui donne plus de marge de manœuvre aux dirigeants des structures sanitaires, à la fois pour l'identification de la demande sanitaire des populations et pour améliorer l'offre sanitaire dans les localités éloignées ou délaissées, même si cette offre est peu médicalisée.

1.2. *Le give back to the community* ⁴⁴ aux États-Unis

Aux États-Unis, des cliniques populaires et équipes mobiles en santé mentale existent depuis les années 1980. Elles ont été créées dans certains quartiers pauvres pour permettre de « nettoyer » les grandes métropoles (Godbout et Martin, 1982). Elles permettent également de poursuivre une continuité des soins pour les personnes sans abri souffrant de troubles

⁴⁴ Ici il faut comprendre : l'éthique de la responsabilité communautaire ; le comportement socialement attendu et sanctionné ; ou encore rendre à la communauté.

psychiatriques sévères et d'assigner des tâches aux citoyens dans l'administration des services de première ligne, voire de jouer un rôle dans la dispensation des services de santé et des services complémentaires (paramédicaux ou sociaux).

Cette approche a prospéré aux États-Unis grâce à l'érection du bénévolat en une norme sociale valorisante, un devoir, un impératif dans le discours des responsables d'associations où des représentants de l'État engagés dans la promotion de la solidarité : c'est le *give back to the community* (rendez à la communauté) (Simonet, 2002). D'une part, le *give back* repose sur une conception large de la communauté assimilable à la société. Le *give back* incombe alors aux riches qui sont « *les plus purs produits de la sélection naturelle. Mais ils ont un devoir de civilisation, ils doivent rendre à la société une part de leur richesse afin d'aider les pauvres en leur permettant de s'élever socialement* » (Abélès, 2003, p. 181). Cette organisation consistant à mettre des investissements privés au service de l'intérêt collectif alimente la formation d'un *third sector*. La prise en charge de la santé des populations les plus démunies s'effectue à travers des activités philanthropiques (dons ou subventions) des célébrités ayant réussi dans les domaines sportifs, politiques ou des affaires en faveur de communautés exclues (noirs, hispaniques, etc.) dans le système de soin (Abélès, *op. cit.*).

D'autre part, la communauté épouse les limites administratives de la collectivité locale. Le *give back to the community* traduit en ce sens une politique municipale mise en œuvre pour répondre à la crise financière des villes. Des bénévoles assainissent par exemple le parc de New York pour exercer leur citoyenneté active en réponse à l'appel des responsables municipaux (Simonet et Krinsky, 2012) au grand bonheur des habitants. Aux États-Unis l'amélioration de la santé se fait au travers de la facilitation de l'accès aux soins et de l'offre de services d'hygiène en faveur des populations locales par des autochtones non professionnels de la santé. Il s'est développé une autre approche en France.

1.3. Soigner sans appareillage symbolique médical, le *outreach work* en France

En France, les premiers travaux concernant ce domaine ont été réalisés à la fin des années soixante-dix par des organisations du monde associatif. Ensuite en 1982, se sont tenues les assises nationales de la vie associative donnant naissance au projet de loi « Henry » sur le développement de la vie associative, avec une dimension sanitaire très affirmée. « L'utilité sociale » apparaît comme un critère central pour authentifier les « véritables » associations capables d'identifier les nécessités du milieu social et de collaborer pour y subvenir. Sous ce

rapport, les membres associatifs et les spécialistes ont souvent travaillé ensemble pour améliorer certaines dimensions clés de l'espace public local : économique, culturelle, sanitaire. Pour Cyril Farnarier et Aline Sarradon-Eck (2018) la « sanitarisaton » de la rue s'est effectuée par une démarche de « l'aller vers », avec la mise en place des Maraudes. C'est un dispositif d'interventions d'équipes mobiles composées d'un chauffeur accueillant, d'un travailleur social et d'un/une infirmier·ère d'État. La première mission de ce dispositif expérimental consiste à

« aller à la rencontre des personnes dans la rue qui paraissent en détresse physique ou sociale en utilisant les centres d'hébergement d'urgence pour les accueillir. Cette approche était aussi un moyen de réduire les risques par le travail de proximité, une activité dirigée vers des groupes sociaux particuliers non atteints par les circuits traditionnels traduisant outreach work » (Farnarier et Sarradon-Eck, 2018, p. 152).

Cette externalisation de la santé a aidé à réduire considérablement certaines difficultés sanitaires. En France, la santé communautaire signifie donc un « aller-vers » du personnel soignant ou d'équipe de maraude, auprès des patients traditionnellement exclus du circuit formel de couverture sanitaire (les Sans Domicile Fixe).

Le modèle occidental de la prise en charge de la santé communautaire par des bénévoles passe par la réussite socioprofessionnelle des individus engagés dans la pratique. Globalement, ce sont des personnes ayant réussi professionnellement qui se mettent en association pour organiser leurs actions bénévoles envers des populations démunies.

Dans le modèle occidental, le détour par la réussite socioprofessionnelle autorise donc une continuité élargie des actions et limite les vellétés d'instrumentalisation. En revanche, les pratiques du bénévolat se comparent-elles à celles des pays ayant inspiré l'OMS pour la mise en place de la santé communautaire ? La comparaison du modèle occidental et du modèle africain permettra de mieux voir les facettes des trajectoires biographiques des ACS ainsi que les enjeux professionnels qu'elles suscitent.

2. Le modèle africain du bénévolat, une réalisation de soi aventurière

Si les antécédents historiques d'origine occidentale ont contribué à façonner la théorie de la participation communautaire, d'après Louise Potvin et Pierre Fournier (1995) ce concept n'est devenu une approche du développement social qu'avec le programme de participation populaire des Nations Unies adopté dans les années soixante-dix. C'est à partir de cette période post-

indépendance que l'OMS a élaboré une approche universelle destinée à être implémentée dans les pays en développement où les indicateurs sanitaires sont les plus alarmants (Houéto et Valentini, 2014). Or, cette urgence sanitaire vient se juxtaposer avec d'autres urgences locales qui n'ont pas été prises en compte lors du cadrage politique et institutionnel de la participation communautaire. Les différents types de bénévolat mentionnés plus haut ne se confondent pas avec ceux observés dans les pays de l'Afrique de l'Ouest en général et du Sénégal en particulier.

Contrairement à l'approche québécoise, l'approche de santé participative au Sénégal n'est pas décentralisée de façon à donner la liberté aux administrateurs des établissements de santé de définir les actions sanitaires à mener. La politique de santé est élaborée sur le plan national et appliquée respectivement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le personnel soignant est chargé de mettre en œuvre les directives ministérielles.

La différence avec l'approche américaine réside dans le fait que la santé communautaire ne se réduit pas à des dons, des subventions d'« enfants prodiges » ayant réussi leurs carrières. Un premier cadre est constitué par la philanthropie religieuse. On voit ainsi la construction d'édifices médicaux et paramédicaux financés par des organisations religieuses. À Touba par exemple (région de Diourbel, au centre du Sénégal), plusieurs établissements de santé ont été construits par certains fidèles mourides très riches. Ils y investissent pour le bien-être de la communauté mouride. Leurs comportements sont religieusement déterminés. En sus, de plus en plus, beaucoup d'associations et d'ONG islamiques disposent d'établissements de santé où les populations se font soigner gratuitement ou à moindres coûts, comparés aux autres établissements de santé — publics ou privés. Par exemple, l'association *Al fallah* et beaucoup d'églises protestantes (Église méthodiste) en disposent à Dakar. Mais de telles initiatives restent résiduelles et se font de manière ponctuelle dans certaines localités du pays, où d'ailleurs le besoin n'est pas toujours le plus pressant. Elles sont le fait d'instances privées, voire sectaires, contrairement aux organisations publiques, collectivités municipales ou *scientific charity foundations* œuvrant pour l'amélioration de la santé locale aux États-Unis.

Le cadre sénégalais diffère aussi du modèle français. Contrairement à l'approche en vigueur en France, la santé communautaire ne consiste pas en une activité « d'aller-vers », compte-tenu du nombre insuffisant de personnels qualifiés, surtout au niveau périphérique. Au Sénégal, les moyens de déplacement limités n'autorisent pas la mise sur pied de maraudes, même s'il faut souligner que des « stratégies avancées » sont menées de manière périodique par les ACS, parfois à leur initiatives, pour améliorer les indicateurs sanitaires sur des cibles vulnérables

(femmes enceintes, enfants de moins de 11 ans). Les ACS couvrent des secteurs précis, villages ou quartiers.

Dans le tableau ci-dessous, nous montrons les caractéristiques des acteurs impliqués bénévolement dans la prise en charge de la santé communautaire, les principes fondateurs, le cadrage institutionnel sur lequel reposent leurs activités et les finalités qui s’y rattachent.

Tableau n° 6 : Comparaison de modèles de prise en charge de la santé communautaire

<i>Pays/Régions</i>	<i>Caractéristiques des acteurs</i>	<i>Principe</i>	<i>Cadre</i>	<i>Finalités</i>
<i>États-Unis</i>	Réussite socioprofessionnelle	Give-back	Association	Solidarité communautaire
<i>Canada (Québec)</i>	Professionnels	Soins de proximité	Structure de santé	Autonomie d’action
<i>France</i>	Professionnels	Aller-vers	Maraude	Soigner individus hors circuit formel
<i>Afrique subsaharienne (cas Sénégal)</i>	Individus non diplômés en santé	Solliciter (désignation, sollicitation)	Dispositif socio-sanitaire	Reconnaissance et réalisation de soi

Dans le tableau ci-dessus, effectué sur la base d’une revue partielle de la littérature, on relève des différences de style. Les modèles issus des pays occidentaux sont principalement caractérisés par une autonomie dans les compétences requises, dans le financement et la mise en œuvre des activités. Le modèle en vigueur en Afrique subsaharienne est au contraire rythmé par une forte dépendance aux financements ponctuels, sur projets, et repose sur la forte présence d’individus non diplômés en santé. Nous allons en chercher les caractéristiques en nous interrogeant sur l’approche du « venir-vers » et sur l’évolution des modalités d’implication.

2.1.Un bénévolat du « venir vers » des individus socialement ancrés

Le bénévolat est perçu comme un baromètre social du degré d’engagement des associations au sein de leur groupe respectif. Le bénévolat exercé dans les pays occidentaux repose fondamentalement sur une solidarité sociale au sein de structures associatives sous-tendues par une éthique de l’équité sociale. Il faut souligner que cette manière de pratiquer le bénévolat a beaucoup aidé les populations concernées à résoudre un certain nombre de problèmes liés à l’accessibilité financière et géographique des soins (Farnarier et Sarradon-Eck, 2018).

Le modèle occidental a fortement inspiré la charte d’Ottawa et la politique des soins de santé primaire (SSP) et les autorités sanitaires africaines ont décidé de s’appuyer sur l’engagement

citoyen pour combler le manque de personnels dans les établissements de santé. Le modèle en Afrique de l'Ouest repose sur des individus qui ne sont pas diplômés en santé. Au Sénégal, à l'instar des autres pays, cette initiative a été codifiée au niveau institutionnel, des normes institutionnelles ont été érigées pour en fixer les principes et les modalités, visant essentiellement à impliquer des individus ayant des caractéristiques comme la disponibilité, le sens du service et une certaine popularité. Pour encadrer le processus de participation communautaire, les autorités administratives locales ont élaboré des modalités formelles d'implication vers les années 2000 qui prennent en compte l'enracinement territorial comme condition nécessaire de l'efficacité des ACS (Faye, 2012 ; Madelin, 2001).

Nos entrevues avec des autorités, notamment deux chefs de villages, un *imam* et un chef religieux, ont permis de retracer le procédé dans les zones rurales et urbaines. Concrètement, il s'agissait d'organiser dans les quartiers et villages des audiences publiques en présence des chefs de quartiers/villages, des représentants de différentes catégories de population. Imams, pasteurs, conseils des sages, associations des jeunes, groupements de femmes font des témoignages sur chaque candidat avant de donner publiquement le verdict révélant le nom de la personne choisie. Avant de clore la cérémonie, des instructions sont données à la population sur les conduites de solidarité à tenir avec les ACS, notamment le respect, l'obéissance et une assistance dans les travaux champêtres. Pour réussir sa mission, le bénévole reçoit, en contrepartie de son engagement, une aide-villageoise pendant l'hivernage, une main-d'œuvre collective pour aider l'ACS à cultiver son champ. Cette initiative de rétribution matérielle et symbolique se pratique surtout dans le monde rural, elle vise à combler les jours de congés champêtres pour la santé globale des populations⁴⁵. Du côté des citadins, cette solidarité s'exprime plutôt par la réunion d'une somme auprès de chaque ménage, comme incitation financière pour le bénévole. Ce système de solidarité permet de réaliser une rémunération monétaire et symbolique des ACS.

Cependant, ce procédé tombe en désuétude au Sénégal. Plusieurs facteurs l'expliquent. D'abord, le recul des activités agricoles a marqué un tournant important dans le procédé de participation communautaire basé sur l'élection (Sall, 2015 ; Niang et Mbaye, 2013). Le fait que les populations et les ACS-élus commencent à considérer le bénévolat comme travail

⁴⁵ Les ACS ayant choisi de participer à la prise en charge de la santé globale des populations représentent, parallèlement, une main d'œuvre dans les champs familiaux. Leur absence a des répercussions sur le programme hivernal de leurs familles respectives. Si elle n'est pas compensée, elle risque de retarder les récoltes dont la commercialisation permet d'avoir des rentrées d'argent.

principal effectué à temps plein a engendré une rareté, voire une disparition des rétributions matérielles et symboliques reposant sur les activités agricoles. En plus, les modalités de participation des ACS sont passées de l'« élection » à la « désignation » (Faye, 2017) à partir de 2006, avec l'entrée en vigueur du financement basé sur les résultats marqués par l'accentuation de la demande en main-d'œuvre bénévole (cf. chapitre 1). Contrairement à l'élection caractérisée par une démocratie locale et une neutralité vis-à-vis de l'engagement bénévole, la désignation a des implications partisans. L'ACS désigné se sent obligé auprès de l'entité à laquelle il doit sa place dans le dispositif de santé communautaire.

On observe ainsi la coexistence dans le dispositif santé communautaire de trois types d'ACS. Les premiers sont élus et jouissent d'une légitimité populaire. Les deuxièmes sont désignés par des oligarchies locales, notamment les professionnels de santé et/ou les élus locaux à partir des années 2006. Les troisièmes sont nommés par décret présidentiel à partir de 2010.

Cette mutation a créé chez les ACS des « redevabilités »⁴⁶ différenciées dans le système sanitaire. Dans notre conception la notion de redevabilité permet d'articuler, l'entité *stimuli* au sein de laquelle l'engagement bénévole est né (population, autorité locale, groupe professionnel, etc.), avec l'entité *praxis* envers laquelle l'action bénévole est destinée. Le bénévolat est fait dans les règles de l'art si et seulement si l'entité *praxis* n'est pas obligée, tant soit peu, d'observer un contre-don ; en d'autres termes quand le principe de la chaîne du don contre-don n'est pas rompue entre le bénévole et le/les bénéficiaires de ses actions. La redevabilité des bénévoles doit en principe bénéficier à la population qui choisit les personnes appelées à la servir, afin d'éviter la perte de confiance de la part de celle-ci (Herman et al., 2009). Or si nous regardons de près les choix effectués par le personnel soignant, les oligarchies traditionnelles ou politiques s'accompagnent d'une obligation tacite de contre-don. Les ACS choisis par ces entités s'attendent à une retombée (emploi, formation, etc.), affectant à la fois le principe de l'engagement bénévole et la coexistence socioprofessionnelle entre les ACS.

⁴⁶ On ne rencontre plus ce terme dans les relations internationales. La redevabilité rend compte du processus de financement, de gestion et d'orientation des interventions entre les bailleurs, les institutions bénéficiaires et les populations récipiendaires des interventions. La compatibilité ou du moins la réduction des écarts entre les attentes de la redevabilité d'une institution vis-à-vis d'un bailleur ou *upstream* et la redevabilité vis-à-vis des populations récipiendaires ou *downstream* sont les critères d'évaluation de l'efficacité d'un projet (cf. *Prolog consult, Evaluation of DG ECHO, Legal Framework of Humanitarian actions*, 2012). Nous utilisons ce terme pour expliquer l'influence de la redevabilité dans la pratique du bénévolat. À côté des dimensions *upstream* et *downstream*, nous montrons qu'une nouvelle dimension de *middlestream*, envers soi, caractérise le lien social établi par les ACS.

2.2. De l'élection à la désignation, des redevabilités différenciées

Le choix d'ACS pour représenter les habitants d'une localité donnée est rythmé par des phases quelques fois séparées ou entremêlées. Dans un premier temps, le choix d'ACS effectué par les autorités locales repose explicitement sur la lutte contre le sous-emploi suivant les critères d'altruisme, de serviabilité, d'empathie, de disponibilité, de compétence personnelle. En effet, lorsque les professionnelles de santé, en particulier les infirmiers chef de poste dans les zones rurales, sollicitent des appuis en main-d'œuvre auprès des *borom dek* ou *jom wuro* respectivement chef de village/quartier en langue wolof et peul, le choix est laissé à leur discrétion. En se fondant sur l'affinité avec certaines personnes de leur entourage, les chefs de villages/quartiers, délégués de quartiers, les imams, les prêtres, les guides coutumiers proposent quelqu'un. L'individu désigné par ces personnes morales — *kilifeu* en wolof ou *jinado* en Peul —, subit une pression sociale tacite qui le contraint d'accepter même si cela nécessite de retarder momentanément ses aspirations pour répondre favorablement à la confiance placée sur sa personne. Inversement, cet acte résonne pour le/la futur ACS comme preuve de reconnaissance de ses services techniques, intellectuels ou sociaux auprès des habitants. Des membres des comités de santé, des aides-soignant·e·s et des matrones sont ainsi dotés d'une « légitimité politique » provenant des oligarchies locales (Fassin, 1989). On constate par ailleurs que les postulants sont souvent sans occupations (on pourrait parfois les qualifier de « chômeurs ») et cherchent une opportunité d'acquisition d'un emploi décent.

Dans un deuxième temps, les ACS portés par la population le seront suivant des critères distincts de ceux susmentionnés. En effet, le choix repose sur une nécessité d'impliquer des acteurs — relais et *bàjjenu gox* — dotés de « légitimité populaire » capable de participer de manière significative à l'amélioration de la prise en charge de santé. En d'autres termes, il n'est pas efficient de dérouler des programmes visant à améliorer la santé des femmes sans faire participer des personnes clefs, pivots incontournables dans les activités féminines de la localité. La *bàjjenu gox* de ce point de vue focalise les attentions, comme femme ressource et relais privilégié des activités visant les femmes.

D'autre part, un contrôle social s'exerce sur la moralité des individus choisis. Lors des enquêtes de moralité menées par des agents des districts sanitaires, les habitants donnent leurs avis sur les postulants. Leur préférence d'un postulant par rapport à un autre s'explique par l'observance du contre-don, c'est-à-dire que les habitants ont tendance à choisir celui ou celle ayant le plus fait pris en considération leurs préoccupations de santé et d'hygiène. La « légitimité populaire »

suppose la reconnaissance des habitants, source d'un contrat social durable. Devenir ACS est dans ce cas perçu comme un privilège, celui d'accéder à un statut social, de faire partie des forces vives du quartier/village et d'être un exemple pour sa génération. L'individu pressenti doit donc faire l'unanimité au sein des populations. Au-delà de l'exemplarité de son comportement au sein de la population, il est aussi attendu de lui des capacités à dialoguer avec quasiment toutes les franges de la population, autre manière de défendre l'intérêt général.

Après cette enquête de moralité, les différentes suggestions recueillies çà et là vont constituer le point de départ du démarchage d'un ACS par le personnel soignant. Une visite est organisée chez le/la futur ACS. On passe avec lui oralement un contrat symbolique, puis des négociations sont ouvertes pour avoir l'avis favorable de l'ACS directement concernée. Ce procédé populaire accorde une importance aux antécédents d'utilité sociale.

Dans un troisième temps, des ACS sont enrôlés par le personnel qualifié de manière circonstancielle pour assurer l'efficacité des services et de l'organisation des soins. Ce choix repose sur une « légitimité de proximité » et renvoie à une implication ad hoc de personnes, le plus souvent des femmes, en vue d'exécuter des tâches précises durant une activité de santé. Ce type d'engagement est observé le plus souvent auprès des individus ayant des affinités avec le personnel qualifié : aides-soignant-e-s, matrones, relais. Malgré ces modalités formelles d'implication des ACS, le besoin de soutien communautaire devient de plus en plus pressant pour les professionnels de santé. Ces derniers ont commencé à prendre l'initiative d'enrôler de nouveaux individus dans le dispositif d'offre de soins pour réussir leurs missions. Cette fois-ci le référentiel n'est plus l'implication démocratique, mais plutôt une implication sélective qui autorise une meilleure implication des femmes dans le dispositif d'offre de soin. En effet, suite au constat selon lequel les modalités d'élection dans les quartiers et les villages étaient favorables aux hommes, le personnel soignant estime plus adéquate la personnalité féminine pour effectuer les tâches de *care*. La logique du PAC au Sénégal est plus orientée vers la féminisation du groupe des ACS que vers une mainmise du fonctionnement du système sanitaire par un groupe particulier de travailleurs.

La modalité d'élection d'ACS reste finalement marginale par rapport à la fréquence de la pratique. En réalité tous les ACS sont désignés de manière directe ou indirecte compte tenu de leurs utilités sociales antérieures. L'engagement bénévole en Afrique de l'Ouest traduit par conséquent une consécration par les populations de services rendus par un personnage, homme, femme ou jeune, devenir ACS est choisi pour représenter la population auprès du personnel

soignant. Il bénéficie d'une reconnaissance en vertu de sa trajectoire sociale, de son vécu, de ses interactions avec tout ou partie de la population.

Par ailleurs, la coexistence de différentes modalités d'implication et par conséquent de redevabilités différenciées contribue à compartimenter les finalités de l'engagement bénévole. Les ACS ne s'engagent plus pour contribuer, par le biais des ressources relatives dont ils disposent, à la prise en charge de la santé des populations, mais dans un rapport avec les autorités locales dans l'attente de la satisfaction de leurs aspirations individuelles. La sollicitude propre au bénévolat tient au fait qu'il est plus une initiative suscitée par les parties prenantes qu'une émanation des ACS eux-mêmes. Les populations, les autorités locales et sanitaires sollicitent la participation de certaines personnes en qui l'on reconnaît certaines capacités et prédispositions à servir les populations locales. Le *give back to community* n'exclut pas, en conséquence, un *individual give back*, la reconnaissance par les parties prenantes de particularités individuelles, de trajectoires biographiques ayant forgé un altruisme singulier.

2.3.Des tournants parallèles dans les deux carrières matrimoniale et professionnelle

L'exercice du bénévolat est souvent assimilé, par le sens commun, à une activité durant laquelle un groupe d'individus prouve sa générosité vis-à-vis du reste de la population dans le but de résoudre des difficultés particulières, de manière continue ou discontinue. Cependant dans le cas des ACS, le service fourni par « générosité » représente un investissement en vue de gagner en reconnaissance sociale et en valorisation statutaire respectivement auprès des populations et des professionnels de santé. Appréhender la trajectoire sociale des ACS en fonction des dimensions familiale et sanitaire laisse apparaître que le bénévolat n'est pas seulement l'œuvre de la volonté populaire ou étatique, mais fait également l'objet d'une instrumentalisation de la part des ACS. Les effets de cette instrumentalisation sont repérés dans les trajectoires sociales des ACS au cours de l'exercice du bénévolat. Fondamentalement, deux types d'événements renforcent l'envie de réalisation de soi des ACS, notamment le mariage et le décès qui concourent à redéfinir ou réveiller chez les ACS les objectifs officiels de la pratique du bénévolat.

« J'étais jeune quand je me suis engagé comme bénévole. Je n'avais aucune charge sur mon dos. Ni femme ni enfant ne m'attendait à la maison. Mais aujourd'hui, je suis un père de famille. Depuis plus de dix (10) ans, je m'adonne à cette activité bénévolement, sans rien attendre en retour ! En plus, mon rôle est parfois plus indispensable dans

l'atteinte des objectifs que le personnel salarié. Désormais, je passe plus de temps dans le centre de santé. Et le comité de santé et le personnel ont constaté que mon engagement dans le travail a augmenté depuis que je me suis marié. Maintenant, je touche un peu à tout, je participe à tous les programmes pour espérer avoir une somme conséquente à la fin du mois... » (RDV, OG, homme, 51 ans, 10 ans d'expériences).

«J'ai longtemps incarné le rôle de protectrice des femmes et des enfants et de fédératrice des générations de jeunes, de femmes et de personnes âgées dans ce village ! Cela m'a valu un immense respect dans ce village. J'en suis satisfaite. Quand j'ai été cooptée pour devenir bàjjenu gox mon mari m'avait soutenu. Quand j'avais du travail à abattre, il prenait soin des enfants. Parfois, je pouvais me permettre de m'absenter de mon foyer pour des activités de l'hôpital. Au moment où je vous parle, il n'est plus des nôtres. Il est décédé il y a deux ans (tristesse ! Yeux abaissés, soupire...) [...] Ce choc m'a affaibli. Je suis devenu une mère célibataire qui doit élever, éduquer, vêtir trois enfants, sans aide d'un proche parent. Je ne compte que sur mon travail à l'hôpital pour faire face à cette situation ! » (RDV, DD, femme, 49 ans, 7 ans d'expérience).

Après la période de la jeunesse « sans charge sur le dos », et donc avec une forte disponibilité biographique pour l'engagement civique (Dough Mc Adam, 1964), le mariage et le décès d'un proche sont deux événements décisifs, ou *turning point*, comme l'établissement familial des ingénieurs peut marquer un tournant dans leur engagement civique local (Sainsaulieu et al, 2019). Le mariage et le décès vont marquer la vie de l'ACS par une nouvelle responsabilité vis-à-vis de la famille et par une évolution des motivations et des aspirations dans le travail bénévole. Les témoignages ci-dessous montrent que le bénévolat est également perçu par les populations comme étant du ressort des individus ayant peu ou pas d'impératifs sociaux, économiques ou familiaux (contrairement à ce qui a été défini à la naissance de ce corps, OMS, 1986). Un lien causal existe ainsi entre la situation familiale et la situation de bénévole, comme l'avait montré Doug MC Adam à propos du mouvement pour les droits civiques aux États-Unis (*ibid.*). L'augmentation de la responsabilité familiale influe sur le comportement des ACS dans la sphère hospitalière et les amène à prendre plus d'initiatives que d'habitude dans le travail dans l'espoir d'une amélioration des conditions économiques et professionnelles susceptibles d'amortir leurs nouvelles charges. Les événements socio-familiaux constituent donc des moments de bifurcations entre le chemin du désintéressement et celui de la réalisation de soi, de l'accomplissement personnel en tant qu'ACS mais aussi dans la recherche coûte que coûte de ressources pour soi et sa famille. Pour Louise Potvin et Pierre Fournier (1995) la nature et

les expressions de la participation communautaire peuvent être différentes selon les valeurs qui les sous-tendent et la finalité qui lui est attribuée. Nous ajoutons ici que ces dernières varient avec les périodes de la vie, comme pour la politisation des ingénieurs (Sainsaulieu *et al.*, *op cit.*)

3. Des « entrepreneurs de cause » sans oubli de soi

S'il n'y a pas de continuité logique entre « entrepreneur » et « entrepreneur de cause », c'est justement pour éviter le risque d'amalgame, que nous avons critiqué la première pour préférer la seconde. On va voir successivement des éléments d'instrumentalisation propres aux sous-catégories d'ACS. Les logiques du bénévolat des ACS laissent apparaître un intérêt *a minima*, un malentendu entre l'esprit de la citoyenneté sanitaire et les aspirations individuelles des ACS. Elles sont composées, d'une part, de la volonté de servir (logique politique) ou de se servir (logique d'emploi), et d'autre part, de volonté de servir et de se servir (logique entrepreneuriale).

La notion d'entrepreneur revêt un succès analytique dans les sciences sociales. Elle est utilisée pour qualifier les acteurs jouant un rôle actif dans la transformation des règles institutionnelles (Fligstein et Mc Adam, 2012). Selon Henry Bergeron *et al.* (2013), les différentes perspectives en sociologie économique, politique, des mobilisations ou de l'action publique ont pensé les entrepreneurs comme des perturbateurs de « l'ordre social » suivant des procédés divers.

« [...] les entrepreneurs bousculent les espaces sur lesquels ils interviennent, brisent les routines et subdivisent les rapports de pouvoirs stabilisés et les hiérarchies instituées. [...] ils se distinguent des autres acteurs sociaux par le désir de faire passer la réalisation de leurs intérêts par la transformation de l'espace dans lequel plutôt que par sa reproduction. » (Bergeron et al., 2013, p. 264)

La notion « d'entrepreneur de cause » qui nous intéresse plus spécifiquement a été développée par Robert Cobb et Charles Elder (1972) pour qui des acteurs porteurs de conviction s'engagent pour imposer aux acteurs institutionnels la prise en charge d'un problème précis.

Les récits de vie effectués avec les ACS montrent qu'ils sont porteurs de projets de changement qui sous-tendent les choix de l'occupation bénévole dans un contexte de sous-emploi et de vulnérabilité socioéconomique. La complexité de cette situation réside dans sa nature imbriquée. En effet, les logiques d'implication sont une combinaison de facteurs personnels et

englobant diverses catégories d'ACS que nous essayons d'exposer ci-après. L'objectif est de montrer concrètement les profils d'ACS sous l'angle des motivations en passant en revue la notion d'entrepreneuriat de cause.

3.1. Une entreprise politique

Parmi les ACS ayant mis l'accent sur le devoir de participer à l'amélioration de la situation sanitaire de leur localité, on retrouve quasiment toutes les catégories d'ACS (agents municipaux de santé, *bàjjenu gox*, relais communautaires, aides-soignant·e·s et matrones). Ce constat s'explique par l'usage d'un « discours normatif »⁴⁷ dont les acteurs conscients de leur mission s'écartent rarement. À ce niveau, la caractérisation par catégories d'ACS n'est pas opérante, même s'il faut souligner que la catégorie des dépositaires est la moins ambiguë concernant la question de la motivation à l'entrée. Les membres de comité de santé sont la catégorie la plus ancrée dans la logique développementaliste, ils sont suivis respectivement par les *bàjjenu gox*, les relais, les aides-soignant·e·s et les matrones. Le motif commun de leur passage à l'acte est « l'envie de servir ».

« R 1 : Qu'est-ce qui m'a motivé ! euh... (temps d'arrêt assez long, yeux en l'air, réflexion) hum... ! Je dirai la volonté de changer les choses. Je ne pouvais pas admettre que le poste de santé ne puisse pas soigner convenablement les populations par manque de matériels et de moyens financiers. Il fallait qu'on s'implique pour comprendre ce qui se passe. Mais en réalité, les établissements de santé n'ont pas d'argent. Il a fallu qu'on se décarcasse pour trouver des fonds auprès des partenaires.

R 2 : Ce n'est pas la peine de me le demander ! Tu le sais très bien (rire...). Unhun ! Il n'y a qu'à regarder l'environnement de notre centre de santé qui ressemble à un mouvoir (regarde désolant). Ça (redressement, menton en avant, pointe du doigt le toit s'apprêtant à s'affaisser de la salle de réunion) ! Ça (il hausse le ton) il n'y a que les fous qui restent les bras croisés sans rien faire. Ah ! En tout cas moi je ne pouvais pas rester inactif. Imagine un jour, un membre de ma famille ou de la communauté (terme indigène qui traduit population) ait besoin de soins alors que le service n'est pas à la hauteur, la personne sera obligée d'aller jusqu'à Kolda (45 km) pour se faire soigner.

⁴⁷ C'est un discours qui répond aux attentes de rôle des missions assignées. Il cache cependant la réalité des faits d'où la raison de nos enquêtes répétitives et des questions répétées dans les guides d'entretien. La familiarité avec les acteurs sur le terrain permet de faciliter la compréhension du discours et des pratiques (Copans 1999 ; Ndoye, 2013).

Tu sais ici nous ne sommes pas des riches, c'est pourquoi nous nous entre-aidons pour assurer le minimum de services dans le centre de santé. » (focus group, ACS, Kolda).

Ils ont ainsi manifesté leur disponibilité à participer au développement sanitaire de leur localité qui se matérialise dans les districts sanitaires. Cette logique déclarative ou éthos de l'engagement est le plus compatible avec la morale du bénévolat. Toutefois même si à l'entrée dans l'occupation bénévole les membres des comités de santé étaient plus prompts à invoquer le don de soi et au désintéressement que les autres catégories d'ACS, dans les faits ils sont sujets à l'instrumentalisation de leur engagement bénévole pour augmenter leur capital de sympathie auprès des populations. En effet, nos séances d'observation au sein des établissements de santé font ressortir des formes d'instrumentalisation. Lorsqu'il y a des conflits entre les patients et le personnel soignant, ils se rangent très souvent, voire systématiquement du côté des populations pour gagner leur estime et leur sympathie, comme on va le voir ci-dessous.

Lorsque la possibilité de recruter du personnel de soutien pour les établissements de santé de la circonscription communale se présente, les gestionnaires trésoriers favorisent leurs partisans politiques dans le but d'entretenir un clientélisme électoral. Suivant cette logique, les aides-soignant·e·s, les matrones et les dépositaires pharmacie-IB se déclarant « apolitiques » (*cf. infra*), même s'ils sont dans le dispositif depuis des années, ont très peu de chance d'être recrutés comme ACS. De la même manière, la conscience politique préexistante à leur fonction de gestionnaires trésoriers amène les membres des comité de développement sanitaire à s'intéresser plus aux *bàjjenu gox* du fait de leur position de présidentes de groupement de femmes. Elles se voient plus valorisées que les relais, pourtant plus anciens dans le système. La démarche des gestionnaires trésoriers est donc d'instrumentaliser le travail d'ACS en faveur des oligarchies politiques locales. Le besoin d'information affiché à l'entrée est, dans les faits, un prétexte pour eux pour instrumentaliser un positionnement financier stratégique au sein des établissements de santé. Cela participe fortement à complexifier l'écosystème professionnel local.

3.2. Une manifestation de l'utilité sociale

Les dépositaires, les aides-soignant·e·s et les matrones sont les trois catégories d'ACS qui ont le plus témoigné de leur volonté d'être employés dans le système sanitaire, alors que les *bàjjenu gox* et les relais accordent peu d'importance à l'emploi. Visiblement les catégories d'ACS (dépositaires, aides-soignant·e·s et matrones) les plus embarquées dans la logique d'emploi

disposent de ressources nécessaires pour le fonctionnement des établissements de santé. Parmi ces ressources, on peut citer des compétences soignantes (infirmiers et/ou maternels) et de gestionnaire des recettes (vente de médicaments et de tickets de consultations).

« **R 3** : *Tu sais moi j'avais déjà ma compétence. Quand je me suis engagé, c'était clairement dans le cadre d'un travail formel. D'ailleurs c'est ce que l'ICP m'avait dit. Il était accompagné de la sage-femme A. N. et le président du comité de santé d'antan M.S. D'ailleurs je pouvais travailler dans le secteur privé, car j'avais des propositions, mais j'ai été touché par cette reconnaissance vis-à-vis des services que je rendais quotidiennement aux gens.*

R 7 : *[...] Comme je l'ai dit, je voulais prouver au personnel soignant et à la population de Kaolack que j'avais bien assimilé les formations en santé. Il me fallait désormais un cadre d'exercice. Après j'espérais également gagner quelque chose en retour. [...] oui oui être rémunéré bien sûr. Ce qu'on fait c'est du travail deh !*

R 8 : *Bon honnêtement je dirai le travail. Ici la vie est très difficile ! **Do ligey thi loxo nen** (trad. tu ne peux pas te permettre de mener des activités gratuitement) (focus group, ACS, Guinguinéo).*

Du fait du déficit en personnels, les aides-soignant·e·s et les matrones ont été choyées par le personnel soignant. Le dépositaire gère la comptabilité des établissements de santé notamment dans les postes de santé. Sa présence répond à une vieille doléance des autorités politiques locales qui ont longtemps dénoncé un transfert partiel des compétences de santé aux collectivités locales sans les moyens nécessaires (Ndoye, 2009). Elle représente pour les autorités locales un moyen d'avoir un éclairage sur le fonctionnement budgétaire. Cependant, il ne faut pas perdre de vue la quête d'emploi stable qui anime les dépositaires. Indépendamment du rôle de délégué local que les autorités locales attendent d'eux, certains dépositaires se rapprochent du personnel soignant auprès de qui ils trouvent des intérêts personnels stratégiques tels que la formation en soins. L'occupation bénévole crée ainsi une opportunité de satisfaire leur ambition de carrière et leur aspiration à la réalisation de soi.

3.3.L'entrepreneuriat économique et social autour du marché sanitaire

Contrairement à la logique développementaliste voulue par les forces vives et la logique d'emploi revendiquée par la main-d'œuvre qualifiée, la logique entrepreneuriale caractérise les *bàjjenu gox* et les relais communautaires. Selon eux l'occupation bénévole traduit la

concrétisation d'un nouveau travail social, s'exerçant à cheval entre les institutions et les populations. Ils considèrent le bénévolat comme une activité à double objectif : servir et se servir.

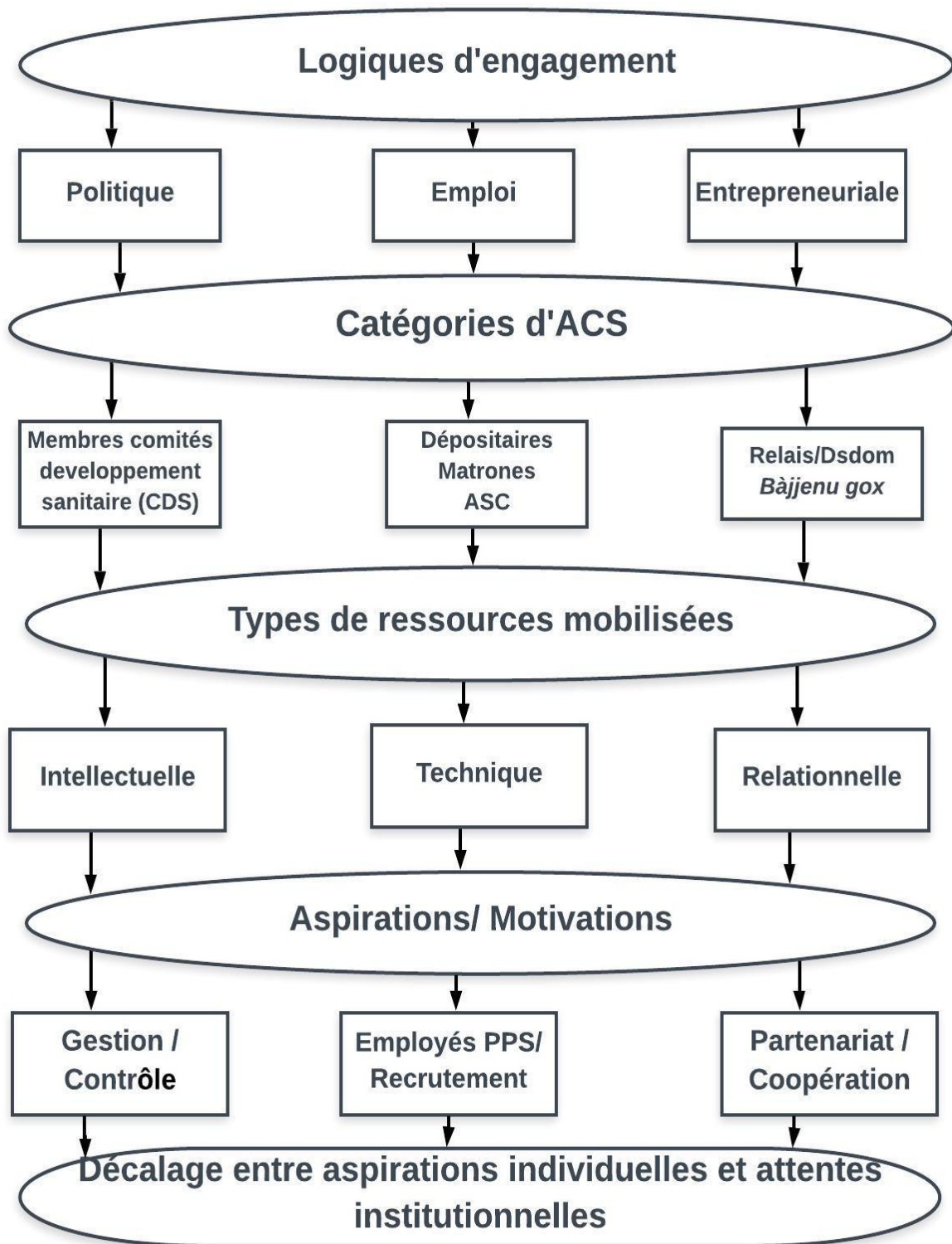
« **R2** : *Heu ! Disons que je pouvais continuer à apporter mon aide aux femmes. Dina def ass leuf thi sama lafal sër* (trad. Aider et en tirer profit).

R 10 : *Parce que je sais comment m'y prendre pour mobiliser les populations. Après nak luma thi fekk ma jël* (trad. Après je suis preneur des opportunités qui s'offriront à moi) !" (focus group, ACS, Kaolack).

Eu égard aux sollicitations croissantes dont ils font l'objet durant la mise en œuvre des programmes et projets pour instaurer la confiance des populations, ces services rendus doivent avoir pour contrepartie une discrimination positive pour les *bàjjenu gox* et les relais communautaires sur le plan social, économique et symbolique. À cet effet, l'engagement pour le bénévolat est un vecteur de reconnaissance d'une ressource relationnelle construite à partir d'un entrepreneuriat social, voire économique. Pour ce dernier type, l'entrepreneur de cause devient un entrepreneur tout court.

Les logiques d'engagement des ACS — politique, emploi et entrepreneuriale — sont contrastées. Comme tout se fait aujourd'hui sous l'angle de l'entreprise, on aboutit au fait que les ACS sont entrepreneurs sans cause, mais dans le social, où saisir des opportunités aboutit à proposer des services en même temps qu'à augmenter son capital technique, social et intellectuel. Le schéma ci-après est conçu à l'aide du logiciel de modélisation *lucidchart*, à partir d'une analyse des contenus des discours et des données issues de nos grilles d'observation. Il montre une continuité entre les logiques d'entrée dans le bénévolat et les aspirations professionnelles. Non sans avoir indiqué au passage que les catégories concernées et les types de ressources principales mobilisées par les individus sont reliés. Il conclut sur le décalage entre les aspirations individuelles des ACS et les attentes institutionnelles d'un travail gratuit, comme l'attendent les fonctionnaires de la ville de *New York* de la part des bénévoles de *Central Park* (Simonet, 2018b).

Schéma n° 3 : Logiques d'entrée dans le bénévolat au Sénégal



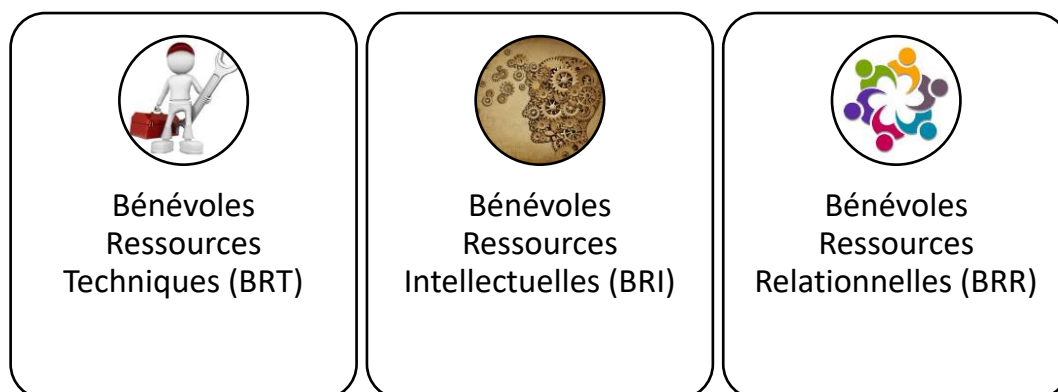
Le bénévolat dans le domaine sanitaire au Sénégal traduit une relation symétrique de « don, contre-don » entre l'ACS et la population, l'individuel et le collectif. Cette réalité sociologique s'explique fondamentalement par des facteurs externes et internes liés respectivement à la participation et à l'expérience vécue. Le premier critère de choix des ACS repose sur l'enracinement social de l'individu et fonctionne comme un renvoi d'ascenseur par la population, reconnaissante pour les services rendus. Et le second met en exergue les événements sociofamiliaux contribuant à la précarisation d'un individu au cours de sa carrière bénévole. Elles rendent compte des motifs majeurs ayant renforcé le besoin de reconnaissance et aiguisé les aspirations de réalisation de soi.

La comparaison du modèle occidental et du modèle africain fait apparaître une différence significative dans la pratique du bénévolat. En Afrique l'Ouest, en particulier au Sénégal, le travail bénévole ne suit pas un modèle universel, mais plutôt « *un foisonnement de logiques n'obéissant pas nécessairement à une quelconque norme universelle* » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 437). Dès lors, seul un examen biographique des acteurs permet de comprendre en profondeur la configuration précise des enjeux professionnels.

4. Retour sur le passé des ACS : esquisse d'une typologie des ressources

Dans l'examen de la trajectoire sociale précédant l'engagement comme ACS, nous entendons raconter l'histoire des ACS en devenir et analyser leurs profils à l'entrée du bénévolat. Concrètement, nous nous sommes intéressés à la narration des expériences forgeant les schèmes de pensée, les manières d'agir individuelles, puis nous avons essayé de dégager des facteurs de convergence. L'analyse de la trajectoire sociale a ainsi porté sur les événements majeurs et les rencontres importantes ayant traversé l'existence des individus et affectant d'une manière ou d'une autre le choix, l'exercice et le moral de l'occupation bénévole. En comparant les motivations d'entrée dans le bénévolat à celles qui président aujourd'hui à leur maintien dans le secteur, l'objectif est de déceler les principales caractéristiques qui définissaient les individus avant leur engagement bénévole pour le développement sanitaire de leur localité. Cela nous amène à effectuer une typologie que nous mettons en lien des types idéaux identifiés auparavant par Max Weber (1959 ; 1971) : le type « rationnel en finalité », le type « rationnel en valeur », le type « affectuel » et le type « traditionnel ». Dans la figure ci-dessous, nous effectuons un inventaire des différents rôles sociaux qui dépendent des ressources accumulées *ex ante*.

Figure n° 5 : Profils type de bénévoles et ressources autochtones mobilisées par les ACS



À la lumière de l'exploitation de notre matériau d'enquête nous identifions trois profils types :

- Les **Bénévoles Ressources Techniques (BRT)** sont des personnes ayant capitalisé une expérience antérieure en santé avant de devenir ACS. Ils sont le type « rationnel en finalité ».
- Les **Bénévoles Ressources Intellectuelles (BRI)** sont des individus instruits, mais qui n'ont pas réussi à aller au bout de leurs études, ou n'ont pas trouvé de travail. Ils sont généralement au chômage. Dans ce groupe composé de jeunes et d'adultes, on recense généralement des membres de comité de santé et des dépositaires. Ils sont également dans le type « rationnel en finalité ».
- Les **Bénévoles Ressources Relationnelles (BRR)** ne disposent ni de ressources techniques ni de ressources intellectuelles, mais ils ont une grande compétence dans la pratique et l'entretien de relations sociales. Les BRR sont généralement les *bàjjenu gox* (marraines de quartier/village) et les relais. Ils oscillent entre le type « rationnel en valeur » et « traditionnel ».

Quelques fois, les trois formes de ressources peuvent s'enchevêtrer sur une même personne. D'ailleurs selon le cahier de charge, un ACS devait être instruit et connu du village, être homme/femme de relations. Sous ce rapport, à quel ensemble appartient les ACS disposant, en même temps, de deux ou trois ressources ? Face à de tels cas, nous prenons comme critère décisif le sentiment personnel d'appartenance à une sous-catégorie pour classer l'individu concerné dans un tel ou tel profil type.

Le développement ci-dessous reprend cette typologie en détail. Elle fait ressortir les spécificités des différentes sous-catégories d'ACS, le sens donné au bénévolat dans chaque profil et l'évolution des attentes des acteurs. La trajectoire sociale des « forces vives » se résume en trois principaux services, techniques, intellectuels et relationnels, antérieurs et postérieurs à leur fonction et qui constituent leurs sources de légitimité sociale.

4.1. Les BRT, une prise en charge paramédicale sans diplôme

Le profil type des Bénévoles Ressources Techniques (BRT) est composé d'accoucheuses traditionnelles, d'agents formés au secourisme et d'étudiants formés dans les écoles de santé en soins infirmiers ou au planning familial. La compétence technique des BRT est certes renforcée par des formations — formelles et occasionnelles — proposées par des responsables sanitaires publics (infirmiers et sages-femmes) ou privés (ONG-intervenants). En revanche, contrairement aux recommandations de l'OMS selon lesquelles les ACS doivent avoir une formation plus courte que le personnel paramédical, certains BRT capitalisent des compétences approfondies provenant à la fois de séries de formations et de l'apprentissage sur le tas. Tous ne tirent pas leurs connaissances des actes paramédicaux du système sanitaire formel.

Les **accoucheuses traditionnelles** ont acquis leurs compétences d'assistance à l'accouchement par transmission maternelle. Les accoucheuses traditionnelles sont issues des populations locales pour qui elles occupent une place de soignantes alternative à celle de centres de santé peu accessibles, occasionnant des décès en cours de route sur des moyens de transport de fortune, charrettes, motos, voitures, etc. Dans ce contexte, elles ont développé, d'une part, des compétences thérapeutiques héritées socialement en matière de suivi de la grossesse et de prise en charge de l'accouchement et, d'autre part, des compétences sociales d'éducation maternelle des jeunes mères concernant la durée d'espacement des tétés, la date du sevrage, l'alimentation des jeunes enfants. Membre permanente du « groupe organisateur de la thérapie » (Janzen et Arkininstall, 1982), l'accoucheuse traditionnelle est ce que l'on peut appeler une « spécialiste sociale », collaborant avec les belles-mères, les grands-mères et les tantes dans le cercle socio-familial pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. La fonction sociale de l'accoucheuse traditionnelle est d'assurer un accompagnement et un assujettissement complet de la mère, du nourrisson et du jeune enfant aux rites, aux croyances endogènes et au patriarcat. En retour du service rendu, elle est gratifiée de rémunérations symboliques telles que des cadeaux en argent, des produits agricoles (mil, arachide, niébé, maïs), des tissus, des vêtements,

des homonymes⁴⁸. Ces acquis sociaux, reposant sur une transaction sociale ouverte à toutes les familles et constituant un « contre- don » symbolique accessible à toutes les bourses, montrent le rôle important de l'accoucheuse traditionnelle dans la reproduction de la société traditionnelle.

La création de la catégorie des **matrones** coïncide avec l'avènement des maternités rurales dans les années 1990 et 2000. Dans le but d'une consolidation de leurs acquis, les accoucheuses traditionnelles ont été formées à l'usage de techniques plus modernes et sensibilisées à l'abandon de la pratique de l'excision. Pour le respect des normes d'hygiène par exemple, l'usage de lames ou de couteaux pour couper le cordon ombilical a été interdit et remplacé par les ciseaux stérilisés. La formation en *reporting* (archivage) des activités effectuées dans un registre et de la construction de locaux dédiés à la maternité rurale ont contribué à formaliser leurs activités. Puis parallèlement, leur nombre a augmenté avec l'arrivée de nouvelles recrues, avec peu ou pas d'expérience en matière de soins, mais ayant néanmoins reçu une formation de courte durée. Cette période des années 90 dite de « **médicalisation de la maternité** » (Hugon, 2005) marque la naissance d'une nouvelle taxinomie de « matrone » en remplacement à celle « d'accoucheuse traditionnelle ». Mais fondamentalement, au sein des matrones on retrouve d'anciennes accoucheuses traditionnelles ou « matrones recyclées » et de nouvelles recrues ou « matrones formées » jouant le rôle « d'assistantes à la maternité ».

Le récit ci-après retrace le début d'une matrone dans la maternité de son village. Elle revient sur son passage au travail à la maison vers le travail dans un établissement de santé, l'évolution des pratiques de soins et le sens qu'elle donne au transfert de son lieu de travail.

« Tout ce que je sais faire c'est ma mère qui me l'a appris. Elle-même elle l'a appris de sa mère. On peut dire qu'aider les femmes du village de Niaming à accoucher est la spécialité de notre famille. Ma grand-mère utilisait un couteau pour couper le cordon ombilical des bébés, ma mère avait une lame. Même-moi j'ai utilisé les lames stérilisées avec du feu de bois. Plusieurs enfants du village sont nés entre mes mains. Nous en avons perdu quelques-uns, ou des mères qui décèdent après leur accouchement, ou encore d'autre qui sont devenues folles. Jusqu'à présent je donne de l'eau bénite aux femmes pour faciliter leurs accouchements. C'est un savoir que j'ai hérité de ma mère.

⁴⁸ Il s'agit de gratifier un individu impliqué dans le processus de la grossesse (octroi d'argent, mis à disposition de véhicule pour le transport, conseils et sensibilisations sur la prise en charge familiale de la grossesse, etc.) du nom du bébé au moment du baptême.

Mais j'ai abandonné l'usage de la lame quand j'ai rejoint la maternité rurale. (...) J'ai été sollicité par le président du conseil rural pour assister la nouvelle sage-femme. C'était un grand honneur pour moi, car cela était pour moi une preuve de reconnaissance » (RDV, AF, femme, aide-soignante, 53 ans, 20 ans d'expérience).

Dans la sous-catégorie des matrones, il y a donc d'anciennes accoucheuses traditionnelles recyclées pour soutenir les sages-femmes. Dans le cas cité, l'engagement repose sur de la sollicitude eu égard à l'expérience sociale. Si l'on en croit Nelly Staderini, la prise en compte des logiques d'engagement et la réponse adéquate aux attentes professionnelles des personnes dépositaires d'un savoir pratique fondent le succès des missions de l'ONG *Médecins Sans Frontières*, dans les zones de guerre et de déplacement massif de populations.

« Dans le cas du programme de MSF [Médecin Sans Frontières] à l'Est du Tchad, l'intégration de matrones soudanaises formées a consisté à les embaucher dans le système de soins offert aux réfugiés. Le problème du recyclage, suivi et évaluation a ainsi été pris en compte et constitue un des fondements du succès de cette mission. » (Staderini, 2011, p. 180-181).

À l'instar des accoucheuses traditionnelles, les aides-soignant·e·s sont, pour la majeure partie, des individus d'âge mûr (30 ans en moyenne) composé·e·s d'hommes en majorité (environ 75 %), **formés par la Croix-Rouge sénégalaise dans le cadre de missions de scoutisme**. Ils y apprennent les bases du secourisme sur un programme composé de huit modules notamment la protection, l'alerte, « la victime s'étouffe », « la victime saigne abondamment », « la victime est inconsciente », « la victime ne respire pas », « la victime se plaint d'un malaise », « la victime se plaint après un traumatisme »... L'objectif est de réduire la vulnérabilité des populations face aux catastrophes.

« Ils y apprennent les bases du secourisme sur un programme composé de huit modules. L'objectif est de réduire la vulnérabilité des populations face aux catastrophes. À l'issue de la formation, les participants obtiennent un diplôme de Prévention et secours civiques de niveau 1 (PCS 1) » (ESS, TS, homme, 44 ans, responsable régional Croix-Rouge).

À l'issue de la formation, les participants diplômés sont libres de partir ou de rester pour transmettre leurs connaissances à d'autres individus. Plusieurs individus ont choisi de devenir des aides-soignant·e·s dans le système sanitaire. Les ACS enquêtés sont donc ceux qui sont

retournés dans la population. Pour montrer ses compétences en santé, le/la récipiendaire de la Croix Rouge se montre disponible pour rendre des services aux populations dès que l'occasion se présente. À l'instar des matrones, les aides-soignant·e·s sont appelé·e·s à assister les infirmier·ère·s dans **l'accueil et l'orientation des patients** dans l'infirmierie ou de se charger des soins de petite chirurgie (plaie, brûlure) dans les **cases de santé villageoises**.

*« Mon rêve était de devenir un médecin. Mais j'ai arrêté l'école après le BFEM (Brevet de fin d'études moyenne) (...). Parce que j'avais échoué trois fois à l'examen. Pour poursuivre mon rêve, j'ai intégré La Croix Rouge. J'ai été formé là-bas. Au retour dans mon village, j'ai pris plusieurs initiatives : faire des pansements de plaies et de brûlures inopinées. Par la suite, j'ai été **sollicité** par le chef de village pour assister l'infirmier d'antan. Je me suis dit que c'était une opportunité pour réaliser mon rêve ! » (RDV, DG, homme, aide-soignant, 33 ans, 9 ans d'expérience).*

Il/elle devient le dispensateur ou la dispensatrice naturelle de soins à domicile surtout quand sa zone ne dispose pas de case de santé. La catégorie d'aide-soignante n'est pas l'apanage des individus formés en secourisme. D'autres personnes, formées dans les écoles de santé, s'intéressent aussi à cette occupation.

L'autre composante des catégories de matrones et d'aides-soignant·e·s, ce sont les étudiants sortis des écoles de santé sans pour autant obtenir de diplômes. Ils deviennent des matrones et/ou des aides-soignant·e·s après avoir déposé un dossier de demande d'insertion dans une structure de santé à l'échelon du district sanitaire. À leur avis, leur implication en tant que bénévoles dans le dispositif répond à la nécessité de pratiquer ce qu'ils ont acquis comme formation théorique dans les écoles afin de ne pas l'oublier. Cette représentation fait d'eux des « ACS par défaut » comme l'illustre le récit ci-dessous.

« J'ai eu le bac depuis 2013. Après j'ai intégré l'institut de santé infirmière pendant 5 ans pour obtenir un diplôme d'infirmière. (...) Oui bien sûr, le diplôme s'obtient après 3 ans. Mais j'ai échoué trois fois à l'examen. J'ai abandonné ! (...) parce que j'avais pitié de mon père qui payait pour moi. Il est âgé, ma conscience ne me permettait plus de lui demander de continuer à payer pour moi. Tu sais chez nous il y a des jets de sorts. Un voyant m'a dit : tu n'auras jamais ce diplôme et le sort t'a été jeté par un membre proche de ta famille. C'est du fait de ça aussi que je n'ai toujours pas de mari. Dès qu'un homme s'approche de moi quelque temps après il commence à me dégoûter. Je

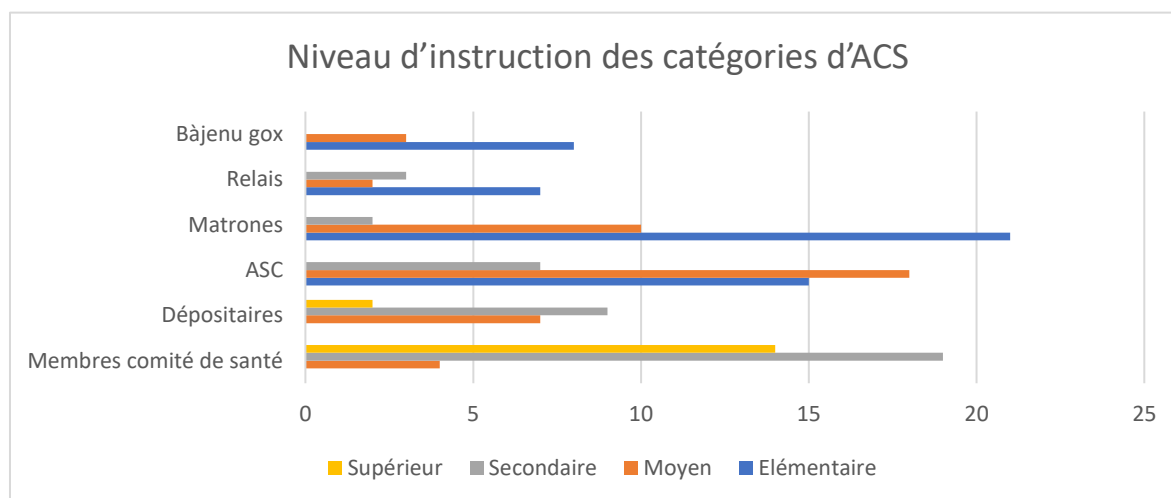
le chasse comme un chien ! (Yeux abaissés, elle se tourne sur le côté gauche pour dissimuler son désarroi)... Voilà ! (Elle se racle la gorge, inspire et expire profondément) » (RDV, FN, femme, aide-soignante, 27 ans, 5 ans d'expérience).

Les BRT sont attachés au métier de soignant paramédical sans que leurs compétences ne soient sanctionnées par un diplôme.

4.2. Les BRI, des écrivains publics et des lecteurs en privés

Dans la société sénégalaise, composée de près de cinq millions quatre-vingt-treize mille trois cent vingt-neuf (5 093 329) analphabètes soit un taux de 54,6 % dont 62,3 % chez les femmes et 37,7 % chez les hommes (RGPHAE, 2013), savoir lire et écrire sont des ressources rares, surtout dans les zones rurales comme l'illustre le graphique ci-dessous, produit via Excel à partir de la base de données que nous avons recueillies auprès des associations d'ACS et des responsables des soins primaires des districts enquêtés (*cf. supra*).

Tableau n° 7: Répartition du niveau d'études suivant chaque sous-catégorie



Les Bénévoles Ressources Intellectuelles (BRI) sont composées de gestionnaires trésoriers mandatés par les municipalités. Ils ont, généralement, un niveau d'instruction plus élevé que les autres sous-catégories d'ACS commençant par le moyen et atteignant le supérieur. Ce sont des personnes souvent réputées pour leur disponibilité à éclairer la lanterne des voisins concernant les difficultés à se procurer des actes de naissance, à rédiger des plaintes ou même effectuer un simple acte de traduction de lettres ou de lecture de messages. Grâce à ce service, ils estiment être des personnes de confiance à qui les populations se confient et qu'ils conseillent. Dans le domaine de la santé singulièrement, les BRI ont commencé à s'intéresser

à la question de l'accessibilité des services de santé lorsqu'ils ont commencé à partager les difficultés des populations à acheter tous les médicaments prescrits. À défaut d'être en mesure de payer les médicaments prescrits, les patients demandent l'avis des BRI pour identifier les médicaments à privilégier par rapport aux autres. Ce rôle de prescripteur secondaire, qu'ils se sont subitement vu assigner, est d'autant plus important à leurs yeux dans un contexte sénégalais où le faible niveau d'instruction des femmes constitue un frein pour le respect des normes de la biomédecine et une porte ouverte à l'automédication.

Outre le tri des médicaments à acheter et à ne pas acheter, des rumeurs courent sur les programmes et les projets. Marème Diallo (2018) en a identifié quelques-unes, parmi lesquelles on retrouve la thèse de la planification familiale voilée, de la dissémination de nouvelles maladies pour enrichir l'industrie pharmaceutique occidentale, ou encore pour favoriser l'impuissance des garçons. Ces conceptions sont souvent attribuées à la tradition et au manque d'instruction.

Cependant, l'analphabétisme des habitants n'est pas la seule cause de ces rumeurs. Le manque de confiance des populations vis-à-vis des professionnels de santé (personnels soignants et vendeurs de pharmacie) explique le réflexe de vérification auprès d'une tierce personne. C'est en ce sens que les BRI sont consultés pour discerner entre « médicaments essentiels » et « médicaments factices » prescrits dans une ordonnance, en tenant en compte de la bourse du malade ou de sa famille.

« J'entendais souvent les gens dire que l'argent du poste a été dilapidé par untel, par-ci par-là. Que le centre n'avait pas de médicaments. Que le personnel ne fût pas accueillant en plus il prescrit des ordonnances kilométriques. Et je vous assure que tout était vrai parce que moi-même j'étais sollicité par certaines pour les aider à choisir les médicaments à acheter sur leurs ordonnances. Les populations étaient convaincues que le personnel soignant et les pharmaciens étaient de mèche pour leur soutirer de l'argent. Pendant un moment je me suis dit basta quoi ! Il faut qu'on sache ce qui se passe. Je suis allé voir le chef de quartier. Tous les deux, nous nous sommes rendus au centre de santé pour discuter avec le médecin. Il nous avait fait comprendre la situation selon laquelle si « les habitants ne fréquentent pas l'hôpital, le service risque de se dégrader de plus en plus. C'est avec l'argent de la consultation et de la vente des médicaments que les établissements de santé assurent la qualité du service ». Il avait fini par nous demander si l'on pouvait faire un geste pour améliorer ce climat de méfiance. Après je

suis allé discuter de la situation avec GT qui lui aussi était un acteur du développement. Et c'est à partir de là que nous sommes engagés à chercher des fonds pour soutenir le centre de santé. C'est par la suite que nous avons intégré le comité de santé... » (RDV, FN, homme, 42 ans, membres comité de gestion, 8 ans d'expérience).

Tous ces éléments, à la fois objectifs et subjectifs, ont permis aux BRI de se présenter comme les « intellectuels du quartier/village ». En assumant ce pouvoir de domination symbolique, ils envisagent d'apporter leurs contributions à la sensibilisation des populations locales pour les faire adhérer aux programmes de santé. Ils comptent parallèlement contribuer à la transparence dans la gouvernance des établissements de santé.

4.3. Les BRS, des animateurs de la cohésion sociale

Les relais et les *bàjjenu gox* sont attendus là où le personnel soignant n'arrive pas à couvrir compte tenu de leur incompétence sociale (barrière linguistique) ou simplement de leur manque de temps (activités administratives : réunions périodiques, formations, etc.). En effet, il est monnaie courante de rencontrer un mobilisateur ou une mobilisatrice des habitants dans chaque quartier/village en Afrique. Au Sénégal, nous allons parler spécialement des rassemblements autour des associations sportives et culturelles de quartier/villages et des groupements féminins de solidarité intergénérationnelle qui concernent respectivement les relais et les *bàjjenu gox*. Les Bénévoles Ressources Relationnelles (BRR) sont les *bàjjenu gox* (marraine de quartier/village) et les relais qui disposent d'une grande expérience dans l'entretien de relations sociales. Ils représentent, dans la conscience collective des populations, un symbole d'intégrité, de loyauté et de confiance. Eu égard à ce sentiment de sécurité que les BRS suscitent auprès des habitants, ils apparaissent comme des prescripteurs de comportements.

« Je suis debout pour mon quartier. Je donne de mon temps pour le rayonnement des habitants de ma localité durant les compétitions de football, de lutte, de danse, de théâtre, de génie en herbe, en santé. D'antan, je me rendais dans chaque maison pour dénicher des talents de jeunes, d'adultes, de femme pour former les équipes respectives. Parfois, je mène des négociations pendant des jours pour essayer de convaincre les tuteurs des personnes ciblées. Tu sais ici, ce n'est pas facile ! Les regroupements des personnes convoquées pour une activité se tiennent généralement chez moi et peuvent durer un ou deux jours. Je discute avec les chefs de ménages de la nécessité de soutenir financièrement les équipes mises en place. Les personnes âgées sont quant à elles

conviées à participer sur le plan mystique pour faciliter les victoires (Sourire !). Cela en fait partie aussi ! J'ai donc l'habitude d'interagir avec toutes les couches de la population. J'ai la capacité de mobiliser les personnes grâce à ma connaissance des habitants qui me donne un vaste réseau de communication avec toutes les générations : jeunes, adultes, personnes âgées. C'est le même travail que j'effectue en tant que relais communautaire. [...] J'aide les personnes à se souvenir de leur devoir sanitaire » (RDV, AD, homme, 45 ans, relais, 13 ans d'expérience).

« Je suis une « femme ressource » ! Je bénéficie d'un regard social valorisant grâce à mon comportement exemplaire dans mon ménage, dans mon travail ou dans ma famille. Mashallah ! J'organise des rencontres de cotisations pour garantir une solidarité entre des femmes de même génération⁴⁹. Cette pratique est très ancienne. Elle était une réponse à l'inaccessibilité des femmes au microcrédit. La mise en place se fait par une sensibilisation de proximité communément appelée le porte-à-porte. Durant cette visite, je décline les modalités d'adhésion et la fréquence des cotisations aux autres femmes qui souhaiteraient y participer. Une fois un quorum atteint, les rencontres se font suivant les modalités prédéfinies, c'est-à-dire une fois chaque mois ou une fois chaque semaine. Soient elles se tiennent tour à tour chez chaque membre, soit elles se font que chez moi. Je suis, de ce point de vue, un relais privilégié auprès des femmes mariées qui sont les cibles clés de la Santé maternelle néonatale et infantile » (RDV, CF, femme, 54 ans, bàjjenu gox, 6 ans d'expérience).

La capacité de rassembler les populations autour d'un objectif commun est une ressource qui fait défaut chez les BRT et les BRI. Elle représente la singularité des BRR et les valorise par rapport aux autres acteurs en face.

La trajectoire sociale des individus avant de devenir des ACS est principalement caractérisée par des relations de services mutuels. Ces dernières étaient fondées sur un système de don contre-don, de rétributions symboliques après coup de l'individu rendant service par les membres de famille bénéficiaires des services. Les contre-dons peuvent être en nature ou en espèces suivant la convenance des bénéficiaires dans chaque localité, dans chaque famille. Par exemple, à Kaolack, le bassin arachidier du Sénégal, les familles bénéficiaires de services ont tendance à offrir de l'arachide ; alors qu'à Kolda le contre-don est purement symbolique,

⁴⁹ Ici la notion de génération est plutôt caractérisée par le mariage. Les femmes ayant franchi cet événement social ou rite de passage deviennent des « Ego ».

comme de changer le nom de l'ACS pour établir une parenté sociale, voire pour nouer des alliances matrimoniales.

Trois profils types d'ACS œuvrent donc dans le bénévolat sanitaire avec respectivement des ressources techniques, intellectuelles et relationnelles. La diversité des ressources témoigne également de l'hétérogénéité des trajectoires biographiques. Ils vont de l'attachement aux métiers paramédicaux jusqu'à la capacité d'animation des activités communautaires, en passant par les conseils à propos de la sécurité et de l'accessibilité des services de santé. En un mot, ils sont des individus non diplômés en santé pour qui la réussite individuelle demeure une préoccupation encore vivace.

Conclusion chapitre 2

Ce chapitre montre comment le travail bénévole s'inscrit dans les trajectoires biographiques des ACS. L'avènement du bénévolat comme innovation sociale visant à développer une solidarité communautaire a produit des effets sociaux et individuels donnant lieu à une sorte de « référentiel endogène du bénévolat ». Même si des individus dits « serviables » ou « exemplaires » étaient à la base de la pratique du bénévolat, la « domestication » du rôle d'ACS l'orienta vers la quête de statut. Qualifier leur bénévolat de « travail » présente un double intérêt : i) il permet d'appréhender les comportements des ACS sous l'angle de la sociologie du travail. La pratique bénévole des ACS est un travail avec des caractéristiques objectives (densité et permanence) et subjectives (perçues et vécues comme telles par les acteurs) ; ii) Il permet en outre d'analyser la cohabitation entre ACS aux motifs d'engagement différents et inégalement intégrés dans le système sanitaire.

Les trajectoires biographiques décousues tendent à disjoindre l'engagement bénévole et le *give back to community*. On constate une forme de bénévolat vécue comme un moyen privilégié pour des individus de donner corps à leurs aspirations professionnelles (Ferri, 1988 ; Prouteau, 1999). L'engagement bénévole dans le domaine sanitaire au Sénégal se fonde donc sur un malentendu fonctionnel : si les instances nationales et internationales ont parié sur les compétences sociales, techniques et intellectuelles des ACS pour disposer d'une main d'œuvre semi-qualifiée et suppléer au personnel soignant dans les centres et les cases de santé, du point de vue des ACS les besoins de la population appellent au contraire la formalisation et la transformation statutaire de leur rôle social. Cette domestication du rôle d'ACS traduit une bifurcation biographique (Mc Donald, 1996 ; Grossetti, 2006) reposant sur trois principaux *turning points* : la trajectoire d'implication (redevabilité), la trajectoire matrimoniale (augmentation des charges) et l'orientation professionnelle (projection dans le métier d'ACS).

Toutefois, les ACS sont inégalement intégrés dans le système sanitaire : les BRT et les BRS sont mieux intégrés dans l'exécution des tâches sanitaires mais moins rémunérés que les BRI. Cette inégale intégration justifie un jeu de légitimation auprès du public. Nous verrons comment la formalisation du bénévolat par les responsables institutionnels remodèle la structure traditionnelle du lien social entre les habitants d'une même localité. Nous verrons aussi les stratégies différenciées des ACS pour entretenir voire faire fructifier leur capital d'autochtonie.

CHAPITRE 3 — UN CAPITAL D'AUTOCHTONIE STRATÉGIQUE

La légitimité des ACS est avant tout charismatique et se situe dans la continuité de la pratique de « l'exemplarité » ancrée dans les sociétés africaines post coloniales. Nous avons identifié précédemment trois sources de légitimité charismatique (intellectuelles, techniques, relationnelles) qui accordent à chaque ACS une autorité relative dans ses interactions avec les populations autour des enjeux de la santé. Dès lors, des ACS aux sources de légitimités différentes peuvent cohabiter et partager des aspirations professionnelles compatibles.

La proximité des pairs et le désir d'accomplissement de soi conduisent les ACS à percevoir les communautés locales comme étant abstraites et de plus en plus illusoire et accordent plus de crédit aux relations amicales, professionnelles (liens faibles), au détriment des relations ethnolinguistiques (liens forts). Cette configuration vient complexifier davantage le lien social entre les ACS et les habitants locaux. D'autant que la légitimité dont jouissent les ACS ne se limite pas uniquement à la détention d'une ressource socialement valorisante, elle s'abreuve également de leur ancrage dans le tissu social traditionnel local. Mark Granovetter (1973) dégage quatre critères pour expliquer l'importance accordée aux liens faibles sur les liens forts : la fréquence des échanges, l'importance des services réciproques, l'intimité et l'intensité émotionnelle. L'ACS pencherait davantage du côté des avantages structurels offerts par les membres du groupe plutôt que du côté de ceux provenant de la population, alors que, parallèlement, il faut être et rester populaire pour assoir l'utilité sociale de la fonction ACS.

Si dans le chapitre précédent nous avons mis en exergue les différentes trajectoires biographiques ayant contribué à la définition de types de bénévolat, en revanche, nous n'avons évoqué que de manière ténue la place des attributs sociohistoriques des individus dans leur relation aux populations locales. En effet, en plus des sources de légitimité individuelle, il existe des sources de légitimité collective des ACS (comme les différents modes de sélection ou les mutations familiales). Ainsi, des positionnements ambivalents sont à l'œuvre dans la construction de la légitimité d'ACS au travers des « tribunes d'affiliation/désaffiliation », c'est-à-dire des séries d'interactions concrètes durant lesquelles l'individu montre son dévouement ou non pour la cause de la population locale. Elles opèrent comme logiques de priorisation des appartenances dans la quête de légitimité individuelle locale et servent de tremplin pour l'affirmation dans l'arène communautaire comme acteur autonome dotés d'un capital social populaire (Rétière, 2003 ; Michel, 2011), ou « capital d'autochtonie » (Piermay 2012).

L'intérêt du concept de « capital d'autochtonie » a été relevé pour la première fois par Jean-Claude Chamboredon et Michel Bozon (1980). Pour ces deux sociologues, il s'agissait de nommer la ressource symbolique que représentait, pour des migrants des classes populaires ayant quitté la campagne pour la ville, leur statut d'originaire du « pays » dans la concurrence pour l'accès aux réserves de chasse. Parler de l'autochtonie revient à déplacer le curseur sur un autre segment de la problématique du bénévolat dans le domaine sanitaire. C'est celui mettant en relief l'ancrage social par le don de soi pour les populations et les aspirations de professionnalisation. Plusieurs études ont appréhendé cette problématique suivant l'attachement au foncier, les processus identitaires ou le partage des lieux de socialisation (Détienne, 2003).

En analysant le passage des villages aux villes dans les sociétés africaines suivant une perspective géographique, Jean-Pierre Piermay (2012) nous apprend que l'autochtone, « celui qui est d'ici », est en effet fondamentalement celui qui revendique de manière symbolique et matérielle un lien d'alliance avec la terre. En guise d'exemple, l'auteur relate, en citant les travaux de Cheikh Gueye (2002), qu'à Touba (Sénégal), il n'y a nulle trace d'une autorité coutumière ; le lieu est celui de *Borom Touba* (« le propriétaire de Touba »), c'est-à-dire Cheikh Amadou Bamba, fondateur de la confrérie Mouride. Le pouvoir charismatique de celui-ci permet au khalife général d'exercer une autorité incontestée sur les terres, qu'il urbanise et attribue aux disciples mourides. En quelque sorte, en ce lieu chargé de symboles sacrés, « *la confrérie est parvenue à déborder de manière radicale la frontière de l'autochtonie* » (Piermay, 2012, p. 9). Loin d'être un archaïsme, cette manière de procéder à Touba constitue une réponse moderne à un contexte de compétition urbaine et d'insécurité (Hilgers, 2011).

Jean-Noël Retière, dans son article *Autour de l'autochtonie. Réflexion sur la notion de capital populaire* (1993), analyse la place centrale que revêtent, pour les classes populaires, le fait et/ou le sentiment d'enracinement local dans la participation à la vie publique, au double sens de l'engagement et de l'intérêt *a minima* manifesté pour la chose publique. En esquivant la morphologie des sociétés ayant servi de creuset pour le socialisme et le communisme, ces travaux centrés sur les faits locaux de sociabilité convergent vers une définition nouvelle de la localité, non plus en termes de réalité visible bornée par des frontières, mais en termes de système d'actions. Nous nous inscrivons dans cette perspective en postulant que l'autochtonie est une construction sociale. On ne naît pas autochtone on le devient, en démontrant son utilité sociale, l'étendue de son carnet d'adresses et son ancrage dans les activités de la localité.

De quoi le capital d’autochtonie est-il composé ? Comment opère-t-il ? Quels sont les soubassements de son amplification et/ou de sa déliquescence ? Un tel questionnement permettra de comprendre en quoi le capital d’autochtonie est un enjeu dans les interactions socio-sanitaires qui sous-tendent le lien social. Les analyses sur le lien social en Afrique s’assimilent souvent au cadre bipolaire tradition et modernité (Farrugia, 1997 ; Akindès, 2003), entre le communautarisme et l’individualisme. Sans entrer dans ce débat entre le local et le global⁵⁰, notre approche s’inscrit plutôt dans l’analyse de l’innovation sociale qu’introduit le travail d’ACS par un déplacement du centre de gravité du lien social. Il est de plus en plus construit à partir de l’individu affilié à une néo-communauté et de moins en moins hérité des communautés locales (*cf.* introduction).

Socialement, les logiques de solidarité se recomposent en créant un flou sur les idées en vigueur concernant l’implication des acteurs locaux dans des activités à caractère collectif. En suivant l’exemple de Sylvain Faye (2017), une anthropologie symétrique sera adoptée selon laquelle on regardera des deux côtés (ici individu et habitants) sans concéder de privilège épistémologique ou ontologique à l’un d’entre eux (Latour, 1991). À travers la construction de sens recueilli auprès des parties prenantes, nous appréhendons la place du capital d’autochtonie dans la construction de la présentation de soi et d’autrui entre les ACS et les populations locales.

L’observation des scènes d’interactions et l’analyse de contenu des *focus groups* menés auprès des ACS et des femmes en âge de procréer ont servi de matériaux d’analyse dans ce présent chapitre. Les données exploitées sont issues des observations des interactions sanitaires, à la fois, dans les établissements de santé (stratégies fixes) et auprès des habitants (stratégies avancées). Elles ont porté sur les relations dans des scènes mettant en jeu des groupes en face à face ou plusieurs groupes intervenant en matière de santé. Et elles ont permis de comprendre les attitudes des ACS, leurs positionnements (affiliation ou désaffiliation) dans chaque situation d’interaction ainsi que le jeu d’usage du capital d’autochtonie qui sous-tend ces négociations. L’analyse des informations tirées des *focus groups* nous a permis d’interpréter les relations observées suivant une perspective de socio-anthropologie du développement (Long et Long, 1992 ; Olivier de Sardan, 2001 ; Ridde, 2011), pour en déduire l’état des lieux du lien social entre les ACS et les populations locales.

⁵⁰ Voir à ce sujet les travaux de Monder Kilani, 2012 et d’Arjun Appadurai, 2015.

Dans un premier temps, nous proposons une cartographie des acteurs sociaux mobilisés pour améliorer la santé locale au terme de laquelle nous faisons la distinction entre saisonniers et permanents, entre groupe mandaté et groupe non mandaté [section 1]. En nous focalisant sur les modes d'acquisition et de préservation, nous montrons, dans un second temps, en quoi le capital d'autochtonie est un pouvoir reposant sur un construit social à l'initiative d'un individu lambda. À ce titre, il est accessible à toute personne — autochtone ou allochtone — faisant montre d'une compétence à établir et à entretenir des relations sociales susceptibles de renforcer sa cote de popularité et ses rapports avec les différents groupes sociaux en présence [section 2]. Dans un troisième temps, nous nous attachons à déceler les formes d'amplification du capital d'autochtonie par des ACS reposant sur divers acteurs dont ils se sentent redevables eu égard à leur implication dans le dispositif de santé communautaire [section 3]. Ensuite, dans un quatrième temps, nous montrerons les formes d'usage du capital d'autochtonie ainsi que leurs enjeux intrinsèques. Dans cette perspective, il s'agira d'analyser de manière symétrique les discours — catégories émiques — autour des notions de « bénévolat » et de « communautés locales » afin de mettre à jour les conceptions réelles sur le lien social [section 4]. Enfin, dans la conclusion nous proposerons une définition du bénévolat à l'aune des formes d'alliances stratégiques auxquelles les ACS font recours pour faire fructifier leur capital d'autochtonie.

1. Cartographie des acteurs sociaux mobilisés pour améliorer la santé

Les ACS ne sont pas les seuls à intervenir dans le domaine de la santé communautaire, cette cartographie permet de distinguer leur particularité par rapport aux autres groupes en présence. Qui sont ces autres acteurs sociaux ? Sont-ils des individus singuliers ou des groupes ? Ce sont rarement des individus isolés mais plus des regroupements d'individus qui participent à l'effort de prise en charge de la santé locale.

Les groupes ne reposent pas sur les mêmes socles, mais la littérature permet de mettre en lumière des critères généraux pour faire ressortir les caractéristiques spécifiques à ceux-ci. Dans ce que Guillaume Courty (1997) nomme « l'art de se rassembler », il invite à examiner prioritairement ce qui « rassemble », ce qui permet aux membres de « converger » et de se considérer comme des « semblables ». L'enjeu du fondement d'un groupe pour les futurs membres réside dans leur identification aux autres, comme pairs ou comme modèle, le turnover des membres résultant de ces opérations de reconnaissance successives, abouties ou inabouties (Courty, 2006, p. 57). Cette démarche analytique permet d'éviter deux écueils :

«faire comme si le groupe avait existé de tout temps, mais dans le silence de l'objectivité [...] ou, à l'opposé, faire comme si l'existence du groupe datait du jour où est institué le nom qui le désigne en propre et où se sont forgés les instruments de sa représentation et de son dénombrement » (Boltanski, 1982, p. 51).

Nous serons attachés ici à rendre compte des processus d'unification institutionnelle et substantielle (contours objectifs et précis). Cette double exigence nous amène à nous intéresser aux structures représentationnelles (Abric, 1994 ; Renard et *al.*, 2012) des composants du groupe ACS, mais également à celles véhiculées par les membres des autres groupes. Car sur l'échiquier de l'espace public sanitaire local, la structuration des groupes intervenant n'est pas la même : si certains sont mandatés par les pouvoirs publics pour intervenir dans la prise en charge de la santé, pour d'autres les activités sanitaires occupent une infime partie de leur activité, ou se font dans un espace privé. De ce fait, « groupe mandaté » et « groupe non mandaté » œuvrent concomitamment, mais de manière séparée, à l'amélioration de la santé globale des populations.

Pour Hughes, la notion de « mandat » revient pour le groupe professionnel à se considérer *« comme l'instance la mieux placée pour fixer les termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature, et pour définir les grandes lignes, des politiques publiques qui s'y rapportent »* (p. 109 -110). De ce point de vue le mandat suppose une tension entre la spécialisation d'un métier et son utilité sociale (Vézinat, 2016), mais aussi entre les pouvoirs publics (instances étatiques) et privés (initiatives des particuliers). À côté de ce « mandat » actif décrit par Hughes, nous donnons à la notion de « mandat » une signification passive, plus contraignante pour les acteurs, c'est-à-dire nous analysons, *in fine*, le rôle du « mandat », entendu de manière triviale comme l'exécution des programmes par les ACS initiés par des instances officielles (État, ONG et institutions internationales), dans la formation ou l'effritement de la vocation bénévole au Sénégal. L'objectif est d'établir la différence entre les pratiques des ACS et celles des autres acteurs présents dans le champ de la santé communautaire.

Les ACS conçoivent peu le contenu de leurs activités. Ils reçoivent très souvent des directives des autorités sanitaires chargées de penser et d'orienter les politiques publiques de santé. C'est à ce titre qu'ils sont des mandataires du pouvoir public, contrairement aux autres groupes locaux, qui conçoivent de bout en bout le contenu de leurs activités sanitaires. En revanche, être mandataires du pouvoir public ne rend pas forcément les ACS plus légitimes. La cartographie

des intervenants dans l'amélioration de la santé globale permettra donc d'examiner l'articulation des apports des uns par rapport aux autres, ainsi que leurs effets sur les formes de légitimation sur le plan local.

1.1. Les groupes non mandatés dans le privé : un apport trop négligé

Les « groupes non mandatés » sont un ensemble d'individus partageant une même situation sociale, une même croyance et œuvrant dans une même direction de manière singulière ou en groupe tout en entretenant des interactions sanitaires occasionnelles. Ces initiatives d'améliorer la santé maternelle et néonatale se déroulent volontairement sans injonction des professionnels de santé ni « mandat » de l'État et s'inscrivent donc hors du circuit classique d'analyse de l'action publique. Dans ce lot se trouvent des personnes vivant en communauté réduite, dont le sentiment d'appartenance commune se fonde sur le partage d'une même situation socioculturelle ou d'une même croyance religieuse.

Les communautés culturelles sont composées de femmes (*dimbatul*) capables d'influencer les recours thérapeutiques. Elles effectuent des activités sanitaires ritualisées : les rites d'offrandes des *dimbatul* (1 fois/an), les cérémonies de baptêmes pour les grands-mères-cheffes de *mbumba*. Un *dimbatul* c'est un groupe de femmes stériles, qui ne peuvent pas enfanter. Elles se regroupent annuellement pour un rituel de prière rythmé par des chants et des danses pour demander à des êtres surnaturels de leur accorder la bénédiction d'avoir un enfant. Les *dimbatul* sont des membres de comité de veille et d'alerte communautaire (CVAC) dont le rôle est de sensibiliser les femmes en âge de procréer sur les avantages du recours précoce aux consultations prénatales et du suivi des consultations postnatales. Le sentiment de ne pas avoir d'enfants renforce leur engagement à aider les femmes qui en ont à mieux les prendre en charge. Cette forme de mobilisation est basée sur un engagement vocationnel par intermittence, ancré dans la culture *Fulakunda* (frange des Peuls du Sénégal oriental). Dans le même sillage, les grands-mères-cheffes de *mbumba* sont aussi des personnes-ressources pour la prise en charge précoce de la grossesse et des cas de paludisme chez la mère et l'enfant, surtout dans un contexte de recrudescence de la maladie (Duthé, 2008). Le *mbumba* traduit en langue Peul la chambre de la grand-mère ou de la belle-mère. C'est une case fait en banco et couverte de paille. Elle comporte deux lits, l'un pour la grand-mère et l'autre pour la femme enceinte, ou la parturiente avec son enfant. La proximité entre elles fait de la grand-mère une personne stratégique dont la parole est écoutée. C'est elle qui décide du moment opportun du recours thérapeutique, de la gravité de la maladie pour l'enfant et de l'importance d'acheter tout ou partie des médicaments.

Très écoutées par les époux, les belles-mères partagent leur expérience entre elles pour sensibiliser les maris et les femmes au recours précoce aux soins, afin d'améliorer la prise en charge de la grossesse.

Les communautés religieuses kaolackoises dirigées par des descendantes de famille religieuse, appelées *zeyda*, sensibilisent les disciples à l'occasion des rencontres hebdomadaires (tous les vendredis) de nature religieuse, pour chanter ensemble. Ces autorités religieuses confrériques plaident l'abstinence auprès des femmes en âge de procréer, pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH. Dans le même esprit, les sœurs infirmières de l'Église catholique dans les dispensaires caritatifs des zones rurales proposent des services curatifs à moindre coût aux familles les plus démunies. Les familles (mères et enfants) bénéficient de consultations gratuites et de médicaments gratuits. Dans un contexte où les patientes éprouvent des difficultés à acheter les médicaments prescrits par les agents des établissements publics de santé, le maillage national des communautés religieuses offre de véritables alternatives de soins pour les parents les plus démunis.

Les actions des « groupes non mandatés » sont appréciées par les populations, elles y voient l'expression de convictions religieuses et culturelles et un service rendu. En revanche, la circonscription des services dans des cercles de connaissance restreints, le caractère ténu et ponctuel du rôle des communautés culturelles ou religieuses, ainsi que leur localisation excentrée justifient l'absence d'ordonnance institutionnelle pour ces acteurs. De plus, certaines informations thérapeutiques que ces actrices prodigues aux FAP orientent tantôt vers la biomédecine tantôt vers la médecine traditionnelle, alors que les informations thérapeutiques des « groupes mandatés » (les ACS) orientent exclusivement vers la biomédecine.

1.2.Le groupe mandaté : l'apport des ACS dans l'espace public

Contrairement aux groupes non mandatés, les membres des « groupes mandatés » appartiennent à des classes d'âge et des sexes différents. La participation des membres repose sur une adhésion volontaire, répandue dans les quartiers/villages et sur une reconnaissance juridique (récépissé d'organisation de la société civile). Dans le domaine sanitaire particulièrement, l'intérêt commun repose sur la nécessité de légitimer le métier d'ACS en développant des liens dans l'espace public local. Objectivement, les ACS appartiennent à la même catégorie socioprofessionnelle des acteurs communautaires de santé. De plus, ils entretiennent des rapports sociaux ponctués d'activités (prévention et promotion de la santé) et dans des espaces

d'intervention (espaces sanitaires) identiques. En cela s'ajoute, le fait qu'ils se définissent comme des ACS - individuellement et collectivement - et ils sont définis par les professionnels de santé et les populations comme étant des ACS. Il existe donc une différence notable entre les deux types de groupes : le groupe non mandaté où les questions de santé sont périphériques ou sporadiques dans l'objet des rencontres ; le groupe mandaté dans lequel les individus nouent des interactions concrètes en vue de mener des actions collectives centrées sur les questions sanitaires.

De ce fait, l'apport du groupe mandaté des ACS dans l'amélioration de la santé locale est souvent retenu sans que celui-ci ne comptabilise la valeur ajoutée des activités effectuées par les groupes non mandatés. En faisant ressortir la structure de ces deux types de groupes, nous avons établi les caractéristiques dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 8 : Comparaison des groupes intervenants dans la santé communautaire

<i>Dimensions et indicateurs</i>	<i>Formes de groupes</i>	
	<i>Groupe non-mandaté</i>	<i>Groupe mandaté</i>
<i>Individuelle</i>		
- <i>Conviction morale</i>	- Culturelle	- Républicaine
- <i>Redevabilité</i>	- Religieuse	- État
	- Divin	- Collectivités territoriales
		- Personnel soignant
<i>Sociale</i>		
- <i>Intensité interactions</i>	- Faible	- Forte
- <i>Fréquence activités</i>	- Intermittente	- Permanente
- <i>Sphères d'action</i>	- Semi-publique	- Publique
<i>Économique</i>		
- <i>Aspiration</i>	- Bénévolat	- Salarial

Le tableau montre que les membres des groupes non mandatés s'identifient à des convictions morales, culturelles et religieuses, ils partagent le principe du « don échangé et de l'obligation de rendre » (Mauss, 1980, p. 154) entre les individus et une divinité abstraite. Sur le plan social, l'intensité de leurs interactions est faible, et les activités intermittentes. Ils œuvrent dans une sphère semi-publique, c'est-à-dire que les membres mènent concomitamment des activités publiques et privées. Leur aspiration est de rester des bénévoles œuvrant pour Dieu à travers des actes d'assistance aux populations.

Les membres des groupes mandatés, en l'occurrence les ACS, fondent leurs actions sur une conviction républicaine⁵¹ et attendent une reconnaissance des acteurs institutionnels et organisationnels. Les interactions sont denses et s'effectuent de manière permanente, dans l'espace public exclusivement. Ils recherchent une opportunité de salariat et d'insertion professionnelle dans le système sanitaire public. C'est aussi chez eux qu'on retrouve la propension à s'organiser en association ou en fédération (*cf. infra*, chapitre 5).

En somme, le rôle des ACS est un progrès social en ce qu'il a permis à des femmes et des hommes fondés en légitimité de prendre en charge la santé des femmes et des enfants dans le champ public. La pratique du bénévolat s'exerce également en Afrique dans les champs religieux (association caritative, *dahira*, *xadra*, *thiant*, etc.) et culturel (*dimbatul*, *wambordu*), mais du fait du caractère privé de leurs activités, les actions sont rarement analysées sous l'angle public. Ce cloisonnement entre les apports des acteurs non mandatés (religieux et culturels) et ceux des acteurs mandatés (ACS) dans la prise en charge de la santé locale amoindrit la compréhension de l'utilité sociale des ACS et fausse d'emblée les comparaisons de leurs performances. C'est sans doute cette disjonction des légitimités locales qui explique la nécessité pour les responsables sanitaires de démultiplier les acteurs pour la mise en œuvre de certains programmes afin de pallier, quelquefois, la carence de légitimité des ACS. Placés au « ras du sol », les acteurs non mandatés sont mobilisés pour favoriser l'appropriation de certains programmes sensibles spécifiques (comme la contraception) ou l'abandon de certaines pratiques traditionnelles (comme l'excision).

Toutefois, si l'instrumentalisation du fait communautaire (Sainsaulieu, Salzbrunn et Amiotte-Suchet, 2010) par les groupes non mandatés n'est que faiblement orientée vers l'espace public, la stratégie des ACS s'inscrit pleinement dans le reformatage de l'action publique, notamment du fait de leur utilisation du capital d'autochtonie. Cependant, la liste des intervenants locaux légitimes ne cesse d'évoluer car, outre les ACS autochtones, les ACS néo-arrivants disposent aussi d'un capital d'autochtonie, différencié.

2. Un capital d'autochtonie partagé entre autochtones et néo arrivants

Selon Jean-François Bayart (2001) la question de l'autochtonie revient de manière récurrente, avec véhémence, voire avec violence, dans le débat politique en Afrique. Au Sénégal

⁵¹ Les travaux de Momar Coumba Diop (2003) sur l'histoire sociale et politique du Sénégal depuis les indépendances montrent que cette séparation n'opère pas toujours dans la vraie vie. Dans certains domaines, par exemple dans le jeu politique, le religieux a une présence qui peut être influente.

cependant, le marqueur le plus fort dans la différenciation entre les individus est celui de la provenance et repose sur une bipolarisation entre les citadins et les villageois : *nittu taax ak nittu kaw gua* (citadin versus paysan). L'autochtonie n'est pas une source de conflits ou d'oppositions, comme ce fut le cas au Cameroun entre Nyonkon et Bamiléké, ou entre Utu et Tutsi au Rwanda, Kalenjin et squatters au Kenya, etc. (Bayart, *op.cit*). Au contraire, elle constitue plutôt une voie d'intégration sociale. Par exemple, une personne étrangère ou néo-arrivante dans une localité est considérée comme « autochtone » si elle fait montre d'un esprit de partage durable. En assimilant la grammaire sociale et les codes de conduite morale du nouveau milieu, le nouvel entrant s'engage à plaider la bonne cause du développement auprès des habitants.

Par capital d'autochtonie nous entendons ici un ancrage social durable valorisant les activités d'un individu dans ses relations interpersonnelles (Rétière, 1993). Le capital d'autochtonie est donc une source de légitimité sociale provenant à la fois du charisme individuel et des relations traditionnelles autorisant un individu à mobiliser des personnes autour d'un objectif collectif au sein d'une population donnée. En ce sens, les ACS disposent d'un « capital d'autochtonie » qui n'est pas forcément bâti sur l'hégémonie foncière des familles cotées (ou *yax bu rëy*), mais plutôt sur le personnage fédérateur et conciliant qu'ils incarnent auprès des populations.

2.1.L'importance de la symétrie dans la relation avec les habitants

Le capital d'autochtonie des ACS se construit par l'entretien de relations sociales construites objectivement. En d'autres termes, le capital d'autochtonie n'émane pas de la perception *stricto sensu* du personnage individuel, mais accorde plutôt une place privilégiée aux représentations des « autrui-significatifs » (Mead, 1963) avec qui il est en interaction. Cela a déjà été souligné par Selman Launcman (2007) dans le cas des ACS brésiliens pour qui le travail d'intermédiaire présente de nombreuses facettes, et, de ce fait, les met en contact avec les différents acteurs présents dans l'espace public. Pour évaluer leur capital d'autochtonie, les ACS brésiliens font référence aux effets jugés positifs de leurs interactions avec les populations, en particulier pour les besoins sanitaires féminins. Entretenir de bonnes relations avec ces femmes, « autrui significatifs », est important pour acquérir et conserver le capital d'autochtonie. Dans cet esprit, nous identifions quatre principaux procédés d'acquisition du capital d'autochtonie. D'abord, il y a m'acquisition par la **popularité** :

« Dans cette localité, je suis connu de tous : les enfants, les adultes, les hommes, les femmes tout le monde me connaît. **Je te conseille, si tu ne veux pas te perdre dans ce quartier tu n'as qu'à évoquer mon nom comme repère.** Tu verras quelqu'un va t'emmener jusque chez moi (Sourire !). Pourtant je ne suis pas né dans cette localité. Je suis de la région de Ziguinchor. Mais depuis mon arrivée pour rejoindre mon père qui a été affecté ici dans le cadre de son travail, j'ai trouvé que cette région ne bougeait pas beaucoup. J'ai initié des activités comme les kermesses pour les enfants, des xirdé (trad. soirée à ciel ouvert) pour les femmes et des tournois de football. C'est comme ça que je me suis fait connu ! » (RDV, AD, 43 ans, président ARPV, zone rurale) ;

Ensuite, on relève l'acquisition par **l'autorité** :

« Lorsqu'il y a des rencontres, je prends la parole pour défendre mon village. Je n'ai pas ma langue dans ma poche. S'il y a des familles qui jettent des ordures sauvagement dans la rue, **je me rends discrètement dans cette concession pour sensibiliser les épouses qui partagent cette cour.** Je ne reste pas insensible face à des actions et des actes d'incivilités. J'aime la propreté et l'hygiène et ça tout le monde le connaît chez moi. » (RDV, DN, femme, 37 ans, relais) ;

Puis, s'en suit le capital d'autochtonie sous-tendu par **l'empathie** :

« [...] Parce que je sympathise avec les gens. **Je me préoccupe de leurs problèmes.** C'est surtout ça qui enchante les personnes, mais pas le fait de leur montrer qu'on est supérieur à elles... » (RDV, SD, 41 ans, bàjjenu gox) ;

Enfin, la **déférence** permet également de consolider son ancrage populaire :

« ... quand quelqu'un vient chez moi, peu importe le type de problème qu'il m'expose, j'essayerai de l'assister en faisant tout ce qui est de mon possible pour satisfaire ses attentes. Dans ce cas, je fais jouer mes connaissances afin de pouvoir y arriver. Je ne minimise jamais le problème des femmes. C'est surtout pour ça qu'on a une bonne entente dans la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. » (RDV, SD, femme, 41 ans, bàjjenu gox).

Les rationalités socioculturelles autour de la grossesse illustrent à juste titre les pesanteurs sociales qui entourent la fonction des ACS (voir encadré n°3) et font du capital d'autochtonie un enjeu crucial dans les interactions socio-sanitaires. En effet, la grossesse est un événement

social qui requière de l'ACS de cultiver la confiance et la proximité communicationnelle avec les femmes. L'enfant est considéré comme un bien précieux et un être vulnérable qu'il faut protéger. Assurer la prise en charge prénatale et postnatale des femmes en âges de reproduction et le respect du calendrier vaccinal des enfants requiert des ACS de développer des compétences de patience et d'abnégation. Par exemple, lors de la mise en œuvre des séances de renforcement nutritionnel, les relais et les *bàjjenu gox* incarnent un personnage sévère pour inciter certains enfants récalcitrants à consommer les aliments fortifiés (mélange de riz, de maïs et de mil).

Encadré n° 3 : Rationalités socioculturelles autour de la grossesse

La grossesse est un événement éclairant pour analyser des rapports entre les ACS et les femmes en âge de procréer (FAP). Les pratiques socioculturelles des ménages montrent la nécessité d'une confiance aveugle pour accepter de se livrer au service d'un individu, d'un ACS. **Au début de la grossesse**, la femme porte des gris-gris autour des hanches, sur le pied ou en bandoulière. Ces *muslay* sont destinés à chasser le mauvais œil d'où l'attitude de se cacher durant les premiers mois de la grossesse. **Au cours de l'accouchement**, la femme boit de l'eau bénite de couleur jaunâtre appelée *watandiku* pour hâter la délivrance et de prévenir les complications. **Après la naissance**, la parturiente et son nouveau-né sont protégés par des feuilles d'arbre en soie, des pommes de Sodome ou *poftane* (*Calotropis procera*) en langue *wolof*) accrochées aux quatre coins de la chambre. Pour le nouveau-né spécifiquement, trois brindilles de balai associées à un couteau et les talismans que portait la maman sont placés sous son oreillette. Aussi, les soins du nombril sont gérés en référence aux connaissances ancestrales. Nous pouvons en citer :

- L'utilisation des cendres d'un paquet de sucre brûlé ou d'un papier journal mélangé à du karité
- Le « xander » est une autre des pratiques utilisées consistant à prendre la poudre d'une cassure d'encensoir ou de canari mélangé parfois à du Karité
- Mettre un morceau autour du nombril pour diminuer le volume
- D'autres encore affirment utiliser de la « bétadine » mélangée à du beurre de karité.

Toutes ces pratiques de prévention sociale contre les mauvais esprits semblent disjointes du rôle que doit jouer l'ACS. En effet, la fonction d'ACS dans la SMNI est, d'une part, d'identifier ces femmes enceintes et de les inciter à recourir de manière précoce à la CPN et, d'autre part, de les amener à effectuer les soins du nombril et les vaccinations dans les établissements de santé. Vouloir imposer son aide aux familles peut entraîner l'ACS sur le terrain glissant de l'occultisme, du mauvais œil ou de la mauvaise langue surtout si l'enfant ou la mère tombent malade après une visite de sensibilisation... Seul un capital d'autochtonie basé sur une légitimité indiscutable et unanime est capable d'annihiler cette sentence émanant des ménages.

Cette manière d'agir n'est pas nouvelle, elle prend sa source dans la culture sénégalaise marquée par le rôle de l'oncle ou de la tante dans l'éducation au sein du cercle familial⁵². Contrairement à la perspective de « l'enfant acteur » de plus en plus institutionnalisée dans les pays développés, notamment en France (Tillard, 2014), celle de la parentalité sociale en vigueur

⁵² Dans le monde rural, on trouve « concessions » (grands foyers) rassemblant des ménages partageant le même périmètre familial et la même unité socioéconomique (cuisines à tour de rôle).

au Sénégal fait du relais un oncle (*nijay*) et de la *bàjjenu gox* une tante. La nucléarisation des espaces de résidence (surtout en milieu urbain) n'efface pas complètement ces figures culturelles⁵³ autorisant par exemple un tiers à gronder un enfant désobéissant. Quelques fois, le rôle d'éducateur social transcende le domaine sanitaire. Certains ACS, à la suite de requête des parents, utilisent cette même posture de domination symbolique sur les enfants pour les enjoindre à ne plus s'absenter à l'école. On voit ici l'importance du capital d'autochtonie dans l'entretien du lien social entre un ACS et les populations. Compte-tenu de l'importance du capital d'autochtonie, les ACS élaborent des tactiques pour le préserver.

2.2.Rendre un service... commandé

Les ACS mènent plusieurs activités pour préserver leur capital d'autochtonie. Les *bàjjenu gox* organisent des activités hebdomadaires pour développer et pérenniser les relations intergénérationnelles entre les femmes. Lors des regroupements hebdomadaires des femmes appelés *tour*, la *bàjjenu gox* fait le bilan des activités passées ou à venir dans le but de démontrer l'importance de son rôle. C'est aussi une occasion de montrer leur gratitude aux femmes ayant porté leur choix sur elles.

« Je le rappelle souvent aux femmes que : sans elles, je n'en serai pas là. Elles constituent ma force. Elles sont toujours favorables à mes requêtes. Quand je dois mobiliser les populations, chacune à son tour vient avec au minimum 9 femmes. Nous sommes 20. Ça fait au total 200 femmes. » (RDV, KB, femme, 48 ans, *bàjjenu gox*).

Parallèlement, elles s'activent également pour l'acquisition de papiers d'état civil pour les enfants sans papiers, la distribution des bourses de sécurité familiale, la sensibilisation des familles à l'adhésion aux mutuelles de santé, la lutte contre la maltraitance des femmes... Ainsi, en plus du volet sanitaire, les *bàjjenu gox* investissent le secteur scolaire et la vie conjugale. Cette densité des interactions avec les populations augmente par contrecoup le capital d'autochtonie des *bàjjenu gox*.

Les relais, quant à eux, organisent des visites à domicile durant lesquelles ils établissent des relations avec les populations. La particularité des relais réside dans le fait qu'ils interagissent avec tous les segments sociaux des communautés locales. Dans le cadre de la lutte contre les maladies, notamment le VIH, la tuberculose et le paludisme, ils côtoient conjointement les

⁵³ Voir les travaux d'Abdoulaye Bara Diop (1983 ; 1985 ; 1987) sur les métamorphoses de la structure familiale de la société sénégalaise post coloniale.

hommes, les jeunes et les femmes. À cet effet, ils disposent d'un réseau d'interaction sanitaire avec des populations plus larges par rapport aux autres ACS.

Les dépositaires, les aides-soignant·e·s et les matrones entretiennent des relations amicales avec les patientes lors des activités curatives routinières dans les structures de santé et avec les membres des familles lors des interventions menées auprès des ménages. Durant les interactions dans ces mondes sociaux, ils sympathisent et rassurent les populations sur leurs compétences. La stratégie la plus courante est de rappeler à la personne en face à face les antécédents des relations curatives avec un membre de la famille. « *Comment vas-tu ? Tu es de la famille K. Boireau. Comment va ta tante Nafissatou. J'espère qu'elle se porte bien maintenant. C'est moi qui me suis occupé d'elle lors de son hospitalisation !* ». Ou encore : « *Où est ta fille ainée ? Elle a une santé de fer maintenant !* » (salle de consultation, JDT, 2017). Loin d'être une simple introduction à la discussion, rappeler à une patiente ou à un patient le nom d'un parent soigné précédemment rappelle leur compétence paramédicale et entretient le capital d'autochtonie.

Les gestionnaires trésoriers de leur côté entretiennent leur capital d'autochtonie en prenant parti pour la population lors des conflits (notamment autour de la qualité de l'accueil) les opposant aux soignants (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jaffré, 2009), sur des scènes d'affrontement entre deux légitimités. D'un côté, la légitimité professionnelle du personnel soignant justifie les agissements par les exigences de la biomédecine. Et, de l'autre, la légitimité politique des gestionnaires trésoriers, administrativement au-dessus du personnel qualifié et issus, eux-mêmes, de la population (*cf. supra*).

Conjointement, les ACS travaillant dans les établissements de santé (aides-soignant·e·s, matrones, dépositaires pharmacie-IB, gestionnaires trésoriers) assistent les patientes issues de leurs cercles de connaissance respectifs pour leur faciliter l'accès aux soins.

« **R4** : *Moi je connais bien Booba. Il travaille à l'hôpital (poste de santé). Il m'assiste au moment de mes visites. [...] Il prend mon carnet pour vérifier et l'argent aussi pour m'acheter un ticket. Je l'attends sur le banc à l'accueil. Surtout tu sais ! une femme enceinte ne peut faire la queue. Surtout que moi je transpire beaucoup. Et pour un rien je peux m'évanouir (Sourire !). Après avoir terminé ma consultation, c'est lui qui appelle le conducteur de moto Jakarta pour qu'il m'emmène rentrer. Il prouve vraiment qu'on est des **mbok** (trad. liens de proximité ou de consanguinité) !* » (focus group, femmes ayant accouché récemment, Guinguinéo).

Le traitement particulier réservé aux femmes enceintes est perçu positivement. Le rôle d'accueil et d'écoute n'est pas, de ce point de vue, complètement oblitéré. Il est néanmoins effectué de manière sélective en privilégiant la proximité géographique ou les liens de consanguinité. Mais le rôle des ACS ne s'arrête pas à cette discrimination positive favorable aux groupes vulnérables (femmes enceintes, parturientes, nouveau-nés, enfants) justifiant les programmes de santé maternelle et infantile. Il se prolonge jusque dans la sphère financière.

« **R 9** : *So Allah xalla (A vrai dire)! Toutes les fois que j'ai trouvé Ahmet au centre de santé, je n'ai pas payé de ticket de consultation. Parfois même il me paye les médicaments. Et je peux jurer que je ne suis pas la seule à avoir bénéficié de ses largesses...*

R1 : *Après mon accouchement, Fama et la sage-femme, Mme Guèye, ont fait tout ce qu'il fallait pour que je reçoive les soins nécessaires. Mon mari a remboursé les frais deux jours après, quand il est revenu de Kolda.* » (focus group, femmes enceintes, Médina Yoro Foulah).

Un système informel d'exemption ou de crédit pour le paiement des frais de soins opère entre les patientes et les ACS. En contrepartie, les ACS reçoivent de la population une reconnaissance symbolique qui se traduit par une parenté sociale, des relations qui transcendent les activités sanitaires.

« *Un bien fait n'est jamais perdu. Grâce à ma disponibilité, ma gentillesse et mes plaisanteries avec les patientes, les gens m'invitent dans leurs cérémonies de baptêmes durant lesquelles je suis honoré par des éloges et des cadeaux de toutes sortes : des boubous, des repas copieux, etc. Vraiment on ne se plaint pas !* » (RDV, AS, homme, 41 ans, aide-soignant).

Le capital d'autochtonie n'est pas un héritage, mais un acquis plus ou moins stable compte tenu de la diversité des groupes sociaux et de la densité des interactions qu'un individu — autochtone ou néo-arrivant — entretient avec eux. Plus l'ACS collabore avec des groupes sociaux variés, plus son capital d'autochtonie augmente, lui permettant de garantir aux autorités, à chaque fois, une acceptabilité des programmes de santé par les populations concernées. Le capital d'autochtonie devient, de ce point de vue, de plus en plus indispensable dans les interactions autour des activités de prise en charge de la santé communautaire, surtout lorsque le personnel qualifié libère des espaces professionnels.

2.3. Un processus de dé-légitimation de la santé par en haut

Depuis les années 2000, le système sanitaire sénégalais est le théâtre d'un bras de fer entre le personnel soignant et l'État : grèves à répétition, rassemblements syndicaux, freinage des services médicaux... Ces mouvements d'humeurs contre les heures supplémentaires, les primes et les indemnités de logement non versées, ou les retards de paiement des salaires, paralysent une offre médicale déjà déficitaire en personnels qualifiés (Hane, 2018). Tandis que le personnel qualifié fonctionnaire se mobilise contre ce dernier, les ACS se légitiment par le haut (auprès des responsables sanitaires) et par le bas (auprès des populations) en assurant la continuité des soins et des programmes sanitaires. Désengagé au travail par son investissement dans des mouvements sociaux, le personnel qualifié libère des espaces que les ACS viennent occuper.

Durant ces conflits sociaux, l'absence de supervision par le personnel soignant rend possible et nécessaire un apprentissage sur le tas. Les relais, les aides à domicile et les *bàjjenu gox* qui, en temps normal, voient leur travail au sein des populations strictement circonscrit, participent à l'organisation des soins en assumant des responsabilités professionnelles nouvelles. Ils se substituent aux aides-soignant·e·s et aux matrones pour assurer la continuité des soins, notamment dans des activités telles que la « prise des constantes » (pulsations, tension artérielle, fréquence respiratoire, température, selles et diurèse). Ces moments de recomposition structurelle sont aussi l'occasion pour les ACS de montrer au personnel soignant leurs capacités d'accommodement au travail ingrat et leur plus-value par rapport aux relais temporaires (Burawoy, 1979). Cette fonction de substitution aux titulaires les propulse au-devant de la scène paramédicale en leur octroyant une légitimité professionnelle et en leur garantissant une proximité avec les populations locales.

Dans la conscience collective des populations locales, le personnel soignant, réputé « absentéiste », perd de sa crédibilité au profit des autres acteurs de santé. Cette conception se nourrit du contexte local, où les besoins des populations, surtout rurales, sont tributaires des activités économiques : les ménages s'arrangent pour que les jours de consultation coïncident avec le jour du marché hebdomadaire de la localité (le *luma*). Ainsi, les populations font d'abord des affaires (vente de lait, de poules, de produits agricoles ou maraichers, etc.) et utilisent l'argent gagné pour couvrir les frais médicaux de la consultation. La rareté des moyens de transport en commun réduit les possibilités d'accès aux soins. En dépit des efforts

institutionnels pour améliorer l'accessibilité des soins, en assurant la gratuité⁵⁴ des soins pour les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (Niang et *al.*, 2015), ces contraintes sociogéographiques obligent chaque famille à s'organiser à l'avance pour en bénéficier. L'assiduité des ACS est fortement valorisée car elle garantit la continuité de l'offre de soins et, par conséquent, fait entrer ces derniers dans un cercle vertueux de proximité et de popularité.

Aussi, les patientes désertent parfois les centres de santé pour aller consulter dans les postes de santé, pourtant dotés d'un plateau technique de moindre qualité, mais offrant plus de convenance personnelle. Les usagers apprécient différemment la délégation des tâches du personnel soignant vers les ACS dans les postes et dans les centres de santé. Comme il n'est pas exclu que des inconvénients se produisent sans être signalés à la sage-femme responsable de l'unité de soins, les perceptions des femmes accouchées récemment permettent de comprendre les avis des patientes concernant la délégation des tâches dans les postes de santé. « *Je suis satisfait de venir accoucher ici parce que N. garantit la pudeur à ses patientes. Personne n'entre dans la salle quand elle est là.* » (ESS, femme, 19 ans, bénéficiaire de soin). Si dans les postes de santé les matrones sont plébiscitées par les patientes du fait de leur discrétion, on ne peut pas en dire autant pour le personnel de la maternité au sein du centre de santé. Le choix d'une structure de santé pour l'accouchement est fortement déterminé par les attitudes du personnel.

« Ici des agents apprennent les techniques d'accouchement sur nous. En plus elles sont nombreuses dans la salle. C'est vraiment un manque de respect pour la patiente. Voilà pourquoi les femmes n'aiment pas venir au centre de santé. » (ESS, femme, bénéficiaire de soin, 27 ans).

La présence de stagiaires devrait en principe être un facteur d'amélioration de la qualité de la santé, mais en réalité elle est vécue comme une source de malaise pour les femmes ayant accouché. La qualité des soins est socialement évaluée en tenant compte de la capacité du personnel à répondre aux exigences sociales de pudeur et d'intimité. À cet égard, aux yeux des patientes, la compétence sociale prend ici le dessus sur la compétence technique. Le nombre limité du personnel dans les postes de santé permet aux matrones de mieux prendre en compte

⁵⁴ Depuis 2013, les soins sont gratuits pour les enfants sénégalais âgés de moins de 5 ans. S'agissant de la planification familiale, les médicaments de prévention contre la maladie (prophylaxie contre le paludisme, traitement antirétroviral), la césarienne et les produits contraceptifs sont gratuits (EDS-Continue, 2018). Le ticket de consultation et l'achat d'ordonnances restent à la charge des familles.

les attentes relatives à l'intimité de la patiente, ce que la présence de stagiaires dans les salles d'accouchement des centres de santé n'est pas de nature à garantir.

En aidant à comprendre les attentes des signés, le capital d'autochtonie revêt une forme de *soft power* à la portée de tout individu faisant montre constamment d'altruisme vis-à-vis des populations et n'est pas déterminé exclusivement par l'appartenance à des groupes sociaux particuliers. Toutefois, les évolutions des zones de responsabilité des établissements de santé requièrent de sortir des limites du groupe social d'appartenance pour mener des activités auprès d'autres personnes dont l'ACS n'a pas forcément la même emprise. Ces évolutions ont beaucoup contribué à la déconstruction et à la reconstruction du capital d'autochtonie.

3. Trop de capital d'autochtonie peut nuire à la santé... des relations sociales

Le capital d'autochtonie reste un facteur consolidant du lien social, indispensable pour les acteurs chargés de la mise en œuvre de l'action publique locale. Car, il est une sorte d'alarme rappelant constamment aux ACS l'importance d'entretenir des relations amicales avec les populations afin d'apporter un changement qualitatif sur leur vie et d'espérer la même répercussion sur la leur. Cependant, cette relation causale entre le développement socioprofessionnel des ACS et leur degré d'ancrage social est souvent remise en cause par des décisions institutionnelles. Parmi ces décisions institutionnelles déconsolidantes, celle qui nous intéresse ici est l'élargissement de l'échelle de polarisation qui a pour conséquence un resserrement de l'état du sentiment d'appartenance à un groupe social spécifique.

Dans un petit livre où il poursuit ses réflexions sur les évolutions de la société postmoderne et sur l'ethnologie contemporaine, Marc Augé (1992) soutient que le lieu et le non-lieu sont plutôt des réalités fuyantes. Suivant cette perspective, on peut convenir que l'élargissement du périmètre d'intervention des ACS semble suivre cette trame de la sur-modernité. Même en restant au sein de leurs terroirs respectifs, le renforcement du rôle par l'élargissement de l'écosystème des interactions humaines dépayse, tant soit peu, les acteurs. Ils deviennent de proches étrangers. Pour autant, le capital d'autochtonie des ACS émanant de diverses sources de légitimité, et donc de redevabilités différenciées, n'est pas frappé d'obsolescence (Rétière, 2003), mais connaît plutôt une réorientation qui relève plus de l'expansion des relations sociales que de l'attachement au foncier. Ainsi, on note une intensification des activités communautaires dans plusieurs villages comportant des groupes socioculturels différents, matérialisée par un

nouveau regard des acteurs et des bénéficiaires sur l'action publique. Les ACS sont astreints à des objectifs collectifs à atteindre pour la structure de santé à laquelle ils sont rattachés. L'élargissement des tâches auprès des populations installe une dynamique de solidarité corporative du côté des ACS qui laisse transparaître concomitamment des formes d'amplification de leur capital d'autochtonie.

3.1. Amplification par mutualisation des capitaux d'autochtonie

Rappelons que, le recours aux ACS est devenu systématique avec l'entrée en vigueur du Financement basé sur les résultats (FBR) en 2006. Dès lors un travail intermittent transforme en travail permanent durant la décennie 2006 – 2015, coïncidant à l'approche des échéances des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). D'ailleurs en 2013, pris comme année de référence, le Sénégal n'était pas sur la trajectoire pour atteindre ses objectifs concernant spécifiquement les OMD 4 et 5, portant respectivement sur la réduction de la mortalité infantile et sur la réduction de la mortalité maternelle. Et ce, malgré des efforts considérables consentis entre 2000 et 2010 avec l'implication des ACS. Les ACS ont commencé à travailler en équipes pour répondre aux attentes de redressement des indicateurs sanitaires. Il fallait accélérer la cadence pour atteindre la ligne d'arrivée et espérer de nouveaux financements dans les projets internationaux à venir, en l'occurrence les objectifs de développement durable⁵⁵ à l'horizon 2030 (ODD, 2013).

Confrontés à des problèmes de logistique pour mener à bien leurs activités, les ACS collaborent en mutualisant leurs efforts pour atteindre peu ou prou les objectifs qui leur étaient assignés par les autorités sanitaires. Pour une meilleure mise en œuvre des activités de santé de l'enfant par exemple, les ACS travaillent en binôme (*bàjjenu gox* et relais) pour mieux se répartir le travail. L'une fait le recensement et le remplissage des fiches, l'autre se charge de l'administration des injections, de la distribution des moustiquaires ou encore de la sensibilisation pour la complétude des consultations prénatales et postnatales. Le partage des tâches participe à combler les limites relativement liées à la compétence, mais aussi à rendre plus efficaces les

⁵⁵ Les directives mondiales sont souvent interprétées de façon cloisonnée (objectif par objectif), déconnectée de la réalité des pays et des contextes. Au-delà des ODD 2 et 5 respectivement relatives à l'éradication de la faim et la garantie de la bonne santé et du bien-être, l'ODD 9 en statuant sur l'innovation *lato sensu* invite à valoriser les dynamiques locales. Sous ce rapport, la dynamique des ACS bien qu'ayant des avantages et des conséquences pour le système sanitaire est de fait une innovation organisationnelle améliorant peu ou prou la santé les localités reculées.

interventions en limitant les erreurs par une supervision mutuelle, un contrôle permanent des pairs.

La collaboration pour assurer la mobilité est un autre fait éclairant. Les quatre districts choisis sont situés dans des milieux où les infrastructures routières et l'assainissement ne sont pas très élaborés, ce qui rend les déplacements quasi impossibles durant les périodes hivernales.

Encadré n° 4 : Collaboration des ACS pour la desserte sanitaire des zones reculées

Durant la période d'hivernage s'étalant aux mois de juillet, août et septembre les villages comme Niaming et Fafakuru dans le département de Médina Yoro Foulah sont inaccessibles. Les routes et voies d'accès sont coupées par l'eau de la pluie. Les transports en commun interrompent leur trafic. Seuls les vélos ou les motos sont capables de rallier ces localités, alors que les établissements de santé n'en disposent presque jamais. Lorsque les ambulances ou les motos sont mises à la disposition du personnel soignant, c'est pour la prise en charge des cas d'extrême urgence (évacuation de patient·e·s) ou pour assister aux réunions administratives organisées par les districts. Cette situation requiert des ACS de poser des actes allant dans le sens d'une mutualisation de leurs efforts, pour assurer la desserte sanitaire des zones concernées. Nous avons identifié trois formes de collaboration entre les ACS :

- Les binômes se coordonnent pour s'y rendre **à pied**. Cette solution a pour avantage de ne pas utiliser son propre argent pour payer le transport lors des jours couvrant les campagnes, surtout qu'il peut y avoir des passages répétitifs.
- Les binômes se cotisent pour mettre du **carburant dans une moto empruntée**. Parfois cette solution pèse financièrement sur les ACS du fait des imprévus liés aux pannes ou au prix du carburant, qui sont autant de frais additionnels hors de portée des ACS. Dans certaines situations, la somme gagnée durant les journées de travail est réutilisée pour remettre à niveau le véhicule emprunté.
- Les binômes peuvent également **emprunter ou acheter un vélo**. C'est la solution qui paraît la moins coûteuse, mais ses limites résident dans le fait que très peu d'ACS en disposent. La raison principale est la difficulté de rassembler une somme suffisante pour s'en procurer.

Pour contourner ces difficultés, les ACS se cotisent pour la location de motos *jakarta*⁵⁶ ou l'achat de carburant. Les difficultés de mobilité ont donc contribué à rapprocher les ACS sur le plan professionnel et financier. La cotisation, comme action d'interdépendance par le partage d'un même bien matériel, fonctionne ici comme un indicateur fort d'affinité, particulièrement entre les relais et les *bàjjenu gox*. Au-delà des solutions ponctuelles à l'actif des binômes, des mesures durables sont à l'œuvre dans le cadre des Organisations Communautaires de Base (OCB). Dans ces instances associatives, une partie des incitations financières récoltée lors de mis en œuvre de programmes/projets est destinée à l'achat de logistique pour assurer la mobilité

⁵⁶ Appellation populaire de moto fabriquée à Jakarta (Inde), qui assure la liaison de transport dans les régions reculées au Sénégal.

dans les quartiers, les villages et les hameaux. Ces collaborations sont actuellement plus approfondies et structurées⁵⁷ dans le but de développer le capital d'autochtonie.

3.2. Le parrainage de l'oligarchie locale, une légitimité additionnelle

Notons que d'ordinaire, l'expression : *kuy dugu thi kër daw gua diar Thi buntu bi* (trad. on entre dans une maison par la porte) guide les relations entre les exécutants (les ACS) d'un quelconque projet/programme et les autorités locales. Commencer des activités sans l'aval des chefs locaux peut s'avérer contre-productif et conduire à l'échec de celles-ci. C'est la raison pour laquelle ces derniers reçoivent les ACS régulièrement avant le démarrage d'une activité sanitaire. Mais du fait des formes de légitimité en jeu (religieuses, symboliques, charismatiques, économiques) les autorités locales répondent favorablement ou non aux demandes de soutien, d'assistance et de facilitation formulées par les ACS. Dès lors, un tri des légitimités historiques, personnes physiques ou morales avec qui il faut collaborer, se fait par l'ACS en tenant compte de la nature des programmes à mettre en œuvre. L'élargissement des zones d'intervention des ACS a créé de nouveaux enjeux liés au cadrage géographique et aux relations sociales dans la mise en œuvre des programmes de sanitaire. Les ACS sont tenus de s'appuyer sur d'autres légitimités locales pour effectuer le travail qui leur est demandé. Il s'agit notamment des autorités locales (chef de village/quartier, guides religieuses ou coutumiers) et des membres des organisations communautaires de base (cercles des maris, membres de conseils villageois d'alerte communautaire, associations de jeunes, regroupement de *dimbatul*). Bien qu'ils affichent souvent leur disponibilité à accompagner les ACS, certains d'entre eux choisissent les programmes auxquels ils veulent s'afficher.

« Je suis chef de quartier depuis 20 ans. Je suis respecté dans ce quartier. Mais je ne te cache pas : avant tout, je suis un musulman. Je n'aide pas les ACS dans tous leurs programmes. Certains comme la planification familiale sont absurdes à mon avis. Moi-même je refuse que les membres de ma famille y participent. S'ils me sollicitent pour ces genres de programmes, je leur mets en rapport avec C. Boireau ou A. Niang (des présidents des OCB) » (ESS, SD, homme, 59 ans, chef de quartier).

Pour éviter de se mettre en porte à faux avec les valeurs locales desquelles ils tirent leur légitimité, ils orientent les ACS vers les organisations communautaires de base indiquées, celles

⁵⁷ Elles sont le point d'appui des associations d'ACS qui deviendront un cadre de la mobilisation à bas bruit en vue d'une professionnalisation avec ou sans les instances institutionnelles : État, ONG, collectivités locales. Nous développons ce point dans le chapitre 5.

potentiellement intéressées à les soutenir dans certains programmes/projets. Si les chefs de village et de quartier sont plus diplomates dans leur relation avec les ACS, les chefs coutumiers et religieux adoptent, pour leur part, des positions plus radicales et se refusent au jeu de la collaboration.

« J'ai chassé de chez moi à maintes reprises des agents de santé qui voulaient promouvoir l'utilisation des condoms féminins. Si je les avais soutenus qu'allait penser Allah de moi ? Le matin je prêche la bonne parole de Dieu et le soir je comploté contre lui ! Personne ne m'aurait considéré comme un bon Imam, un bon guide religieux »
(ESS, FD, homme, 64 ans, imam).

Ces susceptibilités sociales, culturelles et religieuses créent des foyers de résistance susceptibles de remettre en cause les objectifs sanitaires escomptés dans les programmes et les projets. Pour éviter un fiasco des interventions, susceptible de retarder leur reconnaissance professionnelle, les ACS s'orientent vers certains groupes non mandatés, en particulier ceux qui ne semblent pas se préoccuper des discours idéologiques sur les finalités des interventions sanitaires⁵⁸. Prêts à ne ménager aucun effort pour la mise en œuvre de programmes visant à la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, les membres de groupes construits à partir de caractéristiques biologiques (*dimbatul*), générationnelles (femmes âgées) ou matrimoniales (cercle des maris), deviennent des appuis⁵⁹ pour les ACS, facilitant l'appropriation des programmes de santé maternelle néonatale et infantile.

La pertinence de cette sollicitation est de deux ordres. D'une part, la charge importante du travail lors de la mise en œuvre d'interventions auprès des ménages nécessite un soutien sur place pour terminer les campagnes à temps. Par exemple, dans la lutte contre le paludisme chez la mère et l'enfant, les *dimbatul* font le recensement des besoins des ménages pour ne laisser aucune famille de côté. C'est par la suite que les ACS apportent les moustiquaires imprégnées qu'ils distribuent aux familles en se basant sur la liste déjà établie. D'autre part, le capital d'autochtonie des ACS ne permet pas toujours, à lui seul, d'assurer une mise en œuvre optimale

⁵⁸ Les communautés religieuses (*dahira*, congrégation caritative) et les autorités coutumières, surtout islamiques, soutiennent un discours anti-vaccins ou, à défaut de s'ériger en de farouches détracteurs, n'offrent aucun soutien spontané aux ACS.

⁵⁹ Les groupes d'émanation locale tels que les *dimbatul* et les grands-mères sont plus dans cette logique désintéressée, tandis que les comités de veille et d'alerte communautaire, les cercles des maris et le rôle de saisonniers de santé des élèves, créés par les ONG, sont souvent (surtout dans certaines régions comme Thiès) dans une logique concurrentielle avec les ACS (cf. chapitre 6).

de programmes sensibles tels que la contraception, qui soulève plus de réticences religieuses auprès des populations. Dans ces cas, il n'est pas rare de voir les acteurs associatifs se joindre aux ACS durant les séances de *counselling* pour sensibiliser les voisins et les camarades sur l'importance de la contraception pour éviter les grossesses indésirables, les IST, voire le VIH. Ces initiatives sont de plus en plus le fait de la concurrence entre villages voisins, laissant transparaître de vives rivalités entre les habitants.

Nos observations montrent que les populations partagent l'idée de discrimination entre villages : « *la répartition des biens et des services paramédicaux profiterait plus à certains habitants au détriment d'autres, souvent éloignés du lieu de déploiement de la distribution* »⁶⁰. L'assertion ci-après illustre les enjeux de cette domination politique : « *L'année passée nous avons reçu nos moustiquaires deux jours après les autres villages. Nous sommes tout le temps les derniers servis.* »⁶¹ (*Focus group*, femmes ayant accouché récemment, Guinguinéo). Dans un tel contexte, les habitants de chaque village préféreraient héberger les équipes d'ACS en charge de la distribution des produits sanitaires (moustiquaires, glacières contenant des vaccins, boîtes à médicaments). Cette hospitalité les contraignant de ce fait à trouver un moyen d'effectuer leur travail de manière équidistante entre les bénéficiaires. Pour éviter d'être taxés de favoritisme, de manque d'impartialité, ou d'indifférence vis-à-vis des bénéficiaires, les ACS collaborent avec des entités déjà légitimes. Les autorités locales ou les organisations communautaires de base (OCB) sont ainsi sollicitées pour aider à identifier et à accéder aux lieux symboliquement consensuels aux yeux des populations afin d'y établir une base locale, à partir de laquelle se déploient les équipes⁶². Cela explique pourquoi des structures publiques telles que les écoles, les maisons des femmes ou des jeunes et les lieux symboliques tels que les miradors ou les *penc* (trad. une grande place, généralement située au centre du village), participent également à cette recherche d'équité territoriale entre villageois en abritant la logistique sanitaire. Il faut néanmoins souligner que cette situation est moins perceptible en milieu semi-urbain du fait de la proximité relative des services de santé (pharmacie, hôpitaux régionaux, cliniques privées) qui garantissent une meilleure offre de soins aux populations.

⁶⁰ Ménages observés à Kolda dans le cadre de la prévention du paludisme saisonnier, JDT, 2018.

⁶¹ Plusieurs études sur l'appropriation des mesures de lutte contre le paludisme ont rendu compte de l'importance que les femmes accordent par exemple aux couleurs des moustiquaires. (Ndoye et Poutrain, 2004 ; Le Marcis et al., 2013).

⁶² Lors des campagnes de distribution en masse de médicaments les ACS font des « tirs groupés », c'est-à-dire qu'ils opèrent en groupe pour couvrir tous les ménages au sein de leur zone de responsabilité.

Les interactions autour du travail des ACS au niveau local reposent donc sur une négociation entre différents segments sociaux, dotés de légitimités professionnelle, populaire et historique. La mise en place d'une forme de rotation des lieux d'impulsion des interventions entre les villages permet de raffermir les liens sociaux avec les populations. Les interventions menées auprès des habitants sont l'occasion de rencontres périodiques entre l'ACS, les habitants et les autorités locales, ainsi que des moments cruciaux où les contours des rapports sociaux se redessinent.

3.3. Les déconvenues liées aux rendez-vous, une forme de valorisation individuelle

Durant les récits de vie, des rencontres répétées en tête-à-tête ont été effectuées avec les ACS. Avec les ACS spécialisés, les discussions ont été effectuées dans leurs demeures respectives, suivant leur convenance. Nous leur avons accordés de choisir le jour, le lieu et l'heure des rencontres. Cette planification devait permettre de contourner les obstacles liés à la faible maîtrise des emplois du temps des informateur·trice·s qui sont sous la tutelle du personnel qualifié. Nous avons également veillé à organiser les rencontres à des moments entre deux repas (10 h 12 h et 15 h 19 h) afin d'ôter aux informateur·trice·s le poids moral d'invitations à manger, surtout dans un contexte rural de promiscuité. Cela peut d'ailleurs constituer un motif de refus tacite des entretiens prévus auprès des ménages. Cependant, bien que les ACS aient fixé les horaires et lieux des rendez-vous avec nous dans leurs maisons respectives, un bon nombre d'entre eux ont manifesté par la suite de la négligence à notre égard. Certains se sont absentés :

*« Allo ! Monsieur Diallo, c'est GC ! Veuillez m'excuser, mais **je ne pourrai plus honorer notre rendez-vous**, car j'ai été rappelé à l'hôpital pour remplacer DT. On reprogramme la discussion s'il vous plaît ! Merci pour votre compréhension. »*

(Extrait appel téléphonique, PT, aide-soignante/dépositaire).

D'autres sont venus en retard :

*« **Désolé du retard**, aujourd'hui c'est dimanche, mais il fallait que je passe au poste de santé pour donner un coup de balai. Sinon, lundi Mme va me crier dessus. En plus, les malades penseront que le personnel soignant ne respecte pas l'hygiène ! »* (RDV, TN, 43 ans, matrone).

« *Mes excuses du retard ! On m'avait appelé dans le village pour amener une parturiente à l'hôpital. J'ai dû prendre ma moto "Jakarta" pour l'emmener* » (RDV, AD, 39 ans, relais).

Sans oublier ceux et celles qui effectuaient des appels téléphoniques en plein entretien.

« *C'est Monsieur D, le médecin-chef, qui m'a appelé pour confirmer la réunion de ce lundi. C'est moi qui gère l'organisation de la réunion et je dois préparer les thématiques à aborder. Il faut d'ailleurs que j'appelle les autres membres du CDS pour les aviser. Je dois aussi préparer un compte rendu pour M. le Maire. Tu vois, ils [les responsables sanitaires] nous font travailler même les week-ends !* » (RDV, BN, 40 ans, secrétaire comité de développement sanitaire).

« *Voilà ! tu vois, tu es témoin, j'ai discuté avec un de nos partenaires. Ils souhaiteraient financer nos activités de transformation de produits agricoles. On est vraiment **incontournable*** » (RDV, DT, 52 ans, bājjenū gox).

Ces attitudes de négligence sont contraires à la grammaire sociale sénégalaise reposant sur le principe moral du *Teranga* obligeant la personne à honorer ses rendez-vous chez elle en se montrant courtoise, accueillante et disponible. Pourquoi alors de tels agissements ? Pour nous confronter à une réalité factuelle sans avoir à le dire parce qu'ils sont débordés et gênés par leur statut de bénévole. D'autant que le capital d'autochtonie, seul, ne suffit pas toujours à convaincre les populations, selon l'usage qui en est fait.

4. Une prédominance des liens faibles sur les liens forts

D'un point de vue sociologique, on s'accorde sur le fait qu'autorité et pouvoir sont englobés dans le concept de légitimité. Le travail récent de Brigitte Bouquet (2017), en mettant l'accent sur l'évolution du concept de légitimité, montre que différentes conceptions se sont succédées et enrichies mutuellement. Haud Guéguen (2014) rappelle que le sentiment de légitimité n'est pas possible en l'absence des rapports de reconnaissance mutuelle. Elle propose l'articulation de la problématique de la reconnaissance et du sentiment de légitimité. Pour elle, l'intersubjectivité qu'autorise la théorie de la reconnaissance permet d'élargir le problème de la légitimité en l'envisageant à partir de l'expérience des acteurs sociaux. Cette mise en perspective peut donc s'articuler avec les travaux interactionnistes sur l'ordre négocié.

Il s'agit pour nous de concilier les approches en considérant que les jeux d'usage du capital d'autochtonie s'inscrivent dans des « mondes sociaux ». Le vocabulaire interactionniste des contextes d'interaction (*interactional contexts*) (Becker et Strauss, 1956) permet alors d'identifier les formes de présentation de soi ainsi que les soubassements des rôles revendiqués par les acteurs. Cela revient à mettre en exergue les tribunes auxquelles les ACS prennent part pour montrer soit leur légitimité sociale, soit leur professionnalisme, en vue de leur reconnaissance.

4.1. Les légitimités croisées de la santé hospitalière et de la santé populaire

En observant et en interrogeant les ACS en pleine action, nous découvrons des différences quant à l'appréciation des types d'interaction, notamment une variation selon la présence ou l'absence du personnel qualifié chargé de les superviser. Les positionnements différents confortent l'idée selon laquelle il existe une séparation des mondes sociaux qui met en lumière des conditions propices à l'expression d'appartenances plurielles. Le changement induit par l'injonction au bénévolat par l'État et l'OMS peut s'appréhender *in situ* à travers l'identification de tribunes d'affiliations et de désaffiliations. Elles sont entendues ici comme des situations concrètes d'interactions, qui mettent en jeu des négociations entre des acteurs aux profils et intérêts disparates.

D'une part, les activités se déroulant en présence de plusieurs acteurs forment ce que nous appelons des scènes multi-acteurs durant lesquelles les ACS montrent leur appartenance aux communautés locales. Nous en avons relevé deux : l'une se tient au sein des établissements de santé lors des stratégies fixes de vaccination, CPN et CPoN, l'autre dans les lieux symboliques des villages/quartier lors des rencontres visant la promotion de la santé. En effet, quand les femmes en âge de procréer (FAP) se rendent dans les établissements de santé, elles y trouvent deux types d'acteurs avec lesquels elles vont interagir, les ACS (particulièrement les aides-soignant·e·s, les matrones, les dépositaires et les membres de comité de santé) et le personnel soignant médical et paramédical (médecins, infirmier·ère·s, sages-femmes). Sur cette scène l'ACS joue le rôle de quelqu'un qui est ancré dans les communautés en montrant son affinité avec les patients, pour montrer au soignant qu'il est la personne qu'il faut à la place qu'il faut. La proximité avec les villageois ne vise pas ici forcément à les satisfaire, elle est montrée à celui qui est censé évaluer les ACS.

De la même manière, les ACS jouent de leur proximité avec les habitants lors des mobilisations sociales regroupant, outre les ACS et les populations, les autorités locales, administratives et les acteurs institutionnels. Ces mobilisations sociales, dont l'objet est souvent de faire un plaidoyer pour la santé ou de lancer un nouveau programme, donnent l'occasion aux ACS de tirer pleinement profit de leur capital d'autochtonie. En jouant un rôle mobilisateur des populations venues à la réunion, de point focal ou de référent pour la santé, ils montrent l'étendue de leur capital relationnel. Les mobilisations sociales sont ainsi des tribunes au cours desquelles les employeurs potentiels évaluent la force sociale des ACS. Cette stratégie de positionnement professionnel leur permet d'influer fortement sur le choix des futurs collaborateurs des ONG, des collectivités locales, des comités de développement sanitaire.

D'autre part, les activités dites « stratégies avancées », notamment les campagnes de vaccination de masse et la recherche de ménages perdus de vue, sont des scènes mettant face à face les ACS et la population (les femmes en âge de procréer, en particulier). Dans ces cadres d'interaction concrets, les ACS montrent leur affiliation à la communauté hospitalière. Ils mettent en avant leurs compétences médicales, dans un contexte où certains ménages peuvent douter de leur légitimité à exercer ce métier. D'abord, les campagnes de vaccination de masse se déroulent auprès des populations, chez les ménages. L'objectif principal est de prévenir la maladie chez les enfants de 0 à 5 ans en procédant par des vaccinations (goutte ou injection). Un binôme d'ACS chargé de couvrir une zone se rend en porte-à-porte dans tous les ménages pour administrer les doses idoines. En revanche, tous les ménages ne se montrent pas coopérants. Certains ont tendance à refuser les injections pour leurs enfants, surtout en milieu urbain, du fait de certaines fautes médicales connues dans le passé concernant des prestations ratées, qui restent jusqu'ici sous-évaluées par les chercheurs, mais bien répertoriées dans la conscience collective des populations.

Encadré n° 5 : Exemples de ratés dans les activités des ACS

Nos discussions ont révélé deux exemples de ratés ou de fautes médicales commis par les ACS : le premier est un cas où il y a eu des poursuites et un emprisonnement ; dans le second, il y a des poursuites, sans emprisonnement.

Cas 1 : Avortement mal fait

Le débat sur l'avortement médicalisé est vif au Sénégal. D'une part les organisations des droits de l'homme soutiennent la thèse de la possibilité d'autoriser l'avortement médicalement assisté par un personnel qualifié aux femmes ayant subi un inceste ou un viol. Et de l'autre, les organisations de la société civile (regroupements ou associations se référant au droit coutumier et religieux) estiment que cette loi sera une porte ouverte « à toutes les dérives » de dévalorisation de la vie. Pour l'heure,

l'avortement est une pratique officiellement proscrite au Sénégal. Cependant, il est pratiqué clandestinement par des acteurs communautaires, notamment des matrones et des aides-soignant·e·s, suivant une logique marchande (Baxerres, 2013), sans que nous ayons une connaissance exacte du nombre d'échecs ou de réussites sur l'étendue du territoire national. Le témoignage d'un infirmier a permis de saisir un écho de cette réalité : « *Là où j'étais à Kidira, il y avait une équipe, composée d'une ASC [aide-soignante] et d'une matrone, qui opérait des avortements derrière mon dos. Ils administraient le "misoclear" aux femmes. C'est un médicament utilisé dans l'avortement incomplet pour expulser les restes du fœtus et le placenta. Ils ont été démasqués le jour où une adolescente de 14 ans a perdu la vie nuitamment dans les locaux de la matrone. Elle avait fait une hémorragie interne. Après l'affaire a atterri à la police. Ils ont écopé de 5 ans de prison.* » (ESS, DT, homme, 49 ans, infirmier).

Cela est possible du fait que les aides-soignant·e·s et les matrones se substituent massivement aux gestionnaires de la pharmacie-IB. En principe, seules une ou deux personnes sont formées pour la vente de médicaments. Mais compte tenu de la faiblesse des rémunérations monétaires, souvent jugées dérisoires par les ACS, il arrive que cette section des établissements de santé soit désertée par la suite d'absences répétitives du/de la dépositaire titulaire. Pour combler le manque de ressources humaines concernant ce poste stratégique (où s'effectue la rentrée des recettes), le personnel qualifié, de concert avec les membres du comité de santé, détache un agent (aide-soignant·e ou matrone) pour vendre les tickets de consultation et les médicaments prescrits. Ce changement intempestif de gérant de la pharmacie-IB dénote une gouvernance sur le tas qui favorise des pratiques parallèles telles que la vente de médicaments (*cf. infra*). La focalisation des acteurs opérationnels sur les exigences de résultats a contribué au non-respect de la réglementation relative à la vente des médicaments (Seck, 2010)

Cas 2 : Décès d'enfant après une chute lors des séances de pesage

À la suite d'une séance de pesée pour la détection des enfants MAM [malnutrition aigüe modérée] ou MAS [malnutrition aigüe sévère], un enfant de 2 ans a trouvé la mort. Sa mère avait porté plainte contre le binôme de relais (un homme et une femme) concernés par cette activité à Kaolack. Les plaignants (mère et grand-mère de l'enfant) ont écrit dans la plainte que l'enfant a fait une chute violente et que les relais n'avaient pas le droit de communiquer son poids à haute voix (dans l'imaginaire populaire sénégalaise, c'est un mauvais présage sur la longévité de l'enfant et une porte ouverte à la sorcellerie). La femme a aussi été ouvertement accusée « d'anthropophagie » par la mère. Automatiquement les mises en cause ont été convoquées par la police. Les policiers chargés de l'enquête ont demandé à faire une autopsie qui n'a pas finalement eu lieu, car le père de l'enfant a abandonné les poursuites et a préféré enterrer son fils. (RDV, SN, femme, 38 ans, relais/aide-soignante).

Dans cette situation, les ACS sont appelés à négocier, à dialoguer en face à face, pour contourner les refus. La posture adoptée est ici celle de la personne dotée d'une légitimité professionnelle, effectuant des actes paramédicaux sous le contrôle du personnel soignant comme le relate le dialogue ci-après entre un aide-soignant et la mère d'un garçon âgé de 2 ans à propos de la vaccination.

« ACS, homme : Amenez vos enfants ouais, je n'ai pas de temps à perdre !

Mère : Booba la vaccination c'est quoi aujourd'hui ? Des piqûres ?

ACS, homme : Oui ! Tu en veux (ricane) !

Mère : (petit sourire) uhm! En tout cas fait doucement avec mon fils. Tu as la main très chaude...

ACS, homme : Toi-même tu sais qu'à l'hôpital (centre de santé) je fais toutes les injections même en présence du médecin-chef... Où sont les enfants ?

Mère : Attends je vais chercher le mien ! Il n'est pas bien loin... » (Maison bénéficiaire de campagne chimioprévention du paludisme saisonnier, JDT, 2019).

Le dialogue permet d'instaurer une sorte de quitus de légitimité et de gagner la confiance des mères ou des gardiennes⁶³ d'enfants.

Au-delà des campagnes de masse qui se tiennent de manière trimestrielle ou semestrielle, des activités plus régulières constituent une tribune de négociation identitaire, parmi lesquelles la recherche des ménages perdus de vue. Dans le cadre de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la notion de « ménage perdu de vue » caractérise des familles n'ayant pas répondu convenablement aux attentes médicales. Par exemple une mère qui a abandonné soit ses consultations prénatales, soit la vaccination de son enfant. Dans le registre de vaccination des établissements de santé, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les ménages figurent. À la fin de chaque mois, l'infirmière (pour les postes de santé) ou le major (s'agissant des centres de santé) relèvent le nom des ménages ayant manqué leur rendez-vous médical. Cette liste est distribuée à chaque ACS, en tenant compte de la situation géographique des adresses, pour qu'il/elle rende visite à ce ménage (le mari et sa femme) et rappelle la nécessité de la complétude des traitements pour la mère ou l'enfant. Lors de cette activité de persuasion, les ACS racontent avec emphase leurs succès personnels dans le sauvetage de tel ou telle.

« [...] Tu connais HD ? C'est la femme de J.N. après la naissance de son avant-dernier enfant, elle ne s'est plus rendue aux consultations postnatales. Quand j'étais venue la chercher, elle était toute pâle, la peau sèche, les yeux enfoncés, le physique maigrichon. J'ai dit à son mari que je devais me rendre à l'hôpital avec elle. Il avait répondu : je n'ai pas d'argent à te donner actuellement, l'hôpital demande tout le temps de l'argent. Ma femme a déjà accouché donc ça va ! J'ai dit : les médicaments que l'on prescrit après les consultations postnatales sont subventionnés. Ça ne coûte pratiquement rien du tout. [...]. Après je l'ai convaincu de l'emmener. Devine ce que le médecin a dit

⁶³ Parfois, les ACS ne trouvent pas les mères dans les maisons lors des vaccinations. Dans ces cas, ils interagissent avec les gardiennes d'enfants qui peuvent être les belles-mères, les co-épouses, les tantes, voire les voisines.

(soupire) que : “sa tension a baissé et qu’elle souffre d’une anémie sévère uhm !”. On l’avait hospitalisé sur le champ et mis sous perfusion (frisson). Elle était restée trois jours à l’hôpital. Elle avait vraiment de la chance sinon elle risquait un malaise qui pouvait lui être fatal. Quand son mari est venu, je l’avais bien critiqué. Ne croyez pas que les CPoN sont facultatives. Une femme doit prendre soin de son corps après l’accouchement, sinon, ton mari va chercher une autre femme (rigole) ! » (RDV, KB, femme, 44 ans, bājenu gox).

Ces discours sont censés rassurer en démontrant à l’interlocuteur l’importance de l’ACS dans le dispositif sanitaire. En insistant sur l’apport médical qu’elle a joué, cette *bājenu gox* montre en même temps sa désaffiliation avec le mari et son lien avec la communauté hospitalière.

Les scènes multi acteurs comme celles en face à face sont des tribunes de légitimation de la fonction d’ACS, à la fois en direction du personnel médical censé les évaluer et en direction des populations, dont ils sont censés être les représentants. Pris dans des situations de négociation, les ACS jouent de leur ancrage social auprès des autres groupes professionnels et de leur ancrage professionnel auprès des populations.

C’est ce jeu d’usage du capital d’autochtonie que nous nommons « légitimité différée ». La manœuvre des ACS est d’ajuster le discours en fonction des acteurs présents, permettant ainsi de justifier leur importance en se référant à leur rôle dans l’autre sphère, comme les « marginaux- sécants » dans l’analyse stratégique de Michel Crozier font de leur connaissance de l’autre monde interférant dans la situation une ressource d’acteur dans le jeu. Les stratégies de présentation de soi prennent appui sur les segments professionnelles.

4.2. Une segmentation professionnelle en devenir

Une lecture transversale du mode de socialisation professionnelle, de la typologie des ressources à l’entrée et de l’usage stratégique du capital d’autochtonie permet de saisir le socle sur lequel reposent les segments professionnels des ACS. Selon Daniel Céfai c’est dans cette atmosphère professionnelle jalonnée de tensions intra-professionnelles que les contours de la segmentation se dessinent.

« Dans ces situations sociales, il devient délicat de “prendre l’attitude d’autrui” et de s’entendre sur l’évaluation des choses, de coopérer en toute confiance et de communiquer sans malentendu. Les mondes professionnels ne sont pas des blocs

sociaux et culturels unitaires. Ils se déploient à travers toutes sortes de conflits qui ont des conséquences non seulement sur les relations personnelles ou statutaires, mais sur la transformation des organisations et des institutions et des transactions entre elles. C'est ainsi que de nouveaux sous-mondes se constituent par un processus de "segmentation" » (2015, p. 26).

Rapporté à la situation des districts sanitaires sénégalais, on observe qu'en leur sein les ACS qui partagent les mêmes préoccupations sont amenés à se réunir pour faire valoir leurs intérêts, parfois contre ou au détriment d'autres membres du groupe. Les rapports conflictuels entre segments, présents aussi dans le raisonnement de Rue Bucher et Anselm Strauss, donnent naissance à une segmentation agonistique qui revisite la taxinomie officielle des sous-catégories effectuée par la cellule de santé communautaire. Elle est structurée par le lieu de travail, l'intensité de l'autorité hiérarchique, l'orientation de la redevabilité envers les facilitateurs du poste occupé. D'abord, le retour des pouvoirs publics locaux dans la pleine gestion de la santé comme compétence transférée aux collectivités locales installe un rapport de forces entre profanes et professionnels, agents expérimentés et agents politisés. Puis, les préoccupations professionnelles d'amélioration du statut des travailleurs spécialisés, notamment des agents communautaires de soin (ou aides-soignants) et des matrones, sont diversement prises en compte par les responsables sanitaires locaux. Enfin, les travailleurs bénévoles polyvalents (*bàjjenu gox*, relais et aides à domicile) se voient, quant à eux, restreindre les portes de la mobilité professionnelle.

Les agents municipaux de santé (gestionnaires trésoriers et employés municipaux de santé) partagent les mêmes convictions politiques et développent les mêmes sentiments de redevabilité envers des responsables des collectivités locales qui les ont « fléchés » dans le dispositif sanitaire. Ce segment professionnel oriente les recrutements municipaux en faveur de ses sympathisants et entretient un rapport politique avec les populations usagères des structures de santé. Pour cette raison, ils sont perçus comme des adversaires par les ACS spécialisés et polyvalents et passent pour des groupes dominants ou privilégiés.

Le « nous » des **ACS spécialisés** (aides-soignant.e.s, des matrones et des dépositaires pharmacie-IB) prend sens dans le cadre des interactions avec le personnel qualifié. Le rôle de personnel de soutien technique au sein des établissements de santé les place sous la tutelle de la maîtresse sage-femme et du major dans les centres de santé et, de la sage-femme et de l'infirmier chef de poste dans les postes et cases de santé. La proximité dans le travail fait du

milieu hospitalier un lieu structurant, qui favorise le rapprochement non seulement avec personnel qualifié, mais aussi entre les personnels subalternes eux-mêmes. L'effacement des sous-catégories d'aide-soignante, de matrone et de dépositaire pharmacie-IB pour donner naissance à ce que nous nommons ACS spécialisés se matérialise au travers des mêmes attitudes : port de la blouse, partage des espaces de socialisation au sein des établissements de santé, usage restreint des expressions d'inclusion comme le tutoiement entre collègues.

Le segment que nous nommons **ACS polyvalents** regroupe les *bàjjenu gox*, les relais et les dispensateur·trice·s de soins à domicile. Le mode d'intervention à « ciel ouvert » les autorise à avoir une autonomie dans le jeu des relations socioprofessionnelles. En collaborant à la fois avec les pouvoirs publics et privés (personnel qualifié, des agents d'ONG et des responsables des collectivités locales), ils deviennent la plaque tournante de la mise en œuvre des programmes et des projets sanitaires. D'une part, l'affiliation aux structures publiques (centres et postes de santé) procure aux ACS polyvalents une légitimité professionnelle qui ouvre une opportunité d'accès aux compétences techniques en soins infirmiers, considérées comme une ressource permettant de mieux se positionner sur le marché local en tant que travailleur et travailleuse social. Parallèlement à cela, les structures publiques restent des pourvoyeurs d'activités sanitaires pour les relais avec qui il est important d'entretenir des relations amicales à travers des séances nettoyage (*set setal*) des centres et des postes de santé et/ou d'organisation de collecte de sang. D'autre part, en plus des activités ritualisées que leur confient les districts sanitaires, les ACS polyvalents collaborent avec les ONG en matière de nutrition (par exemple dans les projets *Micronutriments International*, *USAID/NEEMA*, *Africare UNICEF*). Caractérisés par une multipolarité tutélaire engendrant une faible intensité de l'autorité hiérarchique, les *bàjjenu gox*, les relais et les dispensateur·trice·s de soins à domicile uniformisent leur compétence en se fusionnant pour donner naissance à un segment professionnel que nous nommons ACS polyvalents.

Conclusion chapitre 3

Le capital d'autochtonie donne des privilèges dans l'occupation de l'espace géographique pour la chasse (Chamboredon et Bozon, 1980), la distribution des terres dans une ville religieuse (Guèye 2002), ou encore les activités agropastorales (Rétière, 2003 ; Piermay, 2012). Mais, à côté des légitimités héritées, comme la dimension construite du capital d'autochtonie ouvre des opportunités professionnelles à des personnes qui ne sont pas directement issues de lignées enracinées depuis longtemps dans le terroir, comme « les gars du coin » (Renahy, 2005) ou les « bénévoles à tout faire ». En revanche, son caractère réversible exige d'entretenir ce type de capital d'autochtonie, au travers de jeux d'acteurs. C'est ainsi que des individus avec des trajectoires biographiques décousues, voire concurrentielles, peuvent mutualiser suivant une solidarité corporative. Le collectif formé *a posteriori* à partir du travail bénévole fonctionne comme leitmotiv du développement individuel et collectif. Par une stratégie de « légitimité différée » (sociale, politique et professionnelle), il permet aux ACS de renforcer leur identité en guidant leur (re) présentation de soi, leur affiliation ou désaffiliation avec les populations locales.

Ce néo-communautarisme, résultant d'agrégats locaux centrés sur l'intérêt des individus servant dans un domaine de prestige (la santé) et unis par des relations de travail (Marie et *al.*, 1997 ; Sainsaulieu et *al.*, 2010), prouve que les communautés locales ne prennent pas en charge leur santé comme indiqué dans la politique des soins de santé primaires reprise dans des plans nationaux de développement sanitaire. Ce sont plutôt des acteurs issus de groupes sociaux différents et dotés de divers capitaux qui deviennent des « décideurs » ou des « courtiers » locaux dans le processus du développement de la santé (Bierschenk, Chauveau et Olivier de Sardan, 2000).

De ce point de vue, on peut voir dans le débat sur l'autochtonie en Afrique autre chose que des analyses politistes orientées vers le nationalisme et les mouvements sociaux (Bayart, 2001). Nous estimons que les dynamiques des sociétés africaines, sénégalaise en tous cas, doivent aussi être appréhendées sous un angle universaliste, caractérisé par les mobilisations discrètes des acteurs d'en bas et une autre vision pragmatique et largement féminine du développement local, comme cela a été montré dans la mobilisation solidaire des femmes contre l'émigration (Bouilly, 2019) ou contre leur propre paupérisation, par le développement de microcrédits locaux (Sarr, 1998).

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Le bilan de l'implication des ACS met en exergue trois phases distinctes dont chacune coïncide avec une organisation, des rôles et des pratiques spécifiques à la mise en œuvre de l'action publique reposant sur le travail bénévole. Durant **la phase dite de « participation », dans les années 1970-1990**, les ACS sont mobilisés pour la gestion des établissements de santé. Leur rôle était de changer le caractère hospitalo-centré des établissements de santé et d'y instaurer un visage plus social. En même temps, cette participation marque la fin de la gratuité des soins et l'avènement du recouvrement des coûts (Houéto et Valentini, 2013). Les patients doivent payer pour leur santé. La maladie devient une affaire individuelle. On passe alors d'un modèle socialiste, promu juste après les indépendances en 1960, à un modèle libéral basé sur l'autonomie financière de chaque structure, indépendamment des subventions de l'État et ses partenaires techniques et financiers (Banque Mondiale, Fonds Monétaire International), les dons des bonnes volontés et des fonds de dotation des collectivités territoriales.

Après les programmes d'ajustement structurel, une nouvelle phase est amorcée, celle de l'engagement. Durant cette phase allant des années 1900 jusqu'à 2005, les ACS mobilisent les usagers pour une meilleure prise en charge de leur santé. Ils sont chargés de faire la promotion et la prévention des maladies endémiques, mais également de vulgariser les politiques de gratuité auprès des populations pour les amener à fréquenter les établissements de santé. Ce rôle respectait les critères préétablis par l'OMS et le ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal : habiter le village/quartier, exercer une activité connexe, savoir lire et écrire. L'engagement à temps partiel était gratifié de rétributions symboliques qui autorisaient l'entretien d'un lien amical entre les ACS avec les populations bénéficiaires des programmes/projets de santé, avec lesquelles ils interagissent au quotidien.

À partir de 2006 jusqu'à 2020, avant l'épidémie de COVID-19, les ACS étaient des travailleurs permanents au même titre que les professionnels de santé, les salaires en moins⁶⁴. L'évolution des modalités d'implication (de l'élection à la désignation), l'affaiblissement du sentiment de don de soi (la rareté, voire la cessation des rétributions symboliques venant des populations), l'élargissement des zones d'intervention (diversification des populations à

⁶⁴ On verra plus qu'un système de gratification financière permet de les motiver suivant les forfaits horaires de leur travail, mais aussi de la bienveillance (appréciation individuelle) des responsables tutélaires locaux.

prendre en charge) et l'institutionnalisation de la santé communautaire (création d'une cellule logée au niveau du ministère de la santé) sont autant de facteurs ayant permis aux ACS de connaître des logiques individuelles de réalisation de soi à la base du développement de liens faibles professionnels au détriment des liens forts consanguins caractérisés par des échanges désintéressés.

Responsabilisés, sur-sollicités et considérés comme plaque tournante des activités de livraison de santé au niveau périphérique, autant par les personnels médicaux et paramédicaux que par les responsables sanitaires publics (élus locaux) et privés (membres ONG), les ACS construisent le contenu de leur travail en se légitimant par en haut (responsables institutionnels) et par en bas (populations bénéficiaires des services). Ce processus passe d'abord par l'indépendance systémique dans la livraison de la santé. Les ACS spécialisés et les ACS polyvalents s'appuient mutuellement pour assurer à la fois les actes sanitaires de routine au sein des centres et des postes de santé et les interventions sanitaires auprès des populations. Puis, dans le but de prouver leur utilité sociale à la population, les ACS collaborent pour assurer la continuité des soins, en l'absence du personnel qualifié occupé à effectuer des activités administratives et/ou syndicales. Enfin, le regroupement associatif fonctionne comme bouclier contre la concurrence de groupes de relais temporaires.

Le *community empowerment* reposant sur le travail bénévole est donc un devenir communautaire entre des individus issus de groupes sociaux différents, unis par des intérêts communs et non pas par un collectif communautaire. D'autant que les études menées durant la période de la pandémie par les institutions internationales, en particulier l'OMS et l'UNICEF, font ressortir que les ACS constituent le socle de la résilience des systèmes sanitaires africains (*Le Monde*, 23 février 2021). Cette aura contribuera inéluctablement à renforcer leur dynamique socioprofessionnelle.

Dans cette partie nous avons focalisé notre attention sur les questions des rôles sociaux des ACS et de la formation des légitimités, en montrant qu'il existe un foisonnement d'acteurs sociaux intervenant avec ou sans mandat officiel dans l'amélioration de la santé locale. S'il existe une rupture dans les conceptions de la santé communautaire, elle referme concomitamment des dynamiques socioprofessionnelles dont nous voulons interroger les rapports de genre, les tentatives d'institutionnalisation et les carrières alternatives. Car la diversité des formes de légitimité des ACS laisse transparaître des clivages intra-professionnels qui ne sont dépassés que face à un ennemi commun.

PARTIE II : UNITÉ SPORADIQUE D'UN GROUPE MENANT DES ACTIONS COLLECTIVES DISCRÈTES

Dans cette seconde partie, nous montrons que s'il existe une santé communautaire, elle renvoie à des logiques d'entrepreneuses de cause féminines et des enjeux autour du capital d'autochtonie débouchant sur un sentiment d'appartenance à une sous-classe particulière de travailleurs. Ce dénominateur commun sous-tend le développement des liens faibles au détriment des liens forts, qui ne suffit pas en revanche à protéger leur métier. Pour prouver l'utilité sociale de leur travail, les ACS doivent être en mesure de « *montrer l'utilité, sous un angle ou un autre, de [leur] activité. Cette exigence générale se manifeste avec une force particulière pour les groupes les plus fragiles, parce qu'émergents ou stigmatisés.* » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 447). La force collective des ACS réside d'abord dans une interdépendance systémique les incitant à collaborer pour atteindre les objectifs de prise en charge de la santé des populations. De ce fait, le groupe peut jouer un rôle progressiste, avoir un impact positif auprès des populations qui ont l'habitude de les fréquenter dans les établissements publics de santé où ils sont présents en nombre. Les actions collectives, menées dans la discrétion, reposent sur une unité sporadique qui laisse transparaître un groupe à double face, tantôt frontiste, pour mener des luttes pseudo-syndicales et/ou pour se protéger contre la concurrence externe, tantôt entreprenant, s'appuyant sur des segments professionnels pour se frayer un chemin vers la professionnalisation.

Les ACS apportent ensemble une réponse collective favorable à l'amélioration du travail bénévole. La féminisation massive de leur activité pose la question du genre : sans qu'aucun discours ne porte la trace d'un féminisme déclaré, l'autonomisation via cette activité leur donne accès à une plus grande indépendance familiale et conjugale, même temporaire. Certaines connaissent une promotion sociale, même si le plus grand nombre referme la parenthèse ACS au tournant du mariage. Au plan infra-politique, ils négocient la mise à l'agenda de leurs préoccupations statutaires auprès des élus locaux, de l'État et des responsables de comités de développement sanitaire. Parallèlement, ils adoptent des rhétoriques et des pratiques pour se protéger de la concurrence émanant de la déprofessionnalisation de la gouvernance sanitaire locale. Dans cet écosystème socioprofessionnel où pullulent d'autres candidats au travail bénévole, les ACS s'investissent dans l'organisation collective de leur métier. Leurs actions collectives vont certes contribuer à formater l'action publique, mais de manière inégalitaire, rendant plus dynamique la solidarité au sein des segments professionnels que celle au sein du

groupe socio-thérapeutique. En dépit d'un territoire professionnel commun, on note ainsi une fragmentation des trajectoires professionnelles à travers des formes de professionnalisation alternatives débouchant sur des carrières — individuelles et collectives — globalement prometteuses selon les ACS.

CHAPITRE 4 — UN GROUPE « SOCIO-THÉRAPEUTIQUE » AU FÉMININ

L'engagement bénévole concerne diverses catégories d'individus, suivant les contextes institutionnels et culturels des pays africains (Raven et *al.*, 2015). Les différences de sexuation de l'activité relèvent des défis sanitaires dans chaque pays et des représentations socio-culturelles autour du métier d'ACS. La structure interne des groupes d'ACS diffère donc dans les sociétés ouest-africaines selon les configurations nationales en matière de santé publique.

Au Congo, en République de Guinée et en Sierra Leone, hommes et femmes s'activent conjointement dans la prise en charge de la santé communautaire. La pandémie du virus Ebola, ayant causé 11 000 morts en deux 2 ans (*Le Monde*, 14 janvier 2016), a fini par démontrer la nécessité d'impliquer toutes les forces sociales dans la riposte (Faye, 2015). C'est ainsi que, dans le but d'amplifier la lutte et de diversifier les angles de la riposte, mobilisation communautaire et engagement communautaire se sont entremêlés, élargissant la liste des intervenants locaux (Faye, 2017). Cette situation dans des pays où le besoin pressant de mains d'œuvre communautaire contribue à diversifier les acteurs contraste avec celle en vigueur dans d'autres pays de la sous-région, dans lesquels les représentations populaires dans l'exercice du métier d'ACS favorisent un sexe sur un autre.

Au Ghana, les populations pensent que le travail d'ACS est un travail pour les hommes, compte tenu de sa pénibilité (longues distances à parcourir à pied, faibles rémunérations). Dans ce pays, les bons volontaires sont des hommes, censés avoir plus de temps et de volonté pour assumer ce rôle que les femmes. En RDC, au Sénégal, en Ouganda et au Zimbabwe, les ACS sont au contraire davantage des femmes, âgées en moyenne de 30 ans, avec une expérience et du tact dans les relations avec les femmes, les enfants et les nouveau-nés. Dans ces pays en effet,

« Older women are more likely to become CHWs as they have experience of looking after children and younger unmarried women are seeking salaried employment. However, in Ghana, informants explained that CHWs are more likely to be male. As CHW work requires travelling around communities and is time-consuming, men are more likely to take up this work, while women are more occupied with taking care of their farms, homes and families » (Raven et *al.*, 2015, p. 14).

Ces constats généraux ne renseignent pas sur les rapports de genre suscités par la division sexuelle du travail d'ACS entre groupes minoritaires et groupes majoritaires. Jusqu'ici on a que peu de connaissances sur l'organisation de la division du travail au sein des ACS sénégalais. Si tout laisse à croire que ce groupe est très largement composé de femmes, une minorité d'hommes est aussi représentée justifiant l'attention que nous portons sur les rapports de genre au sein de ce groupe.

Par ailleurs, le débat sur le genre dans le travail bénévole a interpellé beaucoup de sociologues du travail associatif. Les auteurs s'accordent sur le fait que ce monde du travail bénévole est loin d'être un espace protégé, ou un « monde à part », en matière de division sexuelle du travail et de rapports sociaux de sexe (Simonet, 2018b). C'est un monde caractérisé par des rapports de genre, qui reposent ici fondamentalement sur la division du travail des ACS.

Comme nous l'avons annoncé en introduction générale, nous identifions et à analysons les dimensions institutionnelle, organisationnelle, individuelle de la division sexuelle du travail, qui sous-tendent la féminisation des ACS au Sénégal. Car nous convenons que *« Sans conteste, depuis quelque temps, la présence des femmes au sein des groupes professionnels est devenue plus visible qu'ils soient déjà durablement féminisés ou en cours de féminisation »* (Lapeyre et Le Feuve, 2009, p. 425). En ce sens, nous montrons comment les croyances populaires influent l'incarnation des rôles durant le travail d'ACS, en cherchant à savoir **dans quelle mesure la culture sénégalaise a des ramifications dans l'exercice des activités sanitaires par les ACS. Comment les ACS — hommes et femmes — s'approprient-ils la délégation des tâches ? Pourquoi, malgré la présence des hommes, le groupe des ACS demeure-t-il une communauté « socio-thérapeutique » au féminin ?**

Avant de présenter les résultats de notre enquête concernant les questions soulevées, nous faisons un bref rappel historique des approches sur le genre appliquées aux terrains africains. Ce détour permettra de situer notre propos dans un champ scientifique en pleine expansion [section 1]. Ensuite, suivant une démarche comparative, nous décrirons les tâches exécutées par les femmes et les hommes et démontrons que les rôles des ACS obéissent fortement aux attentes des populations bénéficiaires des soins et à la culture sénégalaise en général. Ces deux facteurs participent intensément au processus d'attribution des critères de genre aux métiers sanitaires [section 2]. Puis, nous montrons les perceptions des femmes, en comparaison avec celles des hommes, sur les tâches dites dégradantes ou « sale boulot » [section 3]. En outre, nous constaterons en quoi les femmes perdurent plus longtemps dans le bénévolat que les hommes

[section 4]. Nous finirons par montrer les effets de l'intersectionnalité dans la féminisation du travail d'ACS [section 5].

1. Une autonomie relative des femmes dans le travail sanitaire informel

Dans la partie précédente, nous avons montré comment les relations professionnelles forment une division du travail qui encourage la polyvalence et l'interchangeabilité des ACS. En revanche, nous n'avons pas analysé les mécanismes d'appropriation ou de résistance des ACS concernant la délégation du « sale boulot » (*dirty work*) par le personnel qualifié. La notion de « sale boulot » est empruntée à Everett Hughes (1951 ; 1958). Selon lui, en se centrant sur les emplois industriels et les métiers certifiés par l'université, la sociologie laissait (déjà) dans l'ombre nombre d'autres activités professionnelles et occultait les problèmes fondamentaux que les personnes rencontrent dans leur travail alors que ces problèmes

« sont les mêmes qu'ils travaillent dans un laboratoire illustre ou dans la cuve malpropre d'une conserverie. Les recherches dans ce domaine n'auront pas abouti tant que nous n'aurons pas trouvé un point de vue et des concepts qui nous permettent de faire des comparaisons entre un ferrailleur et un professeur, sans vouloir rabaisser l'un ou traiter l'autre avec condescendance » (1971, p. 123).

Hughes (1970) suggère d'étudier comment métiers modestes et professions prestigieuses sont concernés par une même exigence, à la fois de production du sens du travail et de reconnaissance sociale des tâches assumées.

Arlène Kaplan Daniels (1987) emprunte cette mise en perspective pour traiter de la question de carrières invisibles des femmes des classes moyennes et supérieures dans le bénévolat aux États-Unis. Xavier Dunezat (2008) et Sophie Rétif (2013) se sont intéressés respectivement aux rapports de sexe, de classe et de race dans les collectifs militants et aux logiques de genre dans le monde associatif en France. La prolifération des thématiques de recherche sur les inégalités de genre prouve à quel point les processus d'assignation au féminin sont reproduits dans l'espace associatif (Simonet, 2018a).

Cette topographie de la réalité sociale dans les sociétés occidentales est aussi observable dans les sociétés africaines. Comme nous l'avons déjà montré dans le chapitre 2, le dispositif sanitaire englobant les ACS constitue un cadre institutionnel d'encadrement travail bénévole au niveau périphérique. Mais du fait des trajectoires biographiques décousues le travail des

ACS se présente comme un tremplin vers l’insertion professionnelle. En traitant des différents niveaux de décisions dans la division sexuelle du travail entre ACS (hommes et femmes), nous identifions ici les différenciations basées sur le genre, et en analysant les implications dans la mise en œuvre de l’action publique sanitaire au niveau local. On débouche alors sur l’idée que le sale boulot peut être appréhendé comme une construction sociale qui ne nie pas les influences de l’environnement social, culturel, économique sur les comportements des travailleurs. La féminisation des ACS est sous-tendue par une construction politique d’acteurs impliqués dans la prise en charge de la Santé maternelle néonatale et infantile (SMNI). Pour le montrer, nous appuyons sur une approche comparative de corrélation des variables, renforcée par des observations, des entretiens approfondis et des *focus groups*.

Avant d’y arriver, intéressons-nous au préalable à la dualité inhérente aux études de « genre » dans le continent africain : si elles sont devenues de plus en plus nombreuses dans le monde occidental, à l’inverse ces études restent très récentes en Afrique, marquées par une opposition originelle entre approches occidentale et africaine.

1.1. Un kit conceptuel alliant approches « radicale » et « modérée » du genre

L’histoire du genre en Afrique de manière générale, au Sénégal en particulier, laisse transparaître une confrontation entre deux perspectives de recherche. Les propos recueillis lors d’une entrevue avec la sociologue Fatou Sow⁶⁵, pionnière de l’approche du genre au Sénégal, montrent l’importance qu’accorde la communauté scientifique africaine à cette question.

« Ce que les chercheuses africaines disent, c’est que les Africaines doivent en toute autonomie mener les études sur elles-mêmes. Ce que nous avons revendiqué, de même que nombre de chercheurs africains sur l’Afrique, c’est notre droit légitime et notre priorité à mener notre propre recherche sur nous-mêmes. Toute production de connaissance est fondée sur des rapports de pouvoirs. L’Occident “dominant” a du mal à comprendre l’importance du regard de soi sur soi, quand on a été l’objet du regard de l’autre sur soi en tout. L’Occident ne nous met pas dans les mêmes catégories du savoir. C’est difficile de subir le discours de l’anthropologie sociale, économique, juridique, politique, voire médicale, de l’ethnohistoire, etc. Des concepts spécifiques ont même été créés pour les autres : tribu, dialecte, mythe, tradition, etc. Les Africaines

⁶⁵ Sociologue sénégalaise installée en France depuis 1998, et chargée de recherche au laboratoire sociétés en développement dans l’espace et dans le temps (SEDET/CNRS).

ont perdu énormément de temps à s'opposer au discours de l'autre, juste pour en vérifier la légitimité et se faire une place. La légitimité du regard, c'est toute la question posée ici ». (Fall-Sokhna et Thiéblemont-Dollet, 2019, p. 3).

D'un côté, l'approche radicale du genre, c'est-à-dire une opposition systématique masculin/féminin ou homme/femme. Pour les chercheuses africaines, il fallait s'ériger contre ce qu'elles ont considéré comme un colonialisme intellectuel occidental (Touré, 1997). Cette approche a été remplacée, ensuite, par une approche plus modérée du genre qui envisage les rapports sociaux de sexe sous l'angle du partenariat, de l'interdépendance et de la complémentarité, notamment dans la sphère privée. Pour ces chercheuses, il n'est plus question d'appréhender le genre comme objet de lutte entre les hommes et les femmes.

Dans cet esprit, l'Association des femmes africaines pour la recherche sur le développement (Afar) a été créée en 1977 pour fournir un cadre de réflexion. Malgré la mise en place de ce cadre, les publications sont relativement récentes du fait de plusieurs difficultés⁶⁶, elles ne commencent qu'en 2004 avec le soutien du Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales (Codesria), dans la « Série sur le genre » ou *Gender Series*. Les principales thématiques de recherche tournent autour du droit, de l'éducation, des violences faites aux femmes et de l'entrepreneuriat féminin.

Les recherches sur la thématique portant sur les inégalités masculin/féminin dans le cadre du « travail » sont encore très rares. D'où l'importance d'ouvrir la perspective de manière pragmatique⁶⁷ pour explorer d'autres sphères émergentes, comme celle du monde du travail bénévole des ACS. Nous proposons un « kit conceptuel » qui concilie les deux approches *hard* et *soft*, tout en intégrant les dimensions historique et traditionnelle dans l'analyse des rapports de genre dans le travail d'ACS. Il convient pour nous d'identifier et de distinguer les facteurs liés à la domination d'un sexe sur un autre, ou au contraire à la complémentarité, à

⁶⁶ Selon Fall-Sokhna et Thiéblemont-Dollet (2019), ce n'est véritablement que depuis 2004 que les questions de genre ont pris forme à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar dans le cadre de la création du laboratoire Genre de l'Institut fondamental d'Afrique noire, dirigé par la sociologue Fatou Sarr, grâce à l'appui du programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et du centre de recherches pour le développement international (CRDI). Ce laboratoire n'a réellement commencé à fonctionner que depuis mars 2007. Il s'est désigné comme un lieu de coordination entre différents partenaires intéressés par cette thématique (chercheurs de différentes disciplines, étudiants, mais également acteurs du monde politique — représentants élus de la République, etc. — et/ou associatif).

⁶⁷ C'est ce pragmatisme que prône Amsatou Sow Sidibé, juriste, enseignante-chercheuse à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD) : « la recherche sur un continent comme l'Afrique ne doit pas être "ghettoïsée". C'est la "civilisation du donner et du recevoir", comme l'a toujours prôné Léopold Sédar Senghor qui doit nous guider en matière de recherche sur le genre » (*in* Fall-Sokhna et Thiéblemont-Dollet, 2019, p. 7).

l'acquiescement tout en évitant le manque de rigueur dans la différenciation susceptible de conduire à des analyses essentialistes.

L'ouvrage intitulé *Féminin/Masculin. Sociologie du genre* (2004), de Christine Guionnet et Éric Neveu, a tenté de briser cette approche essentialiste. Les auteurs ont mis en garde contre les facilités d'une sociologie paresseuse qui s'adosserait à cette seule variable binaire : femmes versus hommes. Si le genre sert pour une variable corrélée à toutes les pratiques sociales (ou presque), il ne doit pas être érigé en variable indépendante. Il faut prendre en compte, dans l'analyse, d'autres catégories analytiques (comme le sexe, l'âge et la situation matrimoniale) participant directement ou indirectement à l'attribution de places aux femmes et aux hommes dans divers domaines : politique, économique, social, professionnel. L'intégration des rapports sociaux de genre comme catégorie analytique dynamique permet de décrire avec exactitude la réalité sociale des sociétés africaines, souvent prise en otage par le double héritage patriarcal dominant colonial et arabo-musulman.

1.2. Malgré le patriarcat, entrevoir des nids d'autonomisation des femmes

La notion de patriarcat rend compte des analyses qui conçoivent que « *les femmes en tant que groupe social partagent une situation commune d'oppression ou de domination masculine, matérielle et culturelle, dont les fondements résident dans le système de parenté et le mariage [...]* » (Mosconi et Paoletti, 2017, p. 171). Depuis les années 1970, cette matrice déterminante des effets du patriarcat a permis de penser la domination masculine et de faire avancer la cause féminine dans les pays occidentaux, où « l'égalité en droits est quasi réalisée » (Mace, 2015).

Pour émanciper les femmes africaines, les pays ont ratifié la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et le protocole de Maputo (ou Charte africaine des droits de l'homme et des peuples) relatifs aux droits des femmes en Afrique. L'égalité entre hommes et femmes est inscrite dans des politiques de développement national. Mais les effets des mesures politiques ne se ressentent que très modestement dans la réalité quotidienne des populations. Malgré des acquis, notamment sur la scolarisation des filles, la parité en politique et le recul de l'excision, les femmes sont toujours dominées par les hommes, à la fois dans l'espace public et privé du fait de la solide implantation du patriarcat.

Au Sénégal en particulier, le patriarcat s'appuie principalement sur les fondements de la parenté provenant de l'héritage arabo-occidental et des préceptes religieux du mariage (islam et christianisme). La filiation reste largement patrilinéaire. Les enfants portent le nom du père et

héritent de lui. Dans le partage des biens matériels et économiques la part de l'homme est le double de la femme. Et il jouit d'une autonomie concernant ses choix de vie (notamment professionnels), tandis que la femme subit souvent des contraintes parentales ou maritales. Par exemple, une femme peut conduire, toucher son salaire, faire des études, ouvrir un commerce... mais à chaque fois elle demande l'autorisation à un homme. La femme mariée, monogame ou polygame, est généralement dominée par son époux. La participation du mari à l'orientation des activités de sa/ses femme-s conforte cette domination masculine.

Dans cette société sénégalaise où sévit une inégalité coutumière favorable aux hommes, il existe cependant des secteurs professionnels où les femmes s'épanouissent. Les organisations du travail initiales sont en pleine mutation chez les ACS. On verra que la féminisation des activités de *care* et de soins n'est pas que numérique, du fait de la présence très majoritaire des femmes dans les personnels en présence, elle est aussi inscrite dans les représentations sociales de l'activité (Raven et *al.*, 2015). On prête aux femmes une plus grande constance, moins de bifurcations de carrière, du fait des moindres opportunités professionnelles qui se présenteront à elles. La tradition veut également qu'elles prêtent une plus grande attention aux problèmes sanitaires touchant à la maternité et à la progéniture.

En devenant ACS, beaucoup de femmes font une expérience déliée de la domination masculine.

« C'est en devenant bàjjenu gox que j'ai pu siéger dans le conseil de quartier. [...] Le conseil de quartier c'est un groupe d'autorités locales composé du chef et des délégués de quartier et de l'imam, chargé de la gestion des affaires du quartier : conflits, cérémonies, solidarités. Récemment dans le cadre de la distribution des aides aux familles impactées négativement par la COVID-19, j'ai participé à l'identification des familles démunies dans le quartier sur ordre du préfet au chef de quartier. Il a carrément dit que : 'sans mère Diagne dans le conseil, je ne signerai pas l'autorisation d'attribution des dons'. » (RDV, AD, femme, 56 ans, bàjjenu gox).

L'intégration des instances locales de décisions ouvre également des portes permettant de prendre en charge les besoins spécifiques des femmes.

« Depuis que je suis devenu matrone j'arrive à subvenir à mes besoins personnels de femmes sans tendre la main à chaque fois à mon mari. Au-delà de ma personne, je connais des services sociaux de l'hôpital et de la mairie où je peux me rendre pour

demander de l'assistance aux autres femmes n'ayant pas les moyens pour acheter leurs ordonnances. » (RDV, SN, femme, 50 ans, matrone).

Devenir ACS autorise les femmes à participer activement au développement socioéconomique de leurs familles respectives et leur permet d'élargir ainsi leurs horizons économique, politique et social (Sarr, 1998).

Mais dans ce contexte d'omniprésence des rapports de genre, des situations d'autonomisation partielle peuvent se présenter, notamment dans le contrôle même partiel de territoires professionnels pour l'accès aux activités et aux couvertures sociales. Nous adoptons une perspective qui admet des relations de causes à effets liées au patriarcat, rarement employée par les chercheurs africanistes créant de ce point de vue une carence dans la *gender analysis* appliqué aux sociétés africaines (Pambé et Sawadogo, 2017). En mobilisant des notions majeures et contrastées des études sur le genre : « care », « invisibilité », « intersectionnalité », nous examinons les processus sociaux et genrée entre ACS, notamment sous l'angle des percées émancipatrices.

2. L'omniprésence des rapports de genre dans le champ sanitaire

La tendance internationale à la bipolarisation, des métiers, des spécialités, des professions, a fini par instaurer des « chasses-gardées » d'activités professionnelles pour les hommes, ou des activités dédiées exclusivement aux femmes. Une meilleure compréhension de ce phénomène avait motivé la tenue du X^e congrès mondial de sociologie à Mexico en 1982 à l'issue duquel un livre collectif a été produit : *Le sexe du travail. Structures familiales et système productif. Vers une sociologie des rapports entre hommes et femmes ?* Parus en 1984, les actes de ce colloque regroupaient les réflexions de 26 contributrices. Il représente un manifeste théorique et pratique sur la « division sexuelle du travail ». Les contributions ont principalement porté sur les éléments d'explication socioculturels du choix du travail, de l'attribution des rôles et des tâches par sexe. Par la suite, plusieurs études ont développé de manière fulgurante ce sujet et ont élargi la perspective sur les rapports hommes/femmes dans le travail organisationnel, voire les critères de choix d'un métier, d'une carrière (Maruani, 2000).

Ces études ont sans doute contribué à améliorer la situation d'inégalité dans le travail entre les hommes et les femmes dans les pays occidentaux. La tendance au nivellement des différences basées sur le sexe est cependant moins marquée en Afrique subsaharienne, où la différence entre les rôles d'homme et de femme reste vivace. Dans les représentations des populations

subsistent, en effet, des prérogatives spécifiques à la femme ou à l'homme dans les sphères familiales et professionnelles. Dans le domaine sanitaire spécifiquement, l'ombre du genre oriente officieusement l'accès aux métiers socio-sanitaires (médicales, paramédicales, travail social) ainsi que les rapports entre soignants et soignés (entre la communauté hospitalière et les bénéficiaires des soins). Même si les femmes sont plus nombreuses que les hommes, on verra qu'elles occupent encore des rôles secondaires dans la division sexuelle du travail, surtout au sein des établissements de santé. Par exemple, les sages-femmes sont souvent sous la tutelle des infirmiers, même quand ces derniers sont moins expérimentés. Ou encore, les femmes (matrones) sont plus contrôlées par le personnel paramédical dans l'exercice des tâches d'entretiens que les hommes (aides-soignants). Elles sont ainsi plus nombreuses, mais plus dédiées à des rôles peu reconnus, voire invisibles. La différenciation repose sur l'idéologie dominante auprès des populations bénéficiaires et une division sociale des rôles et des statuts, qui participent fortement à l'orientation des choix des métiers de la santé et de la division sexuelle des tâches. La conjonction de ces éléments cristallise une sorte de domination masculine symbolique.

2.1. Spécialisation de genre des métiers sanitaires selon les perceptions des usagers

Les populations usagères des structures de santé sont présentes dans les interactions, mais aussi dans les représentations symboliques. Dans la société sénégalaise, une représentation bipolaire des activités professionnelles opère comme norme socioculturelle. En effet, la bipolarisation des spécialités occupe une place prépondérante à l'échelle paramédicale, notamment entre les infirmier·ère·s et les sages-femmes. En France, par exemple, ces deux catégories paramédicales sont fortement féminisées, soit respectivement 87 % et 99 % (Bessière, 2005), au Sénégal, il n'existe pas encore d'homme sage-femme (comme en France et en Suisse) d'une part et, d'autre part, les infirmières restent sous représentées (environ ¼ du personnel paramédical). La nomenclature officielle renfermant l'adjectif « chef » — infirmier chef de poste (ICP) — conforte la masculinisation de cette fonction. Il y a donc un cloisonnement genré des métiers : sage-femme pour les femmes, infirmier pour les hommes. Dans les postes de santé, l'infirmier et la maternité sont deux entités distinctes, mises sous la tutelle de l'ICP. La sage-femme, quelles que soient son ancienneté ou ses compétences, reste sa subordonnée.

La domination structurelle, conditionnant peu ou prou cette réglementation instituée par les autorités institutionnelles, oriente indirectement les préférences d'affectations des femmes infirmières. En effet, à la fin de leur formation le redéploiement de ces dernières se heurte à des

résistances telles que la peur individuelle, la dissuasion familiale, l'interdiction maritale, etc. La majeure partie des femmes infirmières préfèrent travailler dans les zones urbaines plutôt que dans les zones reculées pour des raisons de sécurité et de proximité avec leurs familles. Face à ces réticences, la direction générale de santé chargée des ressources humaines et le corps enseignant de l'école nationale des travailleurs sociaux spécialisés (ENTSS) continuent à encourager les candidatures masculines et féminines, à juste titre, sans discrimination envers l'une ou l'autre. Cela n'est pas de nature à promouvoir la mixité au sein des métiers paramédicaux.

La bipolarisation — infirmier et sage-femme — est reproduite entre ACS — hommes et femmes — engagés au nom de la citoyenneté sanitaire. Les aides-soignant·e·s sont majoritairement des hommes travaillant à l'infirmierie ; les matrones sont des femmes travaillant à la maternité ; les relais et les dispensateur·trice·s de soins à domicile sont majoritairement des hommes facilitant le travail de l'ICP auprès des populations ; les *bàjjenu gox* sont des femmes facilitant le travail de la sage-femme auprès des populations. Les soubassements culturels des représentations présentés dans l'encadré ci-dessous montrent que la tradition inégalitaire donne un imaginaire inégalitaire de la division du travail. Des femmes adultes donnent leurs avis sur les métiers médicaux, paramédicaux et ACS. Leurs perceptions de la légitimité d'un homme ou d'une femme à occuper une fonction donnée, déterminent leur recours aux soins proposés par les agents issus des métiers susmentionnés. Mais en pratique, ils et elles vivent des rapports complémentaires égalitaires dans la prise en charge de la santé locale.

Cependant, dans l'imaginaire des publics femmes la différenciation genrée des services entre ACS — homme et femme — occupe une place importante. Le tableau suivant illustre les points de vue des femmes en âge de procréer sur les métiers sanitaires lors des *focus groups*.

Tableau n° 9 : Matrice genrée des métiers de la santé d'après les représentations des Femmes pubères

<i>Échelles de spécialisation</i>	<i>Pour les hommes</i>	<i>Pour les femmes</i>
<i>Paramédicale</i>	Infirmier-chef de poste « [...] Cela dépend de la personne. Mais les hommes comme les femmes peuvent gérer un poste ».	Sage-femme « Bien évidemment une femme. Moi, si un homme devient sage-femme, je préfère accoucher à la maison. »
	Aide-soignant·e « L'aide-soignant·e doit être disponible quand même. Le profil des hommes est plus compatible avec ce poste. Ils ont plus de	Matrone « C'est un travail de femme. Il faut du vécu et de l'expérience pour bien assumer ce rôle. »

<i>Communautaire</i>	temps et moins de contraintes familiales ou sociales que les femmes. L'aide-soignant-e qui s'absente beaucoup ce n'est pas bon pour la structure. »	
	Relais/Dispensateur·trice de soins à domicile « Le travail de relais est infernal. Ils marchent des kilomètres pour aller dépister les enfants, rechercher des perdus de vie (TB ou vaccination), porte-à-porte, VAD. À la base c'est un travail d'homme, mais on voit de plus en plus des femmes assurer ce rôle. »	<i>Bàjjenu gox</i> « La réussite de leur rôle est tributaire à la proximité avec la population en général, les femmes en particulier. Elles connaissent tous les secrets des femmes. Moi particulièrement je me confie beaucoup à elles. Il est rare de voir une affinité pareille entre les hommes de génération différente. »
	Pour les hommes ou les femmes (mixtes)	
	Gestionnaires trésoriers « Des hommes et des femmes. Il faut de la surveillance mutuelle. »	
	Dépositaires pharmacie-IB « Des hommes et des femmes. Même s'il faut admettre que les femmes gèrent mieux les recettes que les hommes, il y a eu des détournements d'argent dans le passé. »	

De ce tableau, il ressort que les femmes en âge de procréer attribuent des fonctions spécifiques aux hommes, aux femmes ou aux deux. Aux femmes appartiennent les fonctions de sage-femme, de matrone, de *bàjjenu gox*, alors que les fonctions d'infirmier-chef de poste, d'aides-soignant-e-s, de relais et de dispensateur·trice-s de soins à domicile sont attribuées surtout aux hommes. Elles soulignent aussi que les « braves femmes », c'est-à-dire celles ayant fait de longues études (en médecine ou en infirmerie) ou dotées d'une disponibilité en temps et d'une endurance sur le terrain (aides-soignant-e-s, relais, dispensateur·trice-s de soins à domicile), peuvent valablement occuper les autres fonctions. Les fonctions de gestionnaires trésoriers ou dépositaires pharmacie-IB sont à la portée des hommes et des femmes, avec une préférence accordée aux femmes en matière de gestion.

La condition de femme établit *de facto* une assurance liée à l'exemplarité (moins corrompu) et au vécu de la personne chargée de s'occuper de la grossesse (expérience de grossesse). Ainsi, l'imaginaire collective des populations (clients ou patients) influence les processus de sexuation et de déséxuassions des métiers, de féminisation ou de masculinisation. La ségrégation horizontale entre les spécialités qui découle de cette imaginaire entretient un cloisonnement des métiers en santé. Le dynamisme des programmes dédiés à la maternité contribue à rendre les femmes ACS plus visibles dans les interventions de santé communautaires, ainsi que leur

responsabilisation plus grande et plus diversifiée. Loin d'être donc une abstraction l'attribution de nombreux métiers aux femmes se reflète jusque dans la pratique.

2.2.La répartition des activités entre ACS : les femmes plus sollicitées que les hommes

La répartition porte sur la comparaison des activités d'ACS hommes et femmes. En s'appuyant sur les données des responsables des soins de santé primaire et des associations des acteurs communautaires dans les quatre districts enquêtés, nous avons montré la proportion statistique entre les hommes (12 %) et les femmes (88 %). Si l'on se base sur ces résultats, on note que plus de 4/5 des ACS sont de sexe féminin, contre 1/5 d'homme seulement. La présence des hommes est plus marquée, par ordre décroissant, dans les groupes des relais, des aides-soignant·e·s et des dépositaires. Toutefois, nous n'avons que très peu de connaissances sur les activités des unes et des autres dans le système sanitaire. En effet, les activités dans les districts sanitaires sont subdivisées en 4 volets distincts : la Santé maternelle néonatale et infantile (SMNI), l'amélioration de la qualité des soins, la gouvernance et la lutte contre la maladie. Les ACS — hommes et femmes — interviennent différemment dans les 4 volets, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous. Pendant que les femmes font des activités de SMNI leur chasse-gardée, les hommes ont la main mise sur le volet de la gouvernance des ressources humaines. Les deux groupes se partagent les activités de lutte contre la maladie, tandis qu'ils/elles ne sont pas associé·e·s dans la prise en charge de l'amélioration de la qualité des soins.

Tableau n° 10 : Comparaison des volets d'intervention des ACS

<i>Sexes</i>	<i>Santé maternelle néonatale et infantile</i>	<i>Qualité des soins</i>	<i>Gouvernance</i>	<i>Lutte contre la maladie</i>
<i>Femmes</i>	X			X
<i>Hommes</i>			X	X

Cette description permet de remarquer deux conséquences majeures. Le premier est que les ACS n'interviennent pas dans tous les volets d'actions au sein des établissements de santé. Le volet duquel ils sont exclus — l'amélioration de la qualité des soins — couvre les activités de planification politique, professionnelle et économique en vue de maximiser l'offre de soin. La qualité des soins reste technicisée et éminemment assimilée à des efforts pour relever les plateaux techniques des structures de santé. À ce titre, les ACS — hommes ou femmes — ne sont pas impliqués dans ce cadre d'orientation. Or l'amélioration de l'accueil pour laquelle les

ACS sont des acteurs centraux est un élément fondamental dans la qualité des soins aux yeux des patientes.

Le second fait est celui d'une différence dans la charge de travail entre femmes et hommes. Il y a une prédominance des activités et une plus grande densité du travail des femmes, contrairement à celui des hommes. Par exemple dans le volet de la SMNI, il y a des interventions préventives dédiées en priorité aux femmes visant à améliorer la santé de la mère et la survie des enfants. Cela est le résultat d'une certaine construction politique parce qu'on finance davantage ce domaine et qu'on y sollicite plus les femmes que les hommes. Il s'agit principalement de la vaccination, de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, de la supplémentation en micronutriments (vitamine A et zinc), de l'utilisation des moustiquaires imprégnées et des médicaments antipaludiques, de la thérapie de réhydratation par voie orale en cas de diarrhée, de l'utilisation d'antibiotiques en cas d'infection respiratoire aiguë ou des dysenteries. Parallèlement, dans le volet gouvernance les hommes ne s'occupent que de la gestion financière : recettes et dépenses. Étant donné que la gouvernance du système sanitaire se fait à plusieurs niveaux (ministériel, régional, départemental, communal), les ACS participent à la gouvernance à partir du niveau départemental qui épouse les limites du district sanitaire. Les hommes prennent part à la lutte contre la maladie comme aides-soignants ou comme relais. Ils participent aux programmes (tels que le programme élargi de vaccination, la lutte contre la tuberculose ou le VIH) et aux soins infirmiers dans les structures de santé. En revanche, ils ne peuvent pas participer à tous les programmes de santé, en particulier à ceux qui touchent l'intimité de la patiente, notamment la planification familiale des consultations prénatales et postnatales (*cf.* encadré ci-après). Les rôles dédiés aux hommes sont, par conséquent, plus restreints et délimités, mieux : ces derniers perdent du terrain par rapport aux femmes.

Encadré n° 6 : Des programmes chasse-gardés des femmes

Quand un programme tente de nier une compétence spécifique aux femmes, les conséquences ne se font pas attendre. Le cas de l'intégration des méthodes longue durée dans le paquet d'activités des infirmiers-chefs de poste et de l'introduction de l'offre initiale de pilules et de contraceptifs injectables au niveau périphérique en est une illustration. Ce programme visait le renforcement des activités de planification familiale, avec la généralisation des services jusqu'au niveau périphérique à travers une extension du vecteur de la distribution (ECPSS, 2017). L'objectif était de faire des hommes des distributeurs de produits de contraception au même titre que les femmes. Cette approche nouvelle, tentant de nier les spécificités de sexe, n'a pas été sans conséquence sur la réussite des interventions.

En analysant les besoins non satisfaits en produits de planification familiale (dispositif intra-utérin, pilule, condom féminin) initiés par l'État et ses partenaires techniques et financières, Marème Diallo (2018) soutient que le succès des programmes de planification familiale est étroitement lié aux étiquettes de genre et au processus d'assignation des rôles. Les zones où le programme a réussi sont celles où les relais-femmes ont assuré la communication et la distribution des produits. À l'inverse, le programme a échoué dans les zones utilisant les ACS hommes dans la prise en charge de la contraception. Les femmes pubères (16 à 50 ans) bénéficiaires des produits de planification familiale ont été plus réceptives auprès des distributrices que des distributeurs. Selon l'auteure, cette attitude s'explique par l'apprentissage par l'expérience, qui est très valorisée par les bénéficiaires qui se sentent en sécurité lorsqu'elles ont en face d'elle une distributrice prête à partager ses expériences de femmes usagères avec elles. Ce rapport femme/femme autorise des retours d'expériences à propos des effets secondaires dont les bénéficiaires ne sont pas toujours informées et que les femmes en âge de procréer sont souvent gênées à discuter avec un homme. Dans ce registre les hommes sont de fait disqualifiés. À cela s'ajoute l'utilisation de l'image de la femme dans les spots de publicité du programme à la télévision, qui a fortement contribué à déterminer l'appropriation ou non du service rendu par les ACS suivant le sexe du prestataire. La féminisation du travail d'ACS reste à ce titre une réalité accentuée par les interactions socio-thérapeutiques avec les populations qui sont favorables aux compétences féminines. La différence entre les femmes et les hommes s'accroît en faveur des femmes qui reprennent la fonction de *care* qu'elles occupent au sein de la société sénégalaise. Ce retournement du stigmate a déjà été souligné par Anne Marie Arborio dans ses travaux concernant les aides-soignants en France. Dans le cas des ACS alors que le *care* désigne une occupation domestique inégalitaire, les femmes prennent dans une certaine mesure leur revanche en étant prioritaires devant l'emploi sanitaire.

Par ailleurs, ajoutons qu'il y a également un afflux des femmes dans les comités de développement sanitaire. Rappelons que la domination « numérique » des hommes sur les femmes dans la constitution des membres des comités de gestion sanitaires remonte à l'initiative de Bamako en 1997, période durant laquelle la population africaine était conviée à participer à la gestion financière des établissements de santé. Suite à cet appel, les hommes ont été massivement représentés dans les instances financières. Cela avait fait dire à Didier Fassin (1989, 1996) que la composition des comités de santé ne faisait que reproduire les inégalités et le système de domination en vigueur dans les sociétés ouest-africaines.

Aujourd'hui, la tendance s'est inversée, car les ACS femmes sont plus « qualifiées », du moins socialement, pour prendre en charge la santé d'une frange vulnérable de la population. L'imaginaire inégalitaire s'est retourné, dans une certaine mesure, en une complémentarité égalitaire. Les femmes sont impliquées quasiment dans tous les volets stratégiques des programmes mis en œuvre par les districts, par contraste avec les ACS hommes dont les rôles se rétrécissent de plus en plus. Par exemple, les séances de *toggal* sont des moments forts de communion et de solidarité entre les parents et les ACS considérés comme les « anges gardiens » des tout-petits. Ils gagnent en estime et en considération aux yeux des populations

grâce, d'une part, à la symbolique autour de l'enfant érigé en « bien commun » pour tous les groupes sociaux et, d'autre part, du fait de la paupérisation des ménages qui n'arrivent plus à satisfaire les besoins alimentaires des enfants.

La féminisation du poste de gestionnaire financier des centres et des postes de santé est la preuve de cette extension des territoires professionnels des femmes vers des postes stratégiques. La littérature a longtemps pointé du doigt la mauvaise gestion de l'argent des établissements de santé (Ridde et *al.*, 2016) par les hommes en particulier (Ridde, 2016). C'est l'une des raisons pour laquelle la fonction de trésorière est de plus en plus dédiée aux femmes. :

« Les femmes sont plus honnêtes que les hommes. Elles ont peur d'être étiquetées dans leurs localités. Elles n'aiment pas qu'on leur prenne pour des truands. Elles tiennent à leur réputation. C'est la raison pour laquelle elles gèrent mieux les entrées et sorties d'argent. » (Focus group, ACS régions Kolda et Kaolack).

La bonne gestion des recettes constituerait un baromètre d'expression des « qualités féminines » (Simonet, 2018a). Les dépôts des pharmacies-IB sont de plus en plus gérés par les femmes. Les hommes perdent du terrain tandis que les rôles des femmes s'étendent de plus en plus dans le secteur de la santé. Leur polyvalence devient sans limites objectives ou subjectives.

Nous avons montré plus haut que tous les ACS sont socialisés de façon à uniformiser leur compétence, donc de manière polyvalente (*cf.* chapitre 1). Mais la polyvalence des femmes est plus prononcée que celle des hommes. En effet, la polyvalence renvoie à la capacité que les ACS ont à occuper des rôles différents de ceux qui leur sont dévolus initialement. Elle étend leur espace professionnel et les amène à intervenir dans d'autres territoires professionnels (Castra et Sainsaulieu, 2020), débordant ainsi les prérogatives rattachées à leurs dénominations officielles et à leur appartenance à une sous-catégorie spécifique. Si les ACS travaillant au sein de structures de santé et les ACS intervenant au sein des foyers font tous œuvre de polyvalence au travail, leur autonomisation professionnelle respective emprunte des directions différentes. Les premiers sont spécialisés dans les secteurs sanitaires, tandis que les seconds interviennent conjointement dans les secteurs de l'éducation et participent à la lutte contre la vulnérabilité économique des familles. Donc la polyvalence au travail (technique) est à distinguer de la polyvalence professionnelle (relationnelle), qui caractérise principalement des travailleuses à ciel ouvert intervenant auprès des habitants, et qui relèvent de plusieurs autorités de tutelle (responsables locaux, agents ministères et ONG).

Toutefois, même si les femmes sont plus nombreuses que les hommes, elles occupent encore des rôles secondaires dans la division sexuelle du travail, surtout au sein des établissements de santé. Par exemple, les sages-femmes sont souvent sous la tutelle des infirmiers, même quand ces derniers sont moins expérimentés. Ou encore, les femmes (matrones) sont plus contrôlées par le personnel paramédical dans l'exercice des tâches d'entretiens que les hommes (aides-soignants). Elles sont ainsi plus nombreuses, mais dédiées à des rôles peu reconnus, voire invisibles.

3. Les tâches dites « dégradantes » : les femmes mieux préparées que les hommes

La féminisation suit son cours ; du fait de leur acceptation du sale boulot, les femmes s'approprient plus le rôle que les hommes. L'identification des tâches perçues comme dégradantes permet de montrer comment, de part et d'autre, les hommes et les femmes tentent de traduire et de domestiquer leurs rôles respectifs. Le *dirty work* pour les ACS désigne les tâches dévalorisantes déléguées par le personnel de tutelle au personnel subalterne. Elles sont, de ce point de vue, pour les travailleurs qui le subissent une activité à faible valeur ajoutée, qui permet de penser les rapports de domination dans le travail. Pour Hughes (1971), le *dirty work* est un élément de domination dans l'initiation à la culture professionnelle ou encore le passage à travers le miroir. Anne-Marie Arborio (2009) arrive à la même conclusion dans ses travaux concernant les aides-soignantes en France. Pour l'auteure, le « sale boulot » qui rend invisible le travail des aides-soignantes à l'hôpital découle principalement des rapports de domination. Il constituerait ainsi une activité chronophage qui n'a aucun prestige, aucun rendement du point de vue de leur mobilité professionnelle.

L'évolution des tâches des ACS est fortement tributaire du déficit en personnels soignants et des mouvements d'humeurs intempestifs qui caractérisent le système sanitaire. Face à une demande de soins de plus en plus pressante, les ACS voient leur responsabilisation croître, mais de manière déséquilibrée, entre les femmes et les hommes. Le personnel soignant délègue plus de tâches aux femmes avec qui il entretient une collaboration plus étroite qu'avec les hommes. La féminisation dont il est question ici ne consiste pas seulement dans l'omniprésence des femmes au travail, mais également de la qualité de leurs rapports au travail ainsi que des attitudes genrées face au sale boulot. En évitant les éventuels préjugés en rapport avec leur situation de genre, les femmes font montre d'une meilleure prédisposition à exécuter les tâches

déléguées, notamment le nettoyage des salles d'accouchement, des suites de couches, d'attentes, d'injections.

Deux types d'activités sont mises en œuvre à l'échelon des districts. Premièrement, les activités curatives de soins routiniers ou stratégies fixes. Secondairement, des activités préventives sont effectuées auprès des groupes stratégiques de la population (femmes enceintes, enfants nouveau-nés, malades du paludisme ou de la tuberculose) ou stratégies avancées. Les stratégies avancées renferment toutes des tâches perçues comme dégradantes par les ACS, mais de façon différenciée. Il s'agit principalement des activités censurées par les normes sociales ou celles caractérisées par des contraintes dans l'exécution. Dans les quartiers/villages, les ACS y indexent les activités nécessitant du « porte-à-porte » telles que les *set-setal*, les visites à domicile et la recherche des perdus de vue. Dans les établissements de santé, on note des activités liées à l'entretien comme le balayage des bureaux de consultation, des salles d'accueil et d'accouchement et le nettoyage des lits après l'accouchement, des toilettes, de la salle d'injection. Tous les ACS, hommes et femmes, semblent unanimement percevoir le « porte-à-porte » comme une activité dégradante, alors que, en ce qui concerne le nettoyage, les femmes font preuve d'un plus grand consentement que les hommes. Pour mieux comprendre les sources d'aversion et de consentement des ACS pour les activités genrées ou non, nous ferons un rappel des caractéristiques des structures sanitaires et familiales dans la société sénégalaise.

3.1. Le « porte-à-porte », un sale boulot « pour soi » mais pas « en soi »

Plusieurs programmes de prévention et de promotion reposent sur les stratégies avancées, entendues comme des interventions sanitaires délocalisées des structures de santé vers les ménages des patients, dans un contexte de recours aux soins parsemé d'obstacles. L'éloignement géographique des structures de santé, le coût relativement élevé du transport (bus, taxi collectif, mototaxi, charrette), le recours tardif aux soins (Niang et *al.*, 2015), les difficiles relations entre soignants et soignés (Olivier de Sardan et Jaffré, 2003) sont autant de facteurs explicatifs de l'inobservance des traitements, voire de renoncement aux rendez-vous médicaux (Proth, 2014). Aller trouver les patient·e·s à domicile permet de contourner ces obstacles et d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants nouveau-nés.

Parmi ces activités confiées aux ACS, certaines se font de manière extensive (notamment l'orientation des touseurs chroniques, la prise en charge à domicile, la prise en charge des

infections respiratoires aigües, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'accompagnement et le soutien), d'autres de manière intensive suivant un nombre de jours bien délimité (vaccination et chimioprévention paludisme ou supplémentation en vitamine A). Mais cette différence de temporalité a un effet réel dans la structuration des activités nécessitant une approche « porte-à-porte » par les ACS. Dans un contexte d'insuffisance des moyens logistiques dans les établissements de santé, les ACS sont souvent obligés de parcourir des dizaines de kilomètres à pied ou en moto pour atteindre les cibles dans les zones de responsabilité.

Pourtant l'absence de moyens logistiques contrastant d'ailleurs avec l'élargissement graduel des zones de responsabilisation, est plus tolérée par les ACS que les altercations dans les maisons hôtes avec des membres de la population bénéficiaire des interventions.

« Ce qui m'a fait le plus mal, c'est qu'un jour, je suis venu pour une visite à domicile, mais la femme que j'étais venu rencontrer m'a posé un lapin. Elle m'a dit : attends j'arrive. Après, elle ne vient pas. En plus de son ton arrogant, elle ne m'a même pas donné de l'eau à boire. » (RDV, PT, femme, 47 ans, *bàjjenu gox*).

La suspicion des publics autour du revenu des ACS nourrit ces agissements. Les points d'achoppement sont la légitimité de l'agent exécutant et son statut qui remettent sur la table les conséquences des modes d'implication : les ACS populaires, donc plus légitimes, sont moins confrontés au manque de considération des populations que ceux qui sont dans le modèle parent, ami et connaissance (PAC).

« Nous ne sommes pas dupes, nous savons que mak luko yëkati am naci dara (trad. un adulte ne s'active pas sans intérêt). Ils [les ACS] sont gracieusement rémunérés. Donc, il est hors de question qu'ils viennent manger tout mon repas. » (Focus group, femmes enceintes, Médina Yoro Foulah).

Du côté des ACS, le porte-à-porte représente un sale boulot dans la mesure où, selon eux, il n'est rétribué ni financièrement ni symboliquement à sa juste valeur. Le fait que le porte-à-porte n'est pas motivé par une rémunération numéraire ni par une reconnaissance des efforts fournis pour les populations pousse la majorité des ACS à considérer cette activité comme pénible, car sous-estimée à la fois du côté du système sanitaire et du côté des bénéficiaires.

« **R3** : Je déteste les activités de porte-à-porte. Quand je reviens de ces activités, je suis hyper fatiguée : physiquement et moralement.

R5 : Chez moi, je ne fais que dormir. Je perds parfois ma voix tellement que je parle beaucoup avec les habitants pour qu'ils comprennent la procédure.

R9 : Nous partageons les mêmes sentiments ! » (Focus group, ACS, régions Kolda et Kaolack)

Cette aversion unanime — hommes et femmes — explique la valorisation et la priorité accordée aux activités sanitaires au sein des établissements de santé, où les patients sont sous contrôle (Sainsaulieu, 2009). Elles sont un réceptacle permettant aux ACS de garder un relatif bien-être au travail, une zone de confort où ils se sentent valorisés et légitimes, tout comme les soignants français se sentent « cocoonés » dans leur unité hospitalière sédentaire, contrairement aux équipes mobiles (Castra, Sainsaulieu, 2020). Cela révèle un autre facteur du rapprochement des ACS avec la communauté hospitalière. Toutefois, la situation en établissement de santé ne sonne pas la fin du sale boulot mais change plutôt de nature, comme nous allons le voir.

3.2. Gestion WASH, une reproduction de la culture familiale dans la culture sanitaire

Au regard de l'importance de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (ou *Water Sanitation and Hygiène - WASH*) dans les établissements de santé, il a été recommandé d'inclure ces services dans les Objectifs de développement durable post-2015 et comme projet de cible pour la couverture de base universelle d'ici 2030 (OMS/UNICEF, 2014a). Une présence optimale des services *WASH* dans les établissements sanitaires pourrait aider à prévenir et à combattre la pneumonie et la diarrhée, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux (OMS/UNICEF, 2012 ; OMS, 2014b). La pénurie des services dans les établissements de santé a de nombreuses conséquences. Les infections liées aux soins de santé touchent des centaines de millions de patients chaque année dans le monde, et 15 % des patients développent une ou plusieurs infections pendant une hospitalisation au Sénégal (Allegranzi et al., 2011). Les nouveau-nés sont particulièrement touchés. Selon les estimations, la septicémie ainsi que d'autres infections sévères comptent parmi les principales causes de mortalités et entraînent 430 000 décès chaque année dans le monde. Les risques associés à la septicémie sont 34 fois supérieurs dans les établissements défavorisés à ressources limitées (Oza et al., 2015). L'absence d'accès à l'eau et d'assainissement dans les établissements de soins peut dissuader les femmes de venir accoucher dans ces établissements ou retarder le moment où les patients viennent se faire soigner (Velleman et al., 2014). Inversement, une amélioration des services

d'eau, d'assainissement et d'hygiène peut renforcer la confiance dans les services de santé et encourager les femmes à bénéficier de soins prénataux et à accoucher dans des établissements de soins plutôt que chez elles, ce qui est primordial pour la stratégie de réduction de la mortalité maternelle (Russo *et al.*, 2012).

Le ministère de la Santé et de l'action sociale du Sénégal est en avance sur le plan institutionnel par rapport à plusieurs pays de la sous-région ouest-africaine. Il est l'un des rares pays à disposer d'un « Plan national *WASH* », avec un taux de couverture en eau atteignant la barre de 90 %. (OMS, 2016, p. 11). La gestion de l'hygiène dans les établissements de santé sénégalais repose sur un protocole *WASH* auquel tout le personnel, de tutelle et subalterne, se réfère pour l'entretien des locaux et du matériel hospitalier. Tous les agents clés sont, en principe, impliqués directement dans l'entretien de l'hygiène (ECPSS, 2017, Sénégal). Il s'agit notamment de l'infirmier/major, de la sage-femme/maitresse sage-femme, de la matrone, de l'aide-soignant·e, de la stagiaire et, au cas où la structure en dispose, de technicien·ne·s de surface. Chaque sous-catégorie joue un rôle spécifique dans la division du travail pour le maintien de l'hygiène et de la propreté. Concrètement, les responsables des centres (major et maitresse sage-femme) et des postes (infirmier-chef et sage-femme) sont chargés de faire l'inventaire des besoins en formulant une demande d'intrants auprès de la direction : moustiquaires, draps, rideaux, gants, désinfectants (alcool, produits détergents), poubelles, balais, masques, etc. À défaut de disposer d'une technicienne ou d'un technicien de surface pour nettoyer les salles d'accouchement à la maternité et les salles de pansement ou d'hospitalisation à l'infirmerie, les matrones et les aides-soignant·e·s sont sollicités par les responsables de tutelle susmentionnés pour effectuer cette besogne. Toutefois, les ACS hommes et femmes ne répondent pas de la même manière à cette sollicitation. Pour comprendre la réalité de cette différence autour du nettoyage, il est fondamental de remonter aux origines des modes de socialisation des garçons et des filles au sein de la familiale.

En effet, le balayage, l'accolement et le débarras des déchets dans la maison sont socialement perçus comme des activités féminines. Lors des séances de *set-setal* dans le quartier/villages les hommes s'occupent plus des tâches supposées recourir davantage à la force physique. Par exemple, ils acheminent les déchets auprès des camions poubelles ou, le cas échéant, ils creusent un trou pour l'enfouissement. Parallèlement, les femmes s'occupent quant à elles du balayage et du rassemblement des ordures. Dans le cadre sanitaire, cette même division sexuelle du travail est constatée, avec les mêmes étiquettes culturelles pour justifier la concordance ou non à l'exécution d'une tâche par un sexe. Par exemple, au moment du balayage des sols, du

nettoyage des lits, des toilettes et des salles après les actes paramédicaux, se dessine la même configuration des tâches assignées lors de la socialisation familiale. En dépit de la démocratisation des rôles qui voudrait que les hommes et les femmes travaillent en équipe pour assurer l'entretien durant les tours de garde, on constate que les hommes adoptent des stratégies de déresponsabilisation pour se soustraire à cette besogne. Ils justifient leur désintérêt envers ces tâches par des contraintes organisationnelles.

L'indisponibilité des intrants et des outils de protection a été soulignée comme motif de désintérêt : « *il n'y a pas de détergents, ni de masques, ni de gants* » (RDV, BD, homme, 41 ans, aide-soignant). À côté des contraintes logistiques s'érigent des croyances ou superstitions socioculturelles autour du sang. « *Ce n'est pas pour un homme de toucher le sang menstruel ou d'accouchement de la femme. Il y a un risque de devenir aveugle. En plus ça appauvrit* » (RDV, SN, homme, 40 ans, aide-soignant). Les frontières professionnelles genrées ne sont pas en reste : « *Ce n'est pas à moi de le faire, mais plutôt aux femmes !* » (RDV, MDD, homme, 45 ans, aide-soignant).

Face à cette même situation, les femmes, pour leur part, font montre de plus d'implication. Les soubassements de cette implication sont nombreux, mais ils visent tous à préserver l'image sociale de la femme. Il s'agit par exemple de rechercher des solutions alternatives : « *Quand il n'y a pas d'intrants pour le nettoyage, je pars prendre le nécessaire à la boutique à crédit. C'est le trésorier du comité de développement sanitaire qui rembourse à son retour* » (RDV, NGB, femme, 35 ans, matrone). Elles peuvent se prémunir contre les préjugés ou au contraire les renforcer :

« *Si je ne nettoie pas et que l'ICP ou la sage-femme demande après moi, ils se diront : est-ce qu'elle est une femme ? C'est pour éviter des préjugés de ce genre que je m'implique dans l'entretien, de sorte que quand je termine mes jours de garde, tout le personnel de l'hôpital se rende compte qu'une vraie femme était au travail la veille* » (RDV, DM, femme, 28 ans, matrone).

Ou encore il s'agit d'éviter de manquer à son devoir genré :

« *Moi je ne dirai rien d'un homme n'ayant pas fait correctement le nettoyage. Mais je serai très critique vis-à-vis d'une femme qui ne respecte pas les directives d'hygiène. Car je me dis qu'elle n'ose pas laisser cette saleté et ces microbes chez elle ! Alors elle*

devrait considérer l'hôpital comme sa propre maison » (ESS, VF, femme, 47 ans, infirmière).

La perception du sale boulot est tributaire du sexe social ou du genre de l'individu qui se définit le plus souvent dans la socialisation primaire (Durkheim, 1938). Dans la société sénégalaise en particulier, les hommes et les femmes agissent différemment face à la délégation des tâches. Le *care* devient un *habitus* des femmes ACS qui structure leur rapport avec le sale boulot. Le rôle de *care* de la femme dans la sphère familiale se prolonge dans la sphère publique, mais cette fois-ci, il conforte la place de la femme. Pascale Moliner (2013) analyse le *care* comme un ensemble de pratiques reléguées à l'arrière-plan et placées en bas de l'échelle des valeurs, indispensables aux tâches et travaux jugés légitimes. Certains attributs masculins (exemption de tâches ménagères) peuvent aussi traduire une aliénation. Les hommes sont aussi prisonniers d'un modèle masculin très normatif (Guionnet et Neveu, *op. cit.*), alors que les activités de nettoyage suscitent chez les femmes une auto-identification féminine. Savoir bien respecter le protocole d'hygiène — nettoyage et balayage — participe à valider la féminité, à « prouver » qu'on est une femme. Donc, être une femme rime souvent avec des compétences de technicienne de surface, d'une personne consciencieuse, soucieuse de la propreté. Car, sur le plan des rapports hiérarchiques, les critiques des responsables de tutelle sont plus virulentes à l'égard des femmes qu'à l'égard des hommes, à qui l'on cherche des excuses, des justifications d'ordre culturel. L'encadré ci-dessous montre la différence de traitement du personnel qualifié face aux manquements dans l'entretien des locaux par les ACS hommes et femmes.

Comment réagissez-vous si un ACS ne suit pas le protocole d'hygiène... ? est la question que nous avons posée à un infirmier et une sage-femme, respectivement dans les scénarios 1 et 2. L'objectif de cette question est de comprendre comment les normes culturelles affectent les rapports de genre dans l'organisation du travail des ACS.

Tableau n°11 : Matrice de procédé de comparaison genrée des instructions WASH

<p><u>Scenario 1:</u> Points de vue d'un infirmier « Question :... un homme ? Réponse : Les hommes sénégalais sont généralement paresseux pour le nettoyage. Ils sont susceptibles ! Ils croient que le nettoyage est l'affaire des femmes. Si tu leur demandes de nettoyer, ils répondraient oui, mais après ils vont mal l'effectuer. Il vaut mieux ne rien leur demander à ce sujet (il hausse les épaules).</p>	<p><u>Scenario 2:</u> Points de vue d'une sage-femme « Question :... un homme ? Réponse : On a un technicien de surface. C'est un homme animé de beaucoup de volonté. C'est avec ce travail qu'il nourrit ses enfants. Mais il nettoie à la va-vite. C'est un homme, on le comprend... Question :... une femme ?</p>
--	---

Question :... une femme ?

Réponse : J'ai 7 aides-soignant·e·s, les 3 sont des hommes et les 4 des femmes. J'organise les groupes de garde pour avoir chaque jour au moins 2 femmes dans l'équipe. Et elles sont toujours responsables de l'entretien après le service. Si je confie cette responsabilité aux hommes, on risque de ne plus travailler du fait des mouches et d'une odeur nauséabonde. »

(ESS, LN, homme, 36 ans, infirmier)

Réponse : Ah non ! Là ce n'est pas pareil (elle hausse le ton). J'exige que les matrones et les stagiaires nettoient quotidiennement le matériel utilisé, la table d'accouchement, les toilettes et vident les poubelles. Et je leur suggère de nettoyer hebdomadairement le sol, les murs des salles d'accueil et de consultation. En plus je vérifie personnellement si le travail est fait.

Question :... si non ?

Réponse : Je les convoque dans mon bureau pour leur dire mes quatre vérités : une femme n'a pas le droit d'être sale ni paresseuse. »

(ESS, femme, 34 ans, sage-femme)

Cet encadré montre que les normes sociales imprègnent aussi le management organisationnel des hôpitaux. L'organisation du dispositif sanitaire à l'échelon des districts n'est autonome qu'à la surface, alors que le fond reste solidement ancré dans des valeurs sociales indigènes. La compénétration de la culture de l'organisation sanitaire et de la grammaire sociale sénégalaise témoigne donc d'une hybridation, c'est-à-dire une organisation reposant en principe sur des normes officielles, mais reste, en réalité, profondément ancrée dans les normes sociales locales (Pieterse, 1996). Mais, ce que le cas des ACS a de singulier est que cette hybridation — culture, politique, organisation — renforce paradoxalement les rapports d'égalité femmes/hommes.

La délégation des tâches et l'interprétation que les ACS en font, surtout les femmes, ouvrent une perspective inclusive du « sale boulot » dans l'exercice du bénévolat sanitaire. Jusqu'ici en effet, la délégation des tâches dégradantes à des subalternes est analysée sous l'angle de la domination organisationnelle dans les relations professionnelles (Lallement, 2018), par exemple des infirmiers sur les aides-soignantes (Arborio, 2009). Le *dirty work*, théorisé par Hughes (1996), traduit pour les ACS, surtout les femmes, une activité valorisante participant à la construction du contenu de leur travail. Comme pour les aides-soignantes en France, elles retournent le stigmate (Arborio, *ibid.*). L'analyse des modes de socialisation ainsi que des relations professionnelles entre personnel qualifié salarié et personnel profane et non-salarié permettent de découvrir que le « sale boulot » n'est pas qu'une donnée organisationnelle. Il est plutôt assimilable à un construit socioculturel des travailleurs qui reçoivent les tâches déléguées. L'exploration de cette « piste inédite » (Dubar, 1994, p. 382), à propos des ACS sénégalais, montre que la féminisation de ce métier résulte d'une violence structurelle autour

du sale boulot, ainsi qu'une prédispositions des femmes à se regrouper pour s'affirmer devant les hommes.

4. Les cercles de sororité, lutter contre l'invisibilisation par le clivage

La notion de « travail invisible », à l'origine utilisée pour le travail domestique, renvoie à l'idée selon laquelle l'activité bénévole n'est pas socialement reconnue comme du travail, mais comme l'expression « *de la nature, de l'amour ou du devoir maternel* » (Kergoat, 2007). Comme Silvia Fédérici (1975) dans l'introduction de *Wages against housework, 'They say it is love, we say it is unwaged work'*, Maud Simonet (2018a) souligne la survalorisation de l'engagement associatif dans le discours institutionnel. Elle déplore la dualité consistant à opposer un « bon » (associatif) et un « mauvais » (domestique) travail gratuit, entre un travail gratuit public qui serait porteur d'émancipation et un travail gratuit privé, *a contrario* aliénant. L'auteure attire l'attention sur le fait que les mêmes rapports sociaux de sexe sont présents dans la sphère associative que dans la sphère familiale. Ce point de vue est particulièrement éclairant pour la compréhension des similitudes entre sphères sociales, voire des influences de la sphère familiale sur la sphère professionnelle hospitalière (ou du système sanitaire). Le mérite de cette idée est de soulever un potentiel écueil dans la marche vers la visibilité du travail d'ACS.

Maud Simonet (*op. cit.*) estime que c'est une erreur de considérer le cadre associatif comme le domaine privilégié pour décréter la « fin du travail gratuit » et l'épanouissement du revenu universel. Pour elle, loin de s'opposer, comme on le pense assez souvent, travail domestique et travail bénévole se ressemblent grandement par les processus politiques structurels qui les traversent et les mettent en œuvre.

Cependant, dans le contexte du Sénégal, cet argument est doublement à nuancer. En premier lieu, l'analyse de la composition, du discours et de la pratique associative montre que les associations de bénévoles accordent une place privilégiée au développement personnel des membres, tout en réduisant au maximum les velléités de discrimination basée sur les rapports sociaux de genre ou de classe. De ce fait, les regroupements féminins sont de véritables cadres de remise en cause du travail gratuit. Pourtant, elles ne deviennent pas pour autant des groupements d'intérêt économique, car elles demeurent foncièrement attachées aux valeurs associatives, au développement des liens sociaux.

En second lieu, le travail bénévole est traversé par deux univers différents, organisationnel et associatif. Le rapprochement est pertinent si l'on compare la sphère domestique (travail à la

maison) et la sphère organisationnelle (travail dans les établissements de santé). Leur nature homogène permet aux regroupements féminins d'échapper aux processus politiques structurels, notamment hiérarchiques (hiérarchie entre grade au travail, inégalité d'accès aux postes de responsabilité entre membres, etc.). Mieux, on va voir comment cette démocratie participative, reposant sur l'absence de discrimination féminine, acceptant des ACS issus de segments professionnels différents, propulse les femmes au-devant de la scène socio-sanitaire. Elles jouent les premiers rôles tant sur le plan de la solidarité entre femmes que sur la promotion de l'image de l'« exemplarité féminine ». Les mobilisations collectives des ACS s'appuient sur des réseaux de solidarités et d'entraide préexistants. Ce fait n'est pas inédit, certaines études de cas ayant révélé que, dans un contexte défavorable (précarité du travail, faiblesse syndicale), les ressorts de la mobilisation de salariés étaient avant tout à rechercher dans les solidarités internes au collectif de travail (Collovald et Mathieu, 2009).

4.1. Les groupements de tontine ou *tour*, une exclusion traditionnelle des hommes dans le mécanisme de solidarité communautaire

Tiré du nom du banquier napolitain Lorenzon Tonti, le mot tontine est inventé au XVII^e siècle. Il signifie une association d'épargnants temporaire au terme de laquelle l'avoir est distribué entre les survivants ou entre les ayants droit des membres décédés. Cette pratique usuelle, plus connue au Sénégal sous la dénomination de *tour*, est réappropriée par les femmes ouest-africaines. Tiré du verbe français tourner, l'initiative de mettre en place un tour provient très souvent d'une *mère mbottay*, responsable morale et argentier·ère du groupement. Chaque membre du groupement héberge, à tour de rôle, l'assemblée dans sa maison. Des liens sociaux se développent entre les membres du fait des rotations hebdomadaires des lieux de tenue des rencontres.

Au Sénégal particulièrement, le *tour* a connu des fortunes diverses suivant l'histoire économique, sociale et politique du pays. Pour corriger les déséquilibres économiques et financiers des pays en développement, des institutions comme la Banque mondiale (BM) et le Fonds monétaire international (FMI) ont instauré des programmes d'ajustement structurel (PAS) dans les années 1980 (Fall, 2007). Cette mesure a eu comme impact le désengagement de l'État social, diminuant les dépenses publiques et plombant les services publics tels que la santé, l'éducation et le social. La fin de l'État providence coïncide également avec des licenciements de fonctionnaires et le gel des recrutements (Diop, 2004 ; Fall, *ibid.*).

C'est dans ce contexte de paupérisation qu'on observe un essor fulgurant des *tour*. L'objectif des femmes était d'atténuer les effets néfastes de la progression de la pauvreté, qui touchait quasiment toutes les composantes de la population. À partir de cette période, les femmes font un grand bond en avant dans la sphère économique en la combinant avec leurs occupations traditionnelles, notamment les travaux domestiques et champêtres (Mayoukou, 1994), en mettant en place des stratégies d'épargne pour augmenter leurs revenus (Sarr, 1998 ; Diagne, 2013) et participer activement au développement socioéconomique de leurs familles respectives. Au regard des conditions de mise en place, les *tour* constituent une forme de résilience active des femmes face à la récession économique. Aujourd'hui, outre leur fonction économique, les *tours* constituent un ressort de l'*empowerment* féminin (Diagne, 2013) et de transformation des rapports de pouvoirs sur fond desquels les *bàjjenu gox* exercent une hégémonie sur d'autres catégories d'ACS (Sarr, 1998).

En se fusionnant les uns avec les autres pour donner naissance à des formations d'envergure nationale, les *tours* deviennent un instrument au service du développement d'une solidarité féminine. Les femmes ACS s'appuient sur leurs groupements pour lutter contre l'invisibilisation de leur rôle social, en cherchant des financements propres aux femmes ou des projets orientés vers leurs préoccupations. À l'échelle locale par exemple, les ONG promeuvent les femmes au détriment des hommes. En finançant les *bàjjenu gox* pour mener des activités rémunératrices de revenus, l'ONG ACDEV a ainsi contribué à la « *bàjjenisation* » des autres catégories d'ACS. Des relais, des aides-soignant·e·s et des matrones se sont converties respectivement en relais-*bàjjenu gox*, en aides-soignant·e·s — *bàjjenu gox* et en matrones — *bàjjenu gox* pour bénéficier des financements. La « *bàjjenisation* » des relais, pourtant plus anciens dans le dispositif, témoigne d'une légitimation sociopolitique de la catégorie de *bàjjenu gox* et de sa domination sur les autres catégories d'ACS reposant sur leur légitimité politique. Par conséquent, la légitimité technique devient moins importante dans les interventions auprès des ménages. C'est ainsi qu'elles sont parvenues à réguler, contrer, voire renverser les rapports sociaux et professionnels de domination avec respectivement les ACS hommes et les responsables de tutelles (infirmier·ère·s chef·fe·s et sages-femmes).

L'élargissement d'un groupe de « femmes leaders » est la consécration d'une solidarité féminine antérieure s'appuyant sur un empilement des cercles sociaux. Même si la présence des hommes n'est pas complètement oblitérée dans ce groupe, ce clivage exclut les hommes dans l'exercice de certaines tâches et dans l'accès à certains financements. Il relève néanmoins, comme nous venons de le voir, plus de faits traditionnels que de stratégies féminines. Par

ailleurs, ce clivage est amplifié par des acteurs externes, notamment l'État et les ONG, à travers la médiatisation des activités féminines.

4.2.La domination médiatique d'une frange féminine des ACS

Contrairement aux hommes, les femmes ACS composent désormais des catégories entières, notamment les matrones et les *bàjjenu gox*. En sus du poste de trésorière qui devient l'apanage des femmes, elles sont fortement représentées dans plusieurs volets de la santé. Elles participent, sans restriction, à tous les programmes de lutte contre la maladie, de la recherche des perdus de vue dans la prise en charge de la tuberculose jusqu'aux tests de diagnostic rapide pour détecter les paludéens, en passant par l'accompagnement des porteurs de VIH.

Sachant qu'elles peuvent miser sur leur force intrinsèque, les *bàjjenu gox* vont développer des réseaux des femmes actrices communautaires. Il s'agit d'une confédération communale, départementale, régionale et nationale au sein de laquelle leurs leaders élaborent des stratégies hégémoniques pour se singulariser par rapport aux autres ACS. « *Nous sommes des femmes leaders. Notre rôle s'élargit de plus en plus. Quand les femmes se réveillent et restent dynamiques et solidaires, lunu yottu jot ko* (trad. nous pouvons soulever des montagnes) ! » (RDV, AD, femme, 56 ans, présidente association nationale des marraines). À travers ce discours exclusif, les *bàjjenu gox* s'imposent à l'échelle communautaire comme la première force sociale. En plus d'avoir un diplôme signé par le cabinet de la présidence de la République, les nombreuses déclarations de soutiens de la part des autorités politiques témoignent de la singularité des *bàjjenu gox*.

Encadré n° 7 : Engagements du président, Macky Sall envers les bàjjenu gox

« *Présentes partout au Sénégal, parfois dans des endroits très lointains, elles exercent leur travail en faisant de multiples sacrifices. Elles sont devenues un maillon essentiel de notre système de santé. Nous attendons les conclusions du forum et les propositions du ministère de la Santé et de l'Action sociale pour leur garantir une motivation financière. Ces femmes actives dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant méritent une grande attention et notre soutien. Avec vous, je suis persuadé que nous atteindrons plus vite nos objectifs de couverture sanitaire universelle. **J'ai déjà demandé au ministère de la Santé et de l'Action sociale de prendre en charge la cotisation annuelle à verser par les 8 000 bàjjenu gox du pays aux mutuelles de santé, afin qu'elles bénéficient d'une couverture maladie.** Je souhaite que le ministère du Développement communautaire, de l'Équité sociale et territoriale [nouveau ministère créé en 2012] contribue aussi à la prise en charge de la cotisation à verser aux mutuelles de santé, au profit des femmes servant de personnel d'appoint aux professionnels de la santé. De même, j'appelle les élus locaux à soutenir le programme par lequel l'État associe les bàjjenu gox au système de santé. Je conseille à ces femmes auxiliaires de santé choisies dans les quartiers et les villages et formées par les professionnels de la santé d'adhérer*

massivement aux mutuelles de santé et de continuer à sensibiliser les populations. En 2017, j'avais décidé d'impliquer davantage les bàjjenu gox dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, dans l'identification et le traitement médical des femmes porteuses de fistules, et la déclaration des nouveau-nés à l'état civil. »

Source : *leral.net*, samedi 28 décembre 2019, cérémonie nationale des *bàjjenu gox*.

Elles sont la seule catégorie qui dispose d'une couverture sanitaire pour soigner leurs propres enfants en cas de maladie, ce privilège n'étant accordé aux autres ACS que de manière parcimonieuse, à la discrétion des gestionnaires trésoriers des établissements de santé à forte densité de population, où le flux de malades est important.

Les *bàjjenu gox* sont invitées sur les plateaux de télévision pour parler de leurs expériences en tant qu'ACS, mais aussi en tant que mères et femmes faisant montre d'exemplarité au sein des populations. Elles saisissent ces tribunes pour nouer des alliances stratégiques avec des responsables situés au plus haut sommet de l'État, en mettant en place un réseau national de *bàjjenu gox*. Au travers de ce regroupement élargi, dont le but est de constituer une force sociopolitique, les *bàjjenu gox* rallient plusieurs personnalités féminines à leur cause, à la fois du parti au pouvoir et des partis de l'opposition. Parmi leurs soutiens, il y a Marième Faye Sall (la première dame du Sénégal), Aminata Tall (ancienne présidente du conseil économique et social), Aminata Touré (ancienne première ministre du Sénégal et présidente du conseil économique social et environnemental), Aida Mbodji (secrétaire générale *AND/saxal ligëy*), etc. La médiatisation des soutiens moraux et financiers des membres d'honneur booste les *bàjjenu gox* et aiguise en elles le sentiment d'être des « femmes leaders ». En dépit d'éventuelles manipulations politiciennes, comme cela a été le cas dans le passé (Ngom, 2021), cette solidarité féminine ouvre une ère néo-genre où les femmes deviennent de plus en plus compétentes à mener l'action publique, du moins dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Cependant, il existe des freins à l'essor de cette forme de progrès social. D'abord, cette féminisation a un fondement sociologique élitiste : n'est pas marraine qui veut. Il faut être présidente d'un groupement de femme au nombre minimum de 20 membres ; faire de son demeure une maison d'accueil pour tout le monde (étrangers, enfant perdu, femme en situation de détresse - divorce, violence conjugal, acte de naissance pour enfant) ; être accessible à toutes les franges de la population (jeune, vieux, adultes) ; disposer d'une aisance socioéconomique pour pouvoir venir en aide les femmes enceintes en détresse. Ensuite, cette médiatisation autour du rôle des *bàjjenu gox* n'est pas sans conséquences. Elle empêche les femmes de mener des

programmes plus discrets, notamment de prise en charge de la sexualité des adolescents et des jeunes ou de la planification familiale. La conséquence majeure de la féminisation du groupe des ACS est l'uniformisation du tissu communautaire limitant la prise en charge de pathologies touchant d'autres franges de la population. C'est sans doute dans l'optique d'être en concordance avec les attentes des patients et patientes que d'autres catégories sociales, comme les *nijayu gox* (parrains de quartier/village), sont sollicitées de manière occasionnelle.

La catégorie de *nijayu gox* est mise en place de manière occasionnelle pour prendre en charge la sexualité des garçons. Mais elle est moins dynamique du fait du faible financement de ce programme par rapport à la SMNI. À cela s'ajoutent le manque de réseaux des *nijayu gox* et le désintérêt des jeunes garçons vis-à-vis de la santé reproductive. Ainsi, cette approche présente dans la région de Thiès n'est pas étendue au territoire national, par contraste avec le réseau national des *bàjjenu gox* regroupant tous les membres des zones rurales et urbaines du pays.

Dans le même temps, la médiatisation permet une massification du groupe des femmes par contraste avec leur minorité dans les rapports de pouvoir. Mais elle n'empêche pas une hiérarchie des rôles au sein des associations. Dans les 4 associations d'ACS issues des districts enquêtés, la présidence est assurée par des hommes. Or, les membres sont composés à près de 90 % par des femmes. Selon les femmes interrogées, les raisons sont de trois principaux ordres : le niveau d'instruction, l'ancienneté dans l'âge et/ou dans le métier, la capacité à négocier. La présence des hommes, dans les associations mixtes, revêt également une dimension symbolique pesant dans la mobilisation pour la professionnalisation (*cf. infra*, chapitre 5). En plus, les 3/4 de l'effectif des membres de comités de développement sanitaire sont des hommes, contre 1/4 de femmes. Les hommes occupent plus les postes de présidence et de secrétariat général tandis que les femmes s'occupent de la trésorerie. Cette configuration est le reflet du fonctionnement de la société sénégalaise au sein de laquelle les attributs de leaders dotés d'argumentaires charismatiques pour mobiliser les populations et de réseaux pour faire entendre des causes qui préoccupent les populations vont aux hommes. Mais, à côté de ces qualités, ils sont aussi réputés être de mauvais comptables, ce qui explique la féminisation du poste de trésorière comme nous l'avons évoqué plus haut.

En résumé, les politiques nationales, notamment les financements des bailleurs et les modes de définition des groupes vulnérables, ont féminisé l'activité : les femmes sont largement plus représentatives tant sur le plan du nombre que celui de l'étendue des tâches exécutées. Au Sénégal ce pari sur la main d'œuvre féminine est la conséquence de l'émigration masculine

(Bouilly, 2008) et de l'intérêt, de plus en plus affiché, des femmes dans la gestion de la cité (Ngom, *ibid.*).

5. Déterminisme genré de la continuité et de la discontinuité des engagements

Au Sénégal la « parenté à plaisanterie » constitue le socle du brassage ethnique conforté par une domination religieuse (Diop, 2003). Il s'agit d'une pratique sociale qui incite, voire oblige, les individus ou les groupes sociaux à être bienveillants et tolérants entre eux. La finalité de ce code social est de faire des brassages socioculturels un socle de la cohésion sociale entre des membres issus d'un même groupe social ayant des noms de famille différents (Fall vs Dieng, Niang ou Ndoye), ou entre des groupes sociaux distincts (Peul vs Sereer, Sereer vs Diola) (Ndiaye 1992 ; Smith, 2004). Par son ouverture à autrui (les mariages interethniques, tolérance socioreligieuse), la parenté à plaisanterie a pu contribuer à épargner à ce pays des drames racistes voire génocidaires (Apartheid en Afrique du Sud, Utu et Tutsi au Rwanda), ou des conflits religieux (rébellion des milices religieuses au nord Mali et au Nigéria). Si les catégories d'ethnie et de religion ne permettent pas de comprendre les rapports sociaux dans le travail bénévole, celle de sexe paraît au contraire particulièrement riche d'enseignements.

Il y a cependant parfois des variables cachées derrière celle du sexe, notamment l'âge social et la situation matrimoniale, que nous comptons mobiliser. Conjuguée aux dimensions organisationnelles et sociales présidant à la division sexuelle du travail entre les ACS hommes et femmes, l'analyse du déterminisme genré permet de comprendre les facteurs de longévité dans le travail d'ACS. On verra que les femmes cheffes de famille, c'est-à-dire déliées des contraintes de tutelles (parentale et/ou maritale), participent pleinement aux activités collectives en faisant montre d'une volonté de résoudre les problèmes liés aux progénitures. Ainsi elles jouissent pour ainsi dire du travail bénévole, contrairement aux hommes et aux femmes (moins âgées) subissant des contraintes familiales ou socio-économiques.

5.1. La durabilité des femmes cheffes de familles

Chaque catégorie d'âge sexué a des facteurs favorisant et/ou défavorisant la durée de vie du travail d'ACS. La notion de durée de vie au travail signifie le temps moyen qu'un ACS passe dans l'exercice et l'accomplissement des tâches qu'on lui confie en conformité avec les délais requis par le personnel de tutelle. La comparaison de la durée de vie au travail entre les hommes

et les femmes permet ainsi de mieux comprendre la montée en puissance des femmes dans le groupe des ACS.

L'approche comparative établit une corrélation entre des variables sociodémographiques de sexe heuristiques. Il s'agit principalement de la recherche de sécurité économique, de la situation matrimoniale (mariage, divorce, célibataire, veuf/veuve) et de l'appartenance à une classe d'âge (jeune, adulte). L'individu s'engage parce qu'il a ou souhaite avoir une source de revenus⁶⁸. Une fois engagé, la durée d'un ACS dans l'activité dépend des différents stades de la vie qu'il/elle traverse. Les comportements d'ACS varient en fonction des événements socio-familiaux, qui se manifestent différemment auprès des femmes et des hommes.

Chez les ACS, la durabilité dans le don de soi en faveur de la population varie selon qu'on est un homme ou une femme. Elle repose sur des rites de passage ayant des tonalités et une appropriation spécifique auprès de chaque sexe. Selon Michel Bozon,

« Les rites de passage, qui organisaient et solennisaient naguère le processus de passage à l'âge adulte, ont cédé la place à une transition plus progressive, reposant sur des procédures informelles et éventuellement réversibles, parsemées de rites ponctuels. Ces "premières fois" n'inaugurent pas forcément l'entrée dans une phase d'expérimentation féconde, ni de construction progressive de la maturité sociale. Elles entretiennent un statut d'un individu en transition et dissimulent mal le caractère tâtonnant du passage à l'âge adulte » (2002, p. 22).

Le changement induit par un rite ne s'opère pas brusquement, suivant une temporalité assez longue. Pourtant, les rites de passage peuvent pousser l'individu à s'intéresser aux affaires collectives, notamment lui faire changer ses comportements sociaux (fréquentation, manière de s'habiller, etc.).

Chez les hommes ACS, la participation au développement social et sanitaire de la localité survient souvent après le mariage. Il représente pour eux un moment solennel de transformation radicale des centres d'intérêt qui s'orientent plus vers des actes d'intérêt commun afin de préparer un legs honorable à ses futurs enfants en matière d'infrastructures. *« Je suis devenu plus engagé après mon mariage. Je veux poser des actes que mes futurs enfants seront fiers de*

⁶⁸ Rappelons que dans les ACS interrogés, 90 % déclarent ne pas avoir d'activités rémunératrices (cf. *supra*, chapitre 1). Or, suivant les critères d'exercice du travail d'ACS dûment définis dans le document de la cellule de santé communautaire, il est important d'avoir une source de revenus connexe avant de prétendre devenir un ACS.

raconter ! » (RDV, ID, homme, 32 ans, dépositaire pharmacie-IB). Dès lors, le mariage est un moment de prise de maturité chez l'homme et d'attachement vis-à-vis de sa localité. Il met en effet ses ambitions personnelles de côté et s'engage pour améliorer les services sociaux de base : écoles, hôpitaux, hygiène, assainissement, etc. Cette attitude est d'autant plus accentuée quand l'homme commence à faire des enfants qui bénéficient de ces structures. Il va alors chercher à comprendre les obstructions des accès aux services sociaux de base (dispensaire, école, assainissement, etc.) et essayer d'apporter des solutions⁶⁹. Les rites de passage constituent à cet effet, selon Van Genep (1909), un élément important dans les sociétés traditionnelles (Sénégal compris), dont les stades de la vie sont clairement « compartimentés » (Bozon, 2002).

Chez les femmes ACS, la durabilité est plutôt tributaire au contraire du célibat. En Afrique, les catégories sociales d'âge — enfance, adolescence, jeunesse, adulte, personnes âgées — sont davantage déterminées par des événements marquants. Être jeune ne signifie pas tout le temps et partout la même chose, y compris en France (Diop, 2003 ; Galland, 2009). Si on ne sait pas à partir de quand commence la jeunesse, on peut dire cependant qu'au Sénégal elle s'arrête au moment du mariage. Suivant cette perspective, les femmes célibataires peuvent être considérées comme jeunes. Cette jeunesse est synonyme quelquefois d'indépendance dans le choix de l'engagement conjugal (monogamie ou polygamie). La promiscuité endémique (émeutes de la faim en 2008), entraînant un désengagement financier des chefs de ménages face à leurs progénitures (Marie, 2008), estompe les contraintes familiales venant indirectement des parents ou indirectement des oncles/tantes. Mieux, la prescription du travail des femmes prend de plus en plus le dessus sur sa proscription. *« Je suis célibataire, libre comme l'air. (...) Ce sont mes parents qui m'ont encouragée à rester dans mon travail d'ACS. (...). Si j'ai un mari, là la situation change. Je ferai ce qu'il m'ordonnera. Pourvu qu'il puisse subvenir à mes besoins ! »* (RDV, AD, femme, 31 ans, matrone).

C'est dire que les femmes ACS **célibataires ou divorcées restent plus longtemps dans l'occupation bénévole**, ou la citoyenneté sanitaire. L'absence d'obligation familiale et conjugale, et donc de surcharges financières, leur octroie une plus grande disponibilité biographique. Ainsi elles sont moins enclines à quitter le système du fait de la charge de travail,

⁶⁹ En réponse à la dégradation de l'enseignement par l'arrivée des volontaires ayant une formation accélérée dans le système éducatif public, les habitants des localités s'organisent sous la forme d'associations d'étudiants ou de particuliers pour renforcer le niveau des élèves du primaire, du collège et du secondaire. De la même manière, pour lutter contre la vidange sauvage de fosses septiques, des bénévoles se sont engagés à mettre à disposition des ménages des motos pompes procurées en se cotisant.

de la durée du service ou de l'insuffisance des incitations financières. Les référentiels culturels montrent des rapports de genre qui s'opèrent inconsciemment dans les relations sociales au travail. À côté de cette augmentation du nombre de femmes cheffes de ménage (Dial, 2008), les rapports de genre sont aussi amplifiés par les acteurs en interaction, se référant à des choix orientés par des enjeux institutionnels, organisationnels, politiques et économiques.

5.2.L'abandon genré par contraintes économiques ou socio-familiales

À l'instar des motifs de durabilité dans le travail d'ACS, l'abandon a, quant à lui, des causes spécifiques à chaque sexe. Parmi les causes communes, l'émigration internationale et nationale (exode rural) est la plus prégnante, surtout pour les hommes. Les migrations africaines d'origine subsaharienne occupent aujourd'hui une place dominante dans les discours politiques et médiatiques portant sur l'immigration (Beauchemin et Lessault, 2014). Dans le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2019), le Sénégal est le deuxième pays, derrière le Nigeria, pour la migration en Europe. Sur les 39 pays échantillonnés, cinq pays en constituaient à eux seuls 55 % : le Nigeria (17 %), le Sénégal (13 %), le Mali (10 %), la Guinée (9 %) et la Gambie (6 %). Mais, contrairement à ce que certains qualifient de véritable « invasion africaine » (Hass, 2008), l'émigration en Afrique subsaharienne en général, et au Sénégal en particulier, impacte d'abord l'immigration dans les pays de la sous-région africaine.

« En réalité, les migrants subsahariens se tournent peu vers l'Europe. Ainsi 70 % des émigrés ouest-africains restent en Afrique. 61 % d'entre eux privilégient les pays de la sous-région alors que 15 % seulement se dirigent vers l'Europe et 6 % vers l'Amérique du Nord. » (Beauchemin et Lessault, 2014, p. 37).

Les causes de l'émigration sont multiples et variées. D'après Stéphan Smith (2018), le départ peut illustrer un désir de l'ailleurs ou un mépris de l'ici. Le premier symptôme du paradoxe du développement économique, est communément nommé « tourisme » et traduit le désir de dépassement et de découverte, tandis que le second traduit la recherche d'un meilleur refuge, d'un meilleur niveau de vie. Le motif de voyage des Sénégalais et des Sénégalaises rejoint plutôt le second cas. Car la recherche d'un travail décent garantissant l'ascension sociale est la principale raison de l'émigration dans un continent caractérisé par des politiques publiques importées, peu génératrice d'emploi (Fall et Guèye, 2003). Elle touche plus les forces vives des populations locales, amenuisant ainsi le grenier de main-d'œuvre gratuite des bénévoles pour accompagner le développement local. À côté de l'émigration internationale, l'exode rural est aussi une menace pour

le travail des ACS. La migration des habitants des zones rurales vers les métropoles urbaines s'est beaucoup développée ces dernières années. Les migrants saisonniers masculins sont des marchands ambulants, les migrants saisonniers féminins plutôt des travailleuses domestiques, et il faut compter encore les migrants permanents, rurbains ou épouses.

Chez les femmes, contrairement au stade du célibat où elles ont une autodétermination partielle dans la gestion du temps, le mariage apparaît comme une situation dans laquelle elles perdent cette autonomie. Le mariage les contraint, en effet, doublement. La femme prête plus attention aux conseils de son mari qui sont, pour la plupart, défavorables à l'exercice du bénévolat. En ce sens, les émigrés sont le type d'époux retirant leurs femmes du dispositif du bénévolat sanitaire après le mariage. Se marier avec un homme de classe supérieure donne un prestige social se traduisant par l'abandon de toutes activités rémunératrices féminines. L'oisiveté de la femme apparaît, en effet, comme un symbole de la réussite. Si la contrainte ne vient pas directement du mari, elle peut aussi être l'œuvre d'un jugement moral de la part des membres de la belle-famille, fonctionnant comme une pression implicite susceptible d'amener la travailleuse à une autocensure économique et à l'arrêt de son activité. La mobilité résidentielle, qui fait déménager la nouvelle mariée de village en village, de quartier en quartier, de ville en ville, est une autre forme de contrainte. Tout ceci nourrit la disparité économique⁷⁰ entre hommes et femmes en Afrique.

Néanmoins, certains hommes permettent à leurs femmes de continuer le travail d'ACS même après le mariage. Ce type de mari « absent » est particulièrement intéressant. Il s'agit principalement de maris non-résidents, ne partageant pas un foyer conjugal avec leurs femmes. Dans ce lot, on trouve des travailleurs itinérants, ceux et celles qui font des navettes entre métropole et village/quartier ; des travailleurs résidents dans les centres-villes qui retournent au village/quartier pendant les grandes fêtes : *Tabaski* (célébration du sacrificiel ou fête du mouton), *Korité* (célébration de la fin du ramadan). Ou encore des couples émigrés dont l'un des partenaires est absent du pays pendant des années.

⁷⁰ Le *Global Gender Summit* qui s'est déroulé du 25 au 27 novembre 2019 à Kigali (Rwanda) est revenu sur les disparités économiques entre les hommes et les femmes en Afrique. Le comité regrette que les femmes qui représentent 50 % de la population du continent ne génèrent que 33 % de son PIB en 2018. Trois ans avant ce sommet, le rapport du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, 2016) notait que les disparités entre les genres coûtent à l'Afrique subsaharienne 95 milliards de dollars US par an.

En revanche, les motifs perçus de permissivité quant au travail d'ACS ne sont pas les mêmes. Interrogées sur cet aspect, les ACS femmes concernées ont apporté des réponses différentes selon chaque cas de figure.

Encadré n° 8 : Profils de ménages consentant à perdurer dans le travail d'ACS

Profil 1 : Les mariages intra-professionnels, c'est-à-dire les couples d'ACS, situation la plus favorable à la continuité du travail bénévole. Elle offre les avantages de travailler ensemble et de s'entraider dans les dépenses de la maison.

Profil 2 : Les femmes dont les époux travaillent dans la fonction publique ou dans le secteur privé. Meubler le temps et aider les membres du groupe social d'appartenance sont, d'après les ACS interrogées, les arguments avancés par les époux.

Profil 3 : Les femmes dont les époux travaillent dans le secteur informel et qui n'arrivent pas à satisfaire les besoins de leurs femmes à 100 %. La raison économique est alors mise en avant. C'est-à-dire que le mari espère qu'avec le travail d'ACS, la femme peut disposer d'un petit revenu pour prendre en charge en partie ses besoins.

La philosophie populaire *tela tekki* (réussite de jeunesse) pousse davantage les hommes à émigrer. Concernant les célibataires, la durée d'engagement dans la citoyenneté sanitaire est relativement courte, elle tient le temps de trouver une opportunité d'emploi ou de voyage. Cette philosophie est caractérisée par l'empressement et l'intéressement, de sorte que la citoyenneté sanitaire, avec ses promesses d'ascension sociale lointaines, est incapable de répondre aux attentes des hommes. « *J'étais relais à Kolda. Arrivé à Dakar, je me suis lancé dans mon propre business. Je suis marchand ambulant. Je prends de la marchandise en vogue auprès des grossistes, que je revends dans les ménages. Je m'en sors bien.* » (RDV, SDD, homme, 34 ans, relais démissionnaire). Anuja Kar et Vanya Slavcheska (2018), deux économistes, se sont penchés sur la condition des femmes en milieu rural au Sénégal et au Népal, après le départ des hommes. Dans leur rapport sur l'exode rural des hommes paru en juin 2018, ils ont analysé les conséquences de cette émigration sur le quotidien des femmes. Dans le rapport, intitulé *Male Outmigration and Women's Work and Empowerment in Agriculture*, les auteurs considèrent que les migrations soulèvent des enjeux de développement. D'après eux, les hommes qui abandonnent le monde rural créent un vide autorisant les femmes à accéder à l'emploi agricole. Cela influe fortement sur la situation socioéconomique et la répartition traditionnelle des rôles entre les sexes. La migration des hommes favorise le travail et l'autonomisation des femmes dans les milieux ruraux.

Des limites de cet *empowerment* féminin sont cependant à rechercher dans les grilles culturelles des normes et des valeurs assignées à la femme sénégalaise. Les femmes croient *mordicus* que

leur « salut » viendrait du fait qu'elles restent subalternes aux hommes, c'est-à-dire de les servir et de leur obéir du fait, en partie, de la parenté sociale. Ces comportements d'autocensure expliquent le recours au mode de mobilisation à bas bruit des regroupements de femmes. Ils permettent de libérer la créativité de ces dernières. En revanche, les décisions prises sont souvent de nature consensuelle, elles sont souvent axées sur la solidarité.

Les déterminants de la durabilité et de l'abandon sont donc distincts pour les femmes et les hommes. L'effet des événements sociaux sur le comportement et les attitudes des hommes et des femmes restent significatifs dans la durabilité sur le travail d'ACS. S'ensuivent les aspirations personnelles des individus. Là également, la recherche de la sécurité économique opère différemment auprès des hommes et des femmes. Nous constatons que les femmes s'engagent du fait qu'elles n'ont pas de source connexe de revenus et donc de plus de temps pour effectuer un travail gratuit au nom de l'intérêt public... alors que les soubassements de l'engagement sanitaire des hommes seraient plus économiques.

Tableau n° 12 : Synthèse qualitative de la manifestation du genre dans le travail d'ACS

<i>Sexe</i>	<i>Abandon/Exclusion</i>	<i>Durabilité/Inclusion</i>
<i>Femmes</i>	Mariage,	Jeunesse, cheffe de ménage
<i>Hommes</i>	Nouveau travail, émigration, découragement	Adulte

Le tableau montre que certains motifs communs aux deux sexes peuvent avoir des effets contraires. Par exemple, le mariage est un motif de durabilité (inclusion) chez les hommes et d'abandon (exclusion) chez les femmes ; la jeunesse, en revanche, est un motif de durabilité (inclusion) chez les femmes et d'abandon (exclusion) chez les hommes.

Si elles ont moins accès que les hommes aux activités professionnelles, les femmes ont donc moins de contraintes que les hommes pour perdurer dans le travail d'ACS. Même si l'emprise de la domination masculine est solide, des paradoxes se dissimulent ici dans des interstices du clivage genré dans la délégation des tâches et la division du travail genrée entre ACS (Guionnet et Neveu, *ibid*). Dans le contexte sénégalais, l'analyse comparée des sexes confirme la féminisation du travail d'ACS à plusieurs niveaux. La féminisation du travail d'ACS est une construction sociale et politique qui émane de la catégorisation institutionnelle, de la délégation des tâches organisationnelles et des rapports interindividuels entre les sexes. La grammaire culturelle sénégalaise fait du travail d'ACS une ramification de la division sexuelle du travail au sein des familles, lors de la socialisation primaire. Les hommes semblent disqualifiés concernant les activités de *care*, contrairement aux femmes, dont les comportements reposent

traditionnellement sur l'affect. Elles gagnent ainsi plus de territoire professionnel, d'estime de « soi » et « d'autrui » dans le travail sanitaire.

En somme, des hommes et des femmes se croisent dans l'espace public local au nom de la citoyenneté sanitaire pour la prise en charge de la santé. Mais, les interactions dans cette intersection produisent des inégalités atypiques : les pressions sociales, économiques et professionnelles contraignent davantage les hommes que les femmes, positionnant ces dernières plus confortablement dans l'exercice d'activités de *care*. Mais la revanche n'est que temporaire (en plus d'être sectorielle) : tout se joue dans les parcours matrimoniaux, même si le fait d'avoir été autonomes un temps de leur vie restera gravé dans leur tête et se transmettra peut-être à leurs filles...

Conclusion chapitre 4

Finally, the gendered dynamics of ACS confirm the conclusions of research according to which the process of feminization is at the same time revealing and accelerator of structural transformations of professional groups (Collin, 1992). Through the « circles of fraternity » (Bucher et Strauss, 1992, p. 332), the female division of ACS goes beyond professional segments and relates women from different professional segments. In the Senegalese public space, the role of *care* provides a relative autonomy for women: within certain spatiotemporal limits, it allows them to conquer professional territories. This fact allows us to characterize Senegalese ACS as a **socio-therapeutic group for women**, despite the presence of men.

Gender differences (in the sense of gendered access to ACS work) provide advantages for women. They develop in a narrow niche (ACS couples, men with modest incomes, women in the upper classes, etc.) or in a marginal situation, as it is not a struggle to become ACS, but rather a rent of situation. Within this space, they subvert the gender relationship subjectively in vigor but nationally, and objectively they participate rather in a modernist political display than in contributing to eroding patriarchal power. The feminization of ACS activity remains a response to the vulnerability of the woman before that of equality or power (Granchamp et Pfefferkorn, 2017).

However, women have a partial autonomy, under control, without emancipation from patriarchy, men remaining in power in work, at home and in religion. It is an experience of temporary professional autonomy. One is thus faced with a hybridization of genders, that is to say a relationship of compensation between men and women, since they find an space of professional autonomy in a society dominated by men.

CHAPITRE 5 — TENTATIVES D’INSTITUTIONNALISATION D’UN PARTENARIAT LOCAL

Malgré leur place prépondérante au niveau périphérique et leur apport salué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le travail d’ACS reste « invisible ». Comme on va le voir il est soutenu par une précarité économique (baisse des incitations financières mensuelles et des *per diem* de terrain) et un accès inégal aux avantages professionnels (couverture sanitaire, carte professionnelle). Les responsables associatifs pensent que l’établissement d’un partenariat avec les autorités locales est le principal moyen de remédier à cette situation :

« Sans le partenariat avec le district et les ONG ce n’est pas la peine. Cela veut dire qu’on ne sert à rien, qu’on n’existe pas. [...]C’est d’eux qu’on puise la force pour continuer le travail ! » (RDV, AD, femme, 56 ans, présidente association nationale des marraines).

« Notre travail est plus simple et gratifiant avec des dirigeants sensibles à l’apport communautaire à la tête du district [...]. Oui des membres d’équipe cadre de district qui nous associent, dès le départ des programmes pour nous permettre de nous organiser entre nous. » (RDV, BS, homme, 49 ans, président réseau acteurs communautaires).

La recherche de partenariat, dont parlent ces responsables, consiste à associer les responsables des districts et des antennes locales des ONG aux prestations des ACS pour garder le monopole de la mise en œuvre des activités de soins primaires au niveau communautaire, pour permettre de se démarquer des saisonniers et des autres organisations communautaires de base. Le travail informel (des ACS) à l’instar du travail formel (des professionnels) est aussi porteur de conséquences dont la mobilisation autour d’enjeux variés, de manière feutrée ou publique (Freidson, 1986 ; Champy et Israël, 2009). Les militants de cette cause sont principalement les cadres des associations et des groupements d’ACS, qui comprennent la nécessité d’institutionnaliser un partenariat avec les autorités sanitaires locales, même si l’ensemble des ACS n’est pas vraiment conscient de cet enjeu. Nous allons voir comment ces derniers se saisissent ou non de cet enjeu dans le cadre associatif, un secteur souvent en opposition avec le secteur public.

Le modèle de la participation au sein de l’action publique repose sur une redistribution du pouvoir et une responsabilisation des acteurs qu’elle soit effectuée par des fonctionnaires ou

des bénévoles, l'action menée doit être dans cette optique toujours conforme aux attentes institutionnelles (Bresson, 2014). Or la structure des opportunités politiques, de l'action manifestante et de la logique professionnelle, la constitution des ACS en association témoigne des difficultés de sa mise en application, car l'action collective qui en découle utilise un répertoire contestataire à la fois professionnel, social et politique pour se défendre contre l'invisibilisation du travail d'ACS. Au travers d'une solidarité mécanique (Durkheim, 1893), ce mode de résolution de la précarité professionnelle met l'action collective associative des ACS en tension avec les attentes institutionnelles (Hély, 2009 ; Simonet, 2010, 2018a, 2018b).

C'est d'ailleurs en ce sens que les professions sont assimilées à des « mouvements sociaux » (Bucher et Strauss, 1992, p. 278). Rapportée au questionnement qui est le nôtre, cette perspective théorique signifie que les organisations associatives impulsent le contrôle d'un marché professionnel en s'appuyant à la fois sur une composition hétérogène, une démocratie participative et un large éventail d'actions collectives revendicatives, mais à bas bruit. Le cadre associatif devient, de ce point de vue, un répertoire organisationnel pour mettre à l'agenda des responsables locaux et nationaux les aspirations professionnelles des ACS. À ce titre, comment **la mise en place d'organisations associatives peut constituer à la fois un début d'institutionnalisation d'un partenariat local favorable aux travailleurs et aux travailleuses informel·le·s de la santé et un répertoire d'action collective pour ces derniers ?**

Ce chapitre est construit autour de cinq sections. D'abord, nous retraçons le processus de construction des associations d'ACS. Une attention particulière est accordée aux formes de rhétoriques fondatrices des Associations de Relais Polyvalents (ARPV) ainsi qu'à leurs modes de fonctionnement interne [**section 1**]. Ensuite, nous montrons comment les mobilisations discrètes opèrent et deviennent une tactique d'action collective dans ces instances de regroupement. Pour ce faire, nous identifions de façon asymétrique — ACS et responsables sanitaires — les formes de résistances (offensives et défensives) ainsi que leur périodicité, leur intensité et leur finalité du point de vue des acteurs. Cela nous amènera à mettre en lumière les revendications émergentes et leur prise en charge ou non par le système sanitaire [**section 2 et 3**]. Dans la continuité de la section 3, nous appréhendons les mécanismes de formatage de l'action publique. Il s'agit ici de montrer par quel processus l'action publique sanitaire subit des transformations et des réadaptations suivant les exigences contextuelles et les attentes des acteurs [**section 4**]. Enfin, nous appréhendons le sens de la politisation des ACS à travers les formes de militantisme. En sus, les dimensions sociale et économique de la politisation seront

investiguées pour montrer l'imbrication des formes de mobilisation discrètes dans différentes sphères [section 5].

1. Genèse du collectif mixte des ACS

Jusqu'ici nous avons analysé les interactions entre les ACS, la population et les professionnels de santé en montrant que l'ancrage social des ACS est fortement tributaire du « capital d'autochtonie » qui opère comme une ressource centrale dans la construction de leur légitimité dans le système sanitaire (cf. chapitre 2 et 3). Nous avons vu aussi que les espaces conquis par les ACS au sein du dispositif sanitaire résultent d'une socialisation professionnelle polyvalente et de la féminisation des pratiques (cf. chapitre 4). Il s'agit maintenant de s'intéresser à la construction du groupe des ACS indépendamment des cercles traditionnels des femmes décrits précédemment (cf. chapitre 4).

La fragmentation interne du groupe ACS (clivage de genre) ne constitue pas un fossé infranchissable entre les sous-catégories qui entraverait le dynamisme du groupe (Poulard, 2020). La condition de travailleur bénévole suscite un sentiment d'appartenance commun à un groupe socio-thérapeutique. Si l'on sait qu'il n'y a « [...] rien de plus constitué socialement et politiquement que le mécontentement » (Collovald et Gaïti 1991, p. 16), on peut comprendre pourquoi les ACS investissent une partie de leur temps dans les structures associatives — mono-professionnelles et pluri-professionnelles — (femmes, hommes, spécialisés et polyvalents) dans le but de contester leur position de dominé. Ces cadres deviennent une sorte de répertoire organisationnel reposant sur des collectifs de solidarité (*tours*) à partir desquels s'organisent les mobilisations collectives pour institutionnaliser un partenariat avec les autorités locales.

Les ACS mettent en avant l'unité de leur groupe et le renforcement de leur lien professionnel lorsque leur intérêt commun est menacé par un ennemi commun. En effet, oscillant entre bénévolat, volontariat et salariat, ces « travailleurs informels » sont un « groupe dominé » par les responsables de tutelle, dont la survie financière dépend des montants fluctuants (*per diem*, gratifications mensuelles) fixés par les groupes dominants (ONG intervenant localement, responsables des structures de santé, autres commanditaires de programmes). La diversité des rôles quotidiens et les divergences de positionnement sont dépassées lorsqu'il s'agit de défendre occasionnellement l'utilité sociale de leur métier dans des scènes socio-sanitaires.

Le groupe des ACS produit de ce fait un mouvement de va-et-vient où l'intérêt fait le groupe, le groupe fait l'intérêt (Offerlé, 1998). La volonté d'améliorer leurs conditions de travail

constitue l'intérêt commun principal liant les différents segments constitués à partir des situations de travail. Parallèlement à la précarité de leurs conditions de travail, la volonté de préservation de leur activité amène les ACS de toutes catégories à se regrouper dans l'optique de rendre visible leur rôle, mais aussi de se prémunir contre la concurrence externe des saisonniers (*cf. supra*). Nous verrons, à la lumière des concepts et de la méthodologie utilisée, que l'initiative de se regrouper est soutenue par des acteurs médicaux et paramédicaux, les populations et les ONG avec lesquelles ils interagissent.

1.1.Outils conceptuels et méthodologiques pour saisir l'action collective des ACS

Suivant la perspective selon laquelle toute réflexion sur les modes d'organisation impose de dépasser les cloisonnements scientifiques (Friedberg, 1992), nous mobilisons dans ce chapitre la sociologie des mobilisations pour explorer la manière dont les ACS rendent visible leur travail. Nous allons décrire les modalités de regroupement, de revendication et de regroupement en marge du dispositif de santé communautaire. Parallèlement, nous allons ethnographier les formes de mobilisations à bas bruit, sous l'angle du modèle de la contestation politique qui « *tend à assimiler le conflit avec la contestation sociale des pouvoirs établis et cette dernière avec la revendication assumée d'une critique du pouvoir* » (Sainsaulieu, 2017, p. 101). Si l'auteur vise à identifier et à analyser les interactions entre les travailleurs eux-mêmes, nous estimons que ce même modèle est applicable aux agents non statutaires tels que les ACS, qui opposent une résistance aux responsables sanitaires, sans protester ouvertement (Bouilly, 2019).

L'action collective des ACS se pratique dans la plus grande discrétion notamment du fait de la distinction entre l'État et le cadre professionnel : si les ACS existent de manière officielle, en revanche ils n'ont pas de rôle professionnel attribué, ni les droits dont bénéficient les professionnels de santé. À ce titre, ni les revendications contestataires se rapprochant des mouvements sociaux classiques ni les formes de syndicalisme propres aux travailleurs salariés ne paraissent adéquates pour défendre le statut des ACS. Par ailleurs, les logiques de répression des responsables sanitaires, également à bas bruit (Talpin, 2016), imposent, de part et d'autre, des actions collectives stratégiques, des « registres d'action » ouverts aux actions non protestataires et aux stratégies de résilience individuelles (Fillieule et al., 2010). Ainsi, le choix du terme de « résistances au travail » reste adéquat pour penser le conflictuel dans la négociation d'un partenariat par les ACS.

« Les résistances collectives donnent lieu à des luttes offensives ou défensives, revendicatives ou identitaires, reliées à un but matériel, existentiel, au souci de mieux vivre ou de défendre sa dignité, dans un cadre professionnel et juridique, ou au nom d'une utopie philosophique et politique. La notion de résistance ouvre à des formes de protestations subjectives plus ou moins visibles, celle de conflit permettant d'objectiver et d'ancrer la réflexion dans un cadre sociopolitique. » (Sainsaulieu, 2017, p. 18).

Cette approche permet d'assembler des notions de la sociologie du travail et de la sociologie politique pour rendre intelligibles les rapports sociaux de domination structurelle et de contre-pouvoir dans l'exercice du bénévolat dans le système sanitaire sénégalais. Nous faisons le pari que les modes de reformatage de l'action publique et la politisation de l'engagement bénévole sont les conséquences de mobilisations discrètes et des résistances au travail des acteurs.

L'autre particularité de ce chapitre est d'ordre méthodologique. Nous avons expliqué en introduction la méthodologie suivie pour la thèse. Le matériau issu de l'observation participante a été plus spécifiquement exploité pour suivre les interactions dans les réunions organisées dans les établissements de santé, dans les locaux associatifs et municipaux, dans les villages/quartiers en plein air.

Encadré n° 9 : Compte rendu des ajustements méthodologiques au terrain

Une partie de notre enquête de terrain s'est déroulée en période pré-électorale (séjour août 2019 jusqu'à février 2020). Nous avons constaté, d'une part, des indisponibilités liées à l'organisation ou à la participation aux meetings politiques. D'autre part, le discours des personnes interrogées était souvent influencé par l'actualité politique. Suivant les positionnements partisans, il prenait une allure de bilan ou un contenu revendicatif. Pour les informateurs, la politique représentait la « bonne focale » (Becker, 2016) dans le but de montrer leur engagement. Qu'il s'agisse des acteurs institutionnels ou communautaires, du personnel soignant ou des ACS, le sujet des réalisations de l'État et des attentes autour du nouveau gouvernement s'est toujours invité au sein des discussions.

Les périodes d'absence sur les lieux de travail nous ont, en effet, contraints à changer notre stratégie d'enquête. L'approche des joutes électorales était en effet une période durant laquelle nous avons eu beaucoup de mal à décrocher un rendez-vous avec les acteurs de l'hôpital. Nombre d'entre eux, pour ne pas dire tous, désertent les bureaux et les points de prestation de services pour assister à des meetings politiques. Les absences pour motifs politiques étaient innombrables, au point où cela a éveillé notre curiosité. Nous sommes donc allés assister à deux meetings politiques. Ces séances d'observation font ressortir les rôles respectifs du personnel qualifié et des ACS. Les premiers sont souvent conviés par les militantes politiques locales à faire le bilan des réalisations ou des manquements dans les établissements de santé, tandis que l'ACS incarne le « porte-parole » de son groupe et des populations locales. Cette situation d'observation qui nous paraissait au départ compromettante s'est révélée en fin de compte un terrain fertile pour analyser l'intensité des mobilisations revendicatives séquencées par des périodes de turbulence, de léthargie, de compromis.

Pour suivre cette actualité informative, nous avons activé une veille documentaire « Google alerte » sur ledit domaine. Concrètement, nous avons suivi les sorties médiatiques autour de la santé

communautaire de manière générale et des prises de positions syndicales des ACS en particulier. Ainsi, à côté des outils de collecte physique (guides d'entretien, grille d'observation), nous avons rajouté la recherche dématérialisée via les sites internet sur la santé communautaire en Afrique et au Sénégal. Ces sources de données disparates justifient l'adoption de la technique d'analyse itérative, un va-et-vient entre les cibles, les outils.

Treize carnets de terrain ont été dépouillés avec les mémos ou notes d'interprétation qu'ils contiennent. Pour collecter ce matériau empirique, nous avons participé à plusieurs activités.

D'abord, l'immersion dans les campagnes sanitaires de masses menées par des ACS auprès des populations locales, en particulier des parents d'enfants de moins de 5 ans. Dans cette phase, nous avons joué le rôle de remplisseur de fiches de suivi de vaccination. Avec cette posture, nous avons pu observer les tactiques d'ACS pour dénigrer des élus locaux et dissuader les populations de participer aux meetings de certains d'entre eux, hostiles à leur recrutement. Ensuite, l'observation directe des réunions de coordination mensuelle dans 5 postes de santé et 3 centres de santé nous a permis de saisir les sujets phares de discussion. La difficulté majeure liée à notre présence dans ces instances était la censure des informations. Dans ce milieu où quasiment tout le monde se connaît, la présence d'un invité suscite des doutes, surtout pour les nouveaux⁷¹ qui nous voyaient pour la première fois. Pour pallier à ce malaise exprimé par des murmures à propos de notre présence dans la salle avant le début de la réunion, les médecins-chefs et les infirmiers-chefs de poste nous ont introduits pour nous présenter.

Durant notre prise de parole, nous avons essayé de rendre notre présence la plus naturelle possible en nous exprimant en langue locale et en appelant certaines vieilles connaissances par leurs noms. Cette manière sobre de « présentation de soi » présente l'avantage de briser la glace sur les raisons de notre présence. *In fine*, nous avons repéré les visages non familiers pour nous orienter vers eux, avec un air amical (petit sourire) afin de les convaincre que notre présence n'avait rien d'un « contrôle policier ». Cependant, après quelques minutes de discussion dans la salle, nous nous sommes rendu compte que cette technique ne suffirait pas à elle seule à dissiper les doutes. Car la réunion s'est poursuivie dans un climat tendu. Il faut croire que la culture populaire du « le linge sale se lave en famille » est devenue la culture organisationnelle des établissements de santé. Pour détendre l'atmosphère, nous avons alors simulé des appels téléphoniques qui nous ont permis de nous éloigner physiquement de l'auditoire tout en prêtant une oreille attentive à la discussion grâce à notre dictaphone. Cette technique de l'effacement

⁷¹ Les agents, communautaires ou fonctionnaires, qui viennent nouvellement de rejoindre le dispositif n'ont pas forcément connaissance de nos recherches doctorales. D'où cette réaction de méfiance et de continence dans leurs discours.

physique permet aux participants de dire ce qu'ils ressentent en présence d'un enregistreur tout en gardant leur anonymat. L'enjeu est encore plus important quand il s'agit d'évoquer des sujets en lien avec les conditions de travail, en présence des supérieurs hiérarchiques. Cette technique du dictaphone a finalement porté ses fruits. Les participants ont libéré le fond de leurs pensées et nous ont permis de saisir les sujets de discussion des ACS en réunion. L'objectif était surtout de voir de quelle manière les ACS sont valorisés ou non et comment les préoccupations afférentes au travail sont débattues ou esquivées dans ces instances d'échanges réguliers entre les acteurs sanitaires.

Puis nous avons observé les réunions des ACS en tant qu'invité officiel. Dans ce milieu d'interconnaissance il s'est déroulé un moment de discussion à cœur ouvert avec les acteurs, à l'abri des interférences de la hiérarchie professionnelle (Beaud et Weber, 2010)⁷². C'est durant ces moments que nous avons eu connaissance des autres formes de revendications liées à la répartition qualitative du don de temps et à la manière de traduire le rôle de bénévole par les différentes sous-catégories d'ACS.

Enfin, nous avons assisté à deux meetings politiques durant lesquels une attention particulière a été accordée aux négociations entre les ACS et les élus locaux autour du respect du contrat de confiance et de la promesse politique prodiguée. Par ailleurs, nous avons vu à ce stade le rôle du porte-parole (ou du *gadu kadù* en wolof, ou encore du *jom kongòl* en peul), leader caractérisé par une légitimité charismatique et doté d'une maîtrise de la communication en public. Il est chargé de faire remonter toutes les préoccupations des ACS, hommes comme femmes, afin de « corriger » la censure islamo-culturelle de la parole en public en présence de femmes favorisant une nouvelle redistribution des cartes dans l'arène politique locale et une résonance plus forte des revendications. Les données collectées lors des observations et l'exploitation d'entretiens (individuels et de groupe) permettent d'apporter un éclairage sémantique.

1.2. Les rhétoriques fondatrices de l'associativité des ACS

La notion de « licence » correspond à l'autorisation légale d'exercer un travail, qu'il s'agisse de professions ou de petits métiers (Hughes, 1996). Le récépissé, conférant un statut d'association de société civile spécialisée dans le domaine sanitaire, représente une licence pour les associations de relais polyvalents (ARPV) et les groupements de *bàjjenu gox*. Cela leur accorde,

⁷² Nous avons sympathisé avec les ACS depuis plus de 5 ans. Avec eux, le processus de naturalisation était quasiment achevé, à l'exception de certains nouveaux membres avec qui nous avons néanmoins eu le temps de discuter, contrairement aux réunions mensuelles dans les établissements de santé.

sur le papier, la priorité sur d'autres groupes intervenant dans le champ de la santé communautaire. Elle dissocie donc les acteurs communautaires du secteur public des acteurs communautaires du secteur semi-public et du secteur politique. Le « mandat » fonctionne également comme un marqueur de différences, mais sous l'angle de la pratique des activités, notamment de la répartition des tâches et de l'enrôlement des acteurs pour la mise en œuvre d'un programme spécifique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle tous les ACS ne sont pas membres des ARPV.

En effet, les associations d'ACS regroupent principalement les ACS spécialisés et polyvalents : les aides-soignant·e·s, les matrones, les relais, les dispensateur·trice·s de soins à domicile et les *bàjjenu gox*. Les agents municipaux de santé, jugés présents-absents dans le quotidien du travail des ACS, sont moins impliqués dans les associations. Cela est imputable, comme nous l'avons montré au chapitre 1, au lien dysfonctionnel entre les premiers, qui se présentent comme des agents de développement, et ces derniers, considérés plutôt comme agents politiques affiliés aux collectivités territoriales. L'opposition entre les groupes doit être interprétée comme une exclusion : les premiers ferment l'accès aux seconds pour se protéger de la concurrence externe par la mise en place, en interne, de mécanismes de régulation (Weber, 1971). Ces mécanismes de régulations reposent sur des rhétoriques « taillées sur mesure » qui ne prennent en compte que la situation des ACS spécialisés et polyvalents, excluant ainsi les agents municipaux de santé. Nous identifions quatre formes de rhétorique fondatrices de l'associativité des membres des ARPV, parmi lesquelles certaines émanent des ACS spécialisés et polyvalents eux-mêmes (regroupement et solidarité), tandis que d'autres viennent de professionnels venus de l'extérieur (don de soi et partenariat) (voir encadré n° 10).

Une différence fondamentale existe entre ces deux sources. Sur le plan du champ lexical utilisé pour expliquer la finalité attendue, les rhétoriques internes sont plus explicites. Elles se basent sur des tournures univoques telles que *mbolo moy dolé* (trad. l'union fait la force) et *ndimbal desskoy fek thi loxo borom* (trad. aide-toi et le ciel t'aidera). À l'inverse, les rhétoriques provenant des professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) ou d'agents d'ONG sont perçues comme polysémiques, voire énigmatiques.

Encadré n° 10 : Présentation des formes de rhétoriques fondatrices des ARPV

Rhétoriques internes aux ACS
- La nécessité de se regrouper !

« Nous avons compris que mbolo moy dolé (trad. l'union fait la force). Les agents communautaires sont importants dans le système de santé, mais personne ne connaît leur nombre. Nous nous sommes regroupés pour recenser le nombre d'agents communautaires qui interviennent dans la zone de responsabilisation du district et parler d'une seule voix. » (Focus group, ACS, membres associations, zone rurale).

- Disposer d'un cadre de solidarité !

« L'idée nous est venue comme ça. Un jour, au retour d'une campagne sur l'AID (Administration Intra-Domiciliaire), nous étions dans la case du district pour nous rafraîchir. Subitement, on nous informe que L. Mballo était malade. J'avais improvisé une cotisation auprès de chaque membre. L'objectif était, en lui rendant une visite, de lui remettre la somme symbolique. En cours de route, nous nous sommes dit qu'il serait bien de mettre en place un fonds de solidarité et un cadre de discussion sur nos problèmes respectifs. Si une personne (physique ou morale) veut nous aider, elle trouvera déjà un cadre constitué : ndimbal desskoy fek thi loxo borom (trad. Aide-toi et le ciel t'aidera). » (Focus group, ACS membres associations, zone urbaine).

Rhétoriques externes aux ACS

- Échanger sur l'idéologie de l'engagement bénévole

« Entre 2007 et 2008, il y a eu beaucoup d'abandons de la part des agents communautaires. Les gens n'étaient pas très motivés. Le Médecin-chef de l'époque nous avait convoqués en réunion au district. Il nous a demandé de créer un cadre d'échange pour expliquer aux gens l'importance de l'engagement bénévole pour l'amélioration de la santé globale des populations. C'est de cette manière que nous avons constitué le noyau de l'ARPV de notre localité. » (Focus group, ACS, membres associations, zone rurale).

- Établir un partenariat !

« Le projet de constitution d'association a été émis pour la première fois par ST, agent de l'UNICEF. Il voulait collaborer directement avec nous, car l'UNICEF a vu notre rôle incontournable sur le terrain. Même l'argent pour payer les quittances du réceptionné venait d'une subvention de l'UNICEF. » (Focus group, ACS membres associations, zone rurale).

La nécessité de se regrouper, d'un côté, et la mise en place d'un cadre de solidarité, de l'autre, sont l'œuvre des ACS eux-mêmes. Le premier répond à un besoin d'être comptabilisé dans les résultats du dispositif sanitaire en termes de nombre de personnes mobilisées et d'étendue des activités menées. Se regrouper permet ainsi pour les ACS l'accession au pouvoir du nombre, pour exister virtuellement dans les données statistiques produites par le district. Durant nos observations dans les réunions de coordination, nous avons pu constater l'importance que les acteurs accordent à la participation des ACS. Dans les maquettes de présentation en PowerPoint du bilan mensuel présenté par poste de santé à tour de rôle, le nombre d'ACS actifs ou inactifs est dûment mentionné, comme révélateur de force ou de faiblesse. Les postes de santé les plus performants sont ceux disposant du plus grand nombre d'ACS actifs, c'est-à-dire mobilisables à n'importe quelle période de l'année⁷³. Si la performance des postes et centres de santé est mesurable à partir de la main-d'œuvre bénévole mobilisable, alors le regroupement devient un enjeu de pouvoir et de classification des établissements de santé. Cette rhétorique de la production de statistiques valorise les ACS en leur ouvrant même l'octroi d'un siège au conseil d'administration des établissements de santé. Ils participent désormais aux réunions de coordination des districts pour présenter aux responsables sanitaires leurs rapports d'activités sur la surveillance épidémiologique de la santé de la mère et de l'enfant. Ce cadre institutionnel leur ouvre l'accès aux données pour mesurer leur impact sur le système, à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif. Les informations présentées sont répertoriées et archivées dans les registres des ARPV pour constituer ainsi une base de données de leurs activités et un argument pour la négociation de contrats éventuels avec des commanditaires de programmes.

⁷³ Dans certaines zones, les ACS ne sont plus actifs durant la période d'hivernage. Ils préfèrent s'occuper de leurs champs plutôt que de s'adonner aux activités bénévoles. Cela est aussi lié en partie à l'effritement du système de rétribution symbolique des ACS par les populations bénéficiaires des soins (cf. chapitre 4).

La constitution d'un cadre de solidarité matérialise en effet la prise de conscience de « classe » des ACS. Cette initiative que l'on peut qualifier de phénomène corporatiste est loin d'être un facteur de blocages sociaux, de quête des intérêts sociaux au sein du pouvoir dans lequel les chercheurs anglo-saxons et les théoriciens de l'État semblent l'enfermer. Il est plutôt un mode de « régulation sociale de la relation salariale », voire un arsenal de solidarité mobilisé par les acteurs pour faire face aux besoins inopinés des membres (Segrestin, 1985). Par exemple, les requêtes des personnes sollicitant une aide financière sont prises en charge avec l'argent rassemblé dans la caisse commune de solidarité. L'expression des besoins de ceux ou celles qui ont des difficultés financières (payer une ordonnance, besoin de soutiens pour organiser des cérémonies comme les mariages, les baptêmes, les décès) est examinée et délibérée au cas par cas. À côté des rhétoriques élaborées par les ACS polyvalents eux-mêmes s'érigent des rhétoriques externes, notamment la vulgarisation du principe d'engagement bénévole et les opportunités d'établir des partenariats.

Sous la houlette du personnel qualifié, les ACS polyvalents sont invités à se souvenir du principe d'engagement bénévole basé sur le désintéressement qui doit sous-tendre leurs actions. L'invite du médecin de Médina Yoro Foulah aux ACS polyvalents à échanger sur l'importance du désintéressement rentre dans ce cadre et renvoie à une stratégie administrative pour maintenir les ACS dans le bénévolat afin de pallier à l'insuffisance du budget du district et à la faible intervention des ONG dans cette zone. Cette situation représente un manque à gagner en termes de financement des projets et d'octroi de *per diem* aux ACS. D'autre part, cette injonction est un rappel à l'ordre sur les fondamentaux du bénévolat : le désintéressement, le don de soi, la disponibilité, etc. Cette représentation se fonde sur la volonté d'atteindre les résultats sanitaires fixés sur le plan national en s'appuyant sur les ACS pour améliorer la santé globale des habitants de leur propre village/quartier. Comme le médecin ne peut pas s'adresser de la sorte aux ACS, il enrobe sa pensée par un discours axé sur la nécessité du bénévolat. C'est une rhétorique fondée sur une adresse indirecte, une incitation à l'action.

Cette rhétorique s'est développée dans les zones de faible présence des ONG, où les établissements de santé rencontrent des difficultés financières et matérielles pour répondre aux exigences de résultats fixés sur le plan national. La création d'un cadre d'échange sur l'importance de l'engagement bénévole suscite l'intérêt auprès des individus et garantit ainsi leur durabilité dans le dispositif de santé communautaire. Dans cette conception, les ACS polyvalents ne sont pas toutes et tous au même degré d'implication. On y retrouve, d'un côté, un petit nombre d'ACS polyvalents — entre 3 et 4 — fortement attaché à la cause du don de

soi et qui constitue le noyau dur, et, de l'autre, un grand nombre d'ACS frileux concernant leur implication dans l'organisation et la mise en œuvre des activités au sein des associations.

Le discours du membre de l'*USAID*, qui a été à la base de l'établissement du partenariat avec l'ARPV de Kaolack, suit une logique de gagnant-gagnant. « Vous avez besoin de nous, nous avons besoin de vous, donc nous devons continuer à nous soutenir mutuellement ». Même si l'expression ne ressort pas dans le contenu de l'extrait d'entretien choisi pour l'illustration, la rhétorique sous-jacente à ce compromis est celle de la dépendance mutuelle.

« Nous avons effectivement aidé à la mise en place de l'ARPV de Kaolack. Là-bas, les acteurs communautaires sont dynamiques, mais le personnel qualifié est souvent en grève. Donc nous avons jugé opportun de continuer à travailler avec les ACS » (ESS, SK, femme, 39 ans, chargée de projet, USAID).

C'est dans le but de contourner ces blocages avec le personnel qualifié que se construit la recherche de partenariat avec les ACS polyvalents. La région de Kaolack abrite plusieurs projets. Si l'on prend l'exemple des projets d'ONG européennes au Sénégal, on recense près de 46 projets opérationnels dans la région contre 27 à Kolda⁷⁴. Or les mouvements d'humeur du personnel qualifié plombent l'accessibilité aux données et menacent les possibilités de financement des ONG qui suivent un calendrier strict. Les ACS polyvalents sont au milieu de cette opposition entre le public et le privé. Les ONG font l'évaluation des projets à mi-parcours et à la fin, avec la production de comptes rendus des missions et une restitution des résultats aux bailleurs. Pour arriver à respecter ce cahier des charges, les ACS polyvalents se présentent comme une alternative pour les instances non gouvernementales en les fournissant les données nécessaires à l'élaboration des documents de suivi des activités. Cette rhétorique enrôle plus d'ACS que les précédentes, du fait qu'elle offre une réponse concurrentielle au personnel salarié des établissements de santé (personnel étatique, personnel des comités de développement sanitaires, personnel des collectivités territoriales).

Le changement majeur apporté par ce partenariat est la déviation du circuit de rémunération des *per diem*. L'argent issu du budget des programmes ne transite plus par les mains du personnel qualifié (médecin-chef de district, médecin-chef de district adjoint, infirmier-chef de poste) ou par les caisses des établissements de santé (gérer par un gestionnaire). Ce financement est

⁷⁴ Source : Plateforme des ONG européennes au Sénégal, 15 janvier 2021.

directement versé dans le compte bancaire commun de l'ARPV auquel tous les membres ont accès afin de pouvoir vérifier la mobilité des fonds. Cela constitue une grande rupture de procédure traduisant aux yeux des ACS polyvalents une prise de pouvoir financier de grande portée vers le chemin de l'autonomisation. Bien que la rhétorique du partenariat soit externe aux ACS, l'établissement de partenariat avec tous les acteurs privés comme publics est érigé par les militants de la cause (surtout les responsables d'associations ACS et ONG), comme condition *sine qua none* de survie professionnelle.

Dans ce qui suit, nous allons montrer que malgré la diversité des rhétoriques fondatrices des ARVP, la variation des pratiques qu'elles renferment n'est pas significative. Elles tendent toutes à mettre en place un mécanisme leur permettant de se maintenir face à la concurrence externe. D'après la sociologie des associations (Laville et Sainsaulieu, 1997), la logique militante, entraînant la création d'une association avec son utopie fondatrice, cède le pas ensuite à une logique économique. L'analyse sociologique consiste donc à appréhender le processus associatif de mise en place et de positionnement face à l'économie de marché. Il s'agit dès lors pour nous de mettre en exergue les « pratiques » au sein de ce cadre associatif.

1.3.L'association, un cadre structurant l'action collective

On l'aura compris, les associations d'ACS se fondent sur des rhétoriques internes et externes ; en revanche, elles n'influent pas considérablement sur la composition des membres, les modalités de fonctionnement et les actions à mener. Bien que fortement féminisée, le groupe des ACS tire parti des deux sexes pour se constituer en contre-pouvoir et rendre visible son métier, non sans reproduire une division du travail genrée : les hommes plus à l'aise dans la prise de parole en public pour dénoncer les conditions de travail ; les femmes plus douées dans la mobilisation des acteurs et l'amplification des informations. Cette reproduction est en partie instrumentalisée dans une stratégie d'optimisation des ressources. Les femmes s'allient aux hommes afin d'avoir une voix plus audible face aux autres acteurs dominants du système sanitaire, en l'occurrence, les professionnels de santé et les agents d'ONG. En réussissant à regrouper des catégories d'ACS différentes, l'objectif est également de pallier l'analphabétisme élevé des femmes (62,3 % des femmes sont analphabètes) par un recours à l'instruction des hommes (37,7 % des hommes - RGPHAE, 2013). La division du travail associatif suit la formation, y compris entre femmes. Ainsi, les femmes ACS les plus instruites jouent souvent le rôle de porte-parole et de membres du bureau exécutif, tandis que les autres s'attachent à densifier la mobilisation lors des réunions, des manifestations et des interventions.

Nonobstant les inégalités d'une répartition du travail favorable aux hommes et aux diplômés des deux sexes, hommes et femmes se regroupent dans le cadre associatif. Si, généralement, on considère l'engagement bénévole associatif comme un objet institutionnel destiné à impulser le changement voulu par l'action publique (Chanut-Guieu, 2009), au Sénégal, le regroupement associatif est du ressort des acteurs bénévoles eux-mêmes. La constitution d'un collectif associatif d'ACS tous sexes confondus répond à un double objectif. Le premier est de résister aux injustices secrétées par les recrutements. Le cadre associatif devient une sorte de syndicalisme associatif investi du rôle de défense des intérêts des travailleurs à travers la négociation des mobilités professionnelles, des rémunérations monétaires mensuelles, des *per diem* journaliers. Secondairement, le cadre associatif autorise l'essor du militantisme politique, même si ce militantisme est inégalement représenté dans les catégories d'ACS (*cf. infra*).

Historiquement, l'acronyme ARPV apparaît au début des années 2000 à Kaolack. Il a remplacé l'association nommée AVODISK (association des volontaires du district sanitaire de Kaolack) qui mettait en œuvre un programme de l'*USAID* dans le domaine de la santé et de la décentralisation, la prise en charge de la rougeole particulièrement. À la suite de suspicions de détournement d'argent et de retard de remboursement par l'État, beaucoup de membres se sont désistés ce qui a entraîné la dislocation de l'AVODISK. Pour remédier à la question numéraire et continuer la collaboration avec les ACS, l'*USAID* a proposé des formations polyvalentes aux ACS volontaires. L'objectif était de rompre les frontières existantes entre les programmes et de permettre ainsi aux ACS d'exécuter plusieurs activités à la fois. En d'autres termes, les relais du paludisme, les relais de la tuberculose, les relais du PEV, relais nutrition... deviennent des relais polyvalents qui interviennent désormais dans tous les programmes et bénéficient d'incitations financières plus conséquentes. Cette ARPV, pionnière au Sénégal, était à l'époque exclusivement composée de relais et, de fil en aiguille, les autres ACS les ont rejoints. Aujourd'hui, les ARPV dans les quatre districts enquêtés regroupent l'ensemble des ACS à l'exception des membres des comités de développement sanitaire et des employés municipaux de santé. Ces derniers sont considérés comme des personnes externes au « groupe socio-thérapeutique » par les autres ACS. La prise de conscience de groupe concerne alors les relais, les dispensateur·trice·s de soins à domicile, les *bàjjenu gox*, les aides-soignant·e·s et les matrones qui partagent le même espace, les mêmes conditions de travail et sont liés par une interdépendance systémique dans le travail.

À l'exception de l'ARPV de Kaolack, les ARPV de Kolda, MYF et Guinguinéo n'ont pas de siège. Les membres de ces associations se rassemblent généralement au sein des districts : salles

de réunion, de garde, d'attente, tandis que l'ARPV de Kaolack a son propre siège. Au regard de son ancienneté, l'association a réussi à avoir un local, une salle de réunion équipée de table et de chaises, en dehors du district de Kaolack (Kaznack). Toujours dans le cadre du fonctionnement, les ARPV ont un statut juridique, en tant qu'organisation de la société civile. Le bureau est composé d'un·e président·e, d'un·e trésorier·ère, d'un·e secrétaire général. Les membres du bureau sont élus lors des assemblées générales. Ils sont chargés d'assurer le fonctionnement administratif de l'association en veillant particulièrement : a) au respect du règlement intérieur ; b) à la bonne tenue du compte bancaire, avec deux signataires ; c) à tenir des réunions trimestrielles et mensuelles assortis des procès-verbaux correspondants ; d) à assurer le renouvellement du bureau. Au-delà des prérogatives de routines, les membres de bureau des ARPV peuvent convoquer des rencontres extraordinaires lors de la mise en œuvre de programmes et projets afin de coordonner les activités et les comportements des membres concernés. La constitution de groupes *WhatsApp* est l'outil principal pour prendre les décisions et adopter des attitudes communes ou complémentaires.

Les membres n'ont pas à s'acquitter de cotisation mensuelle. Leur fonctionnement économique repose fondamentalement sur les *per diem* de terrain octroyés par les bailleurs (ministères ou ONG) lors de la mise en œuvre des programmes et/ou projets. En signant directement des contrats de prestation, l'argent ne transite plus par les établissements de santé, mais est directement viré sur leur compte bancaire. Le paiement « main à main » journalier effectué auparavant par le personnel qualifié cède la place au paiement au guichet des ARPV. Cela a été rendu possible grâce au consensus autour du cagnottage des gains : la mise en commun des *per diem* redistribués suivant un mécanisme économique adopté en interne. Il s'agit, pour les membres de l'ARPV ayant travaillé sur une activité, d'accepter de recevoir 1/3 (Kaolack) ou 1/2 (Kolda, MYF, Guinguinéo) du montant facturé par le bailleur, et reverser le reste de la somme à la thésaurisation. Cette réserve numéraire permet de couvrir les frais de roulement (par exemple, le paiement du loyer du local associatif) et de financer les projets d'entrepreneuriat des membres. Parallèlement à leur mobilisation discrète pour organiser la résistance au travail, les ARPV fonctionnent de façon égalitaire entre hommes et femmes et organisent de façon démocratique la gestion des contraintes économiques. Tous les membres ont le même droit d'accès au crédit pour entreprendre une activité quelconque et les mêmes chances de participer aux activités de santé en vue d'augmenter leurs revenus et d'améliorer leur compétence.

L'ARPV épouse les limites du district sanitaire. Elle est la cellule mère et coiffe des secteurs installés dans chaque quartier/village. Quand les bailleurs forment des ACS, ces derniers à leur tour dupliquent les formations auprès des autres membres et donc en démultiplient l'effet. Ensemble, sans tenir compte des appartenances aux villages/quartiers, ils effectuent le travail par « tir groupé ». La valorisation de cette forme d'organisation du travail permet d'éviter, à côté de la socialisation professionnelle, la discrimination de certaines catégories. Mieux, l'apport de chacun est important pour atteindre les résultats attendus de l'intervention. Avoir la même compétence est un vecteur de solidarité dans le travail. Ce principe constitue le pacte associatif de la polyvalence des membres des ARPV que tout le monde est appelé à respecter. Cependant, seules les *bàjjenu gox* échappent aux règles du pacte associatif susmentionnées. Car, compte tenu de leur âge avancé et de leur faible niveau d'instruction,⁷⁵ leur rôle est éminemment orienté vers la sensibilisation. Leur capital d'autochtonie important, matérialisé par une popularité et un écho favorable auprès des populations, ne semble pas les mettre à l'abri des résistances des autres membres polyvalents dans l'acquisition des avantages des ARPV⁷⁶, comme nous venons le montrer dans le chapitre précédent.

Pour l'heure, soulignons que nos observations au cours des réunions mensuelles des ARPV nous ont permis de comprendre leur principales préoccupations. Par ordre de récurrence dans les réunions, le sujet le plus débattu est la **mobilisation des moyens logistiques**, dans les districts chefs-lieux de département comme pour ceux qui se situent dans les zones rurales, avec une priorité notée dans les districts ruraux. Son importance tient au fait que la mobilité constitue un frein réel à une bonne prise en charge de la santé. Les centaines de kilomètres à couvrir sans moyen de déplacement, parfois dans des conditions de météo extrêmes (forte pluie, chaleur ardente), en transportant des outils de rapportage (fiche de remplissage), des produits biomédicaux (vaccins) et des intrants (seringues, coton, désinfectants) ne sont pas de nature à encourager le travail des ACS. Face à cette situation, les ACS tentent de réfléchir sur les solutions à envisager. La plus évidente consiste à aller à la rencontre des bonnes volontés, des partenaires physiques ou moraux capables de les doter en moto, en vélo, voire en voiture. Soulignons que cette démarche a porté ces fruits pour les ARPV de Kaolack (2 motos offertes par l'*USAID*) et de Kolda (5 motos offertes par *Child-fund*).

⁷⁵ Selon nos données de terrain, leur moyenne d'âge est de 47 ans et seulement 12 % d'entre elles sont scolarisées. Bien que nos données ne soient pas représentatives de toutes les *bàjjenu gox* du Sénégal, elles permettent néanmoins d'avoir un aperçu de la dynamique sociodémographique de cette catégorie d'ACS.

⁷⁶ Nous reviendrons plus en détail sur ces oppositions internes dans le chapitre suivant, lorsque nous évoquerons le jeu des segments et les différentes orientations de professionnalisation.

Un autre sujet sur lequel les ACS s'attardent est relatif à la **réduction des inégalités** entre les travailleurs salariés et non-salariés, ainsi qu'entre les ACS eux-mêmes. Des registres d'actions collectives sont élaborés dans cette optique en présence des membres, puis un compte rendu est fait aux absents via le groupe *WhatsApp*. Pour les ARPV possédant un local de rassemblement, comme celle de Kaolack, les formes de résistance au travail sont discutées ouvertement, avec plus ou moins de liberté dans l'expression de la pensée. En revanche, pour les ARPV de Kolda, MYF, Guinguinéo, dont les sièges sont hébergés dans les districts sanitaires, ce sujet est esquivé en notre présence. En accompagnant les équipes d'ACS dans les ménages et en effectuant des phases d'enquête périodique, nous avons constaté que la résistance au travail des ARPV s'organise selon le contexte de mise en œuvre d'un programme ou d'un projet.

Dotés désormais de la puissance d'un groupe, les ACS résistent au travail avec une plus grande prégnance. Cependant, face à cette résistance, les acteurs institutionnels et organisationnels ne restent pas les bras croisés. Existe-t-il une incompréhension entre responsables sanitaires et ACS concernant la promotion et la valorisation du travail des acteurs communautaires ? Manifestement oui. Car, si les ACS opposent une résistance au travail, celle-ci se heurte à la riposte des responsables sanitaires. D'où un jeu de rôles des différents acteurs, directement ou indirectement impliqués dans la constitution de cet ordre professionnel. Selon Everett Hughes (1958), la notion de *rôle* suggère surtout un type de rôle dans une pièce qui comprend d'autres personnes, jouant bien ou mal, le rôle que l'on attend d'elles. Les soubassements des résistances au travail proviennent de la volonté d'affirmation de l'importance du rôle des acteurs directs (ici les ACS) sur la scène paramédicale face au manque de reconnaissance du sérieux de cette volonté par les acteurs indirects (personnel soignant, personnel institutionnel et populations locales). Cela renvoie au hiatus dans la présentation de soi dans une mosaïque professionnelle qu'Erving Goffman analyse en ces termes :

« Quand un acteur joue un rôle, il demande implicitement à ses partenaires de prendre au sérieux l'impression qu'il produit. Il leur demande de croire que le personnage qu'ils voient possède réellement les attributs qu'il donne l'apparence de posséder ; que l'activité qu'il exerce aura effectivement les conséquences qu'elle est implicitement censée entraîner, et que, d'une façon générale, les choses sont bien ce qu'elles ont l'apparence d'être. » (1973, p. 25).

Les acteurs institutionnels, chargés de programmes au ministère de la santé, à la municipalité ou dans les ONG, agissent par l'entremise des professionnels de santé (ICP ou médecin-chef),

tandis que ces derniers traitent directement avec les représentants des associations des ACS. C'est de cette articulation entre le « bas » (ACS) et le « haut » (responsables sanitaires) que se construisent les mécanismes de reformatage ou d'adaptation de l'action publique locale. Nous appréhendons les incidences des logiques d'association et des dynamiques des pratiques dans la mise en œuvre de l'action publique sanitaire par une

« analyse ouverte à toutes les classes sociales qui permet de saisir les modalités d'actions collectives des professionnels, leur façon d'élaborer des rhétoriques, de se positionner sur un secteur d'activité en outsiders ou en dominants, de se défendre ou de mettre en place des alliances pour modifier une position dans un espace professionnel donnée » (Vézinat, 2016, p. 10).

Faut-il appréhender ces mécanismes en confrontant les formes de résistances au travail développées par les ACS avec les réponses apportées par les acteurs face à eux ? Après avoir décrit et analysé les formes de résistances et de ripostes, il s'agira, dans un second temps, de voir sur quels types de mécanismes débouchent ces négociations.

2. Des résistances rythmées par des périodes de turbulence

Nous allons montrer comment les résistances au travail expriment cette volonté de reconnaissance par le partenariat, en expliquant les motifs qui poussent les ACS à rester dans le système sanitaire bien qu'ils se sentent oubliés par celui-ci. Les ACS considèrent leur occupation comme un travail pour lequel ils investissent temps et énergie. L'expérience capitalisée par les ACS dans divers domaines (technique et relationnel) rend leur rôle indispensable pour le bon fonctionnement des districts. L'importance de leur rôle tient également au fait qu'il transcende la durée de travail des fonctionnaires étatiques affectés dans les établissements sanitaires locaux. Médecins, infirmiers ou sages-femmes ne sont que de passage dans les centres et les postes de santé, mais comptabilisent dans leur réussite professionnelle (promotion interne, nouveau poste/travail dans le privé, employé dans les ONG) les efforts des ACS.

La résistance au travail apparaît, sous ce rapport, comme une réponse des ACS en vue d'obtenir une valorisation en contrepartie de leur permanence. Pour éviter de personnaliser les réclamations des ACS et d'exposer un ACS aux mesures de rétorsion hiérarchiques, le cadre collectif associatif autorise à parler d'une seule voix. Cette affirmation collective s'explique, d'après Didier Demazière et Charles Gadéa, par le fait que les groupes professionnels sont

« *organisés, en principe capables de se constituer en acteurs collectifs, de se structurer pour agir, de conduire des stratégies précises, et cela dans l'objectif, général, de défendre les intérêts de leurs membres* » (2009, p. 443). Dans l'ouvrage collectif que Sandrine Lefranc et Lilian Mathieu consacrent aux mobilisations, ils soutiennent qu'« *une mobilisation suppose l'unification d'un groupe par homogénéisation de ses composantes et négation ou atténuation de leurs différences* » (2009, p. 19). La résistance au travail n'a pas commencé avec les mobilisations associatives, mais elles deviennent le cadre structurant les actions collectives reposant sur l'intentionnalité collective et non plus sur la spontanéité individuelle ou collective (Sainsaulieu, 2020).

Par ailleurs, dans les zones rurales où les ARPV ne sont pas encore bien structurées, l'abandon est la principale forme de résistance individuelle. Les ARPV deviennent, en ce sens, une sorte de porte-étendard des frustrations individuelles au sein des établissements sanitaires et un bouclier contre la concurrence des autres groupes présents au niveau communautaire. Opérant à la marge du système sanitaire, les ARPV s'érigent contre les modalités financières, militent pour un nombre raisonnable de participants et du type d'ACS habilité à participer à un programme ou un projet. Les résistances au travail peuvent prendre une forme offensive ou défensive, mais dans les deux cas, elles visent à asseoir un rapport de force. Nous avons identifié trois manières de résister : la plainte, le boycott et le freinage. L'expression de ces ressources tactiques (Erdi Lelandais et Florin, 2016) se fait suivant un séquençage de périodes opportunes pour passer à l'action.

2.1.La plainte en période de relâchement dans le travail du personnel soignant

Les ARPV sont des cadres d'échanges et de discussions permanentes pour les ACS. Dans les réunions ou simplement au cours des messages sur les groupes *WhatsApp*, il arrive qu'ils discutent des difficultés de l'offre de service dans leurs établissements sanitaires respectifs. Des actions collectives sont entreprises pour y remédier. La plainte signifie ce qu'on dit, ce qu'on écrit pour témoigner de son mécontentement ou son regret [Dictionnaire Larousse]. Elle transforme en action collective coordonnée au sein des ARPV, chaque fois qu'un relâchement est observé dans le travail du personnel soignant. Elle est une forme de résistance utilisée généralement par les aides-soignant·e·s et les matrones pour décrier une situation de dépréciation de la qualité de l'offre des soins.

« Quand notre sage-femme avait commencé à s'absenter, à manquer de respect aux patientes, je me suis dit : celle-là d'ici quelques années elle quittera le poste, donc il est hors de question de la laisser nous mettre mal à l'aise avec la population. Alors j'ai pris mon courage à deux mains pour en parler à Mbagnick [président ARPV, Kaolack], à son tour il en a parlé avec le MCD [Médecin-chef de District]. C'est comme ça que le problème fut réglé. » (RDV, MD, femme, 33 ans, aide-soignante/matrone).

Ces propos témoignent du changement dans le rapport de force entre les ACS et le personnel soignant. Ce changement n'est pourtant effectif que dans les districts où les ARPV jouent un rôle d'avant-garde pour la santé globale. Dans le premier cas de figure, le personnel médical fait confiance aux ACS et les responsabilise davantage (zones urbaines). En revanche, dans le second cas, les ACS sont réduits à un rôle de spectateurs dont les remarques sont à peine audibles (zones rurales). Paradoxalement, c'est dans les zones où les ACS sont les moins audibles que ceux-ci sont les plus impliqués dans le travail. Cette situation s'explique par le leadership fort du personnel soignant dans les villages où les habitants ont des possibilités limitées pour accéder à d'autres établissements de soins, contrairement aux quartiers situés dans les grandes métropoles où les alternatives de soins sont nombreuses, ce qui affaiblit le leadership du personnel soignant. En plus de la question des alternatives de recours aux soins, la répartition des ONG entre zones rurales et zones urbaines joue, elle aussi, un rôle non négligeable dans les rapports entre les ACS et le personnel soignant. En effet, dans les districts des chefs-lieux de département (Kaolack et Kolda), la surreprésentation des ONG intervenant dans le domaine de la santé ouvre aux ACS des possibilités de travail salarié. Dans cette recherche d'emploi, les ACS dans les zones urbaines ont tendance à s'émanciper du joug du personnel soignant, et se voient dotés d'une légitimité de dénonciation des pratiques non souhaitables. Les ACS dans les zones rurales préfèrent entretenir l'entente et la cohésion avec le personnel soignant ; cette attitude les rend plus dociles et moins gênants dans les décisions prises au sein des établissements de santé.

2.2. La (dé)mobilisation des populations en période électorale

Le regroupement pour l'action collective exprime la force du nombre qui transcende les apports dans l'atteinte des résultats portant sur les indicateurs sanitaires dans les districts. La rhétorique du *mbolo moy dolé* devient également une force en période de campagne électorale. La collecte des données de notre thèse a coïncidé avec une période préélectorale au Sénégal. Les élections présidentielles se profilaient à l'horizon, plus précisément le 19 mars 2019. Le mois précédent,

février 2019, nous avons observé le regroupement des ACS en vue d'une démonstration de force au niveau local. Les ACS montrent leur capacité à se mobiliser et à mobiliser les populations.

Pour montrer aux élus locaux la plus-value de leur travail et la supériorité de leur engagement par rapport à celui des agents municipaux de santé, les ACS déploient toute leur force de mobilisation en période électorale. Ils utilisent à cet effet des techniques infra-politiques tels que le bouche-à-oreille, la dérision, la rumeur (Bayart, 1981 ; Bayart, Mbembe, Toulabor, 1992) pour marquer leur désaccord. Mécontents des procédures de recrutements des élus locaux dites « opaques », les ACS de Kaolack ont utilisé des techniques de dérision telles que le bouche-à-oreille pour dissuader les populations de participer aux meetings du parti du maire en place. Dans le même temps, ils se sont mobilisés pour assister aux meetings où ils montent au créneau pour exposer ce qu'ils appellent une injustice :

« À chaque fois que nous demandons une audience, on entend : monsieur le maire n'est pas disponible. La seule fois que nous avons discuté avec votre adjoint il nous a répondu sèchement : vous n'êtes pas les acteurs communautaires de la commune. Oui, mais tout le monde sait que, dans le domaine de la santé, il est 1000 fois plus facile de travailler dans les zones rurales où les gens respectent les agents de santé et suivent les recommandations. Alors que dans les zones urbaines, c'est le contraire. On récolte toujours des injures et des calomnies. Malgré tout, on persévère. Mais ça en est de trop, si vous devez maintenant recruter des agents municipaux qui viennent nous piétiner dans les établissements de santé. Alors que nous sommes les mieux placés pour occuper ces postes, car nous formons ces agents que vous recrutez à notre place. » (RDV, SMS, femme, 37 ans, relais polyvalent).

Ces prises de position ouvertes sont souvent accompagnées de virulentes disputes, voire d'arrestations, car du côté des élus locaux ces propos sont souvent interprétés comme de l'adversité politique.

« On connaît tous l'importance des acteurs communautaires dans le système sanitaire. Ils sont de braves hommes et femmes qui s'investissent pour les populations. Maintenant, il faut rester serein. La Mairie ne peut pas employer tout le monde. Ça ne sert à rien de proférer des insultes ou des menaces. Certains d'entre eux sont des politiciens encagoulés, des opposants qui mettent du sable sur toutes nos décisions, qui

crachent du feu dans toutes nos rencontres.» (ESS, IK, homme, 53 ans, secrétaire général municipal).

Tantôt les requêtes des ACS sont légitimes, tantôt elles sont qualifiées de stratégies politiques déguisées. Cette forme d'interprétation des élus locaux, le fait qu'ils assimilent les ACS aux opposants politiques est une manière pour eux de prendre leur distance vis-à-vis de la prise en charge de la santé.

D'après les politologues, cette situation, présente dans de nombreux pays de la sous-région ouest-africaine, s'explique par deux facteurs. Le premier est relatif à l'amalgame fait par les gouvernants entre l'action publique et l'action politique. Quand l'action publique se confond avec l'action politique, voire politicienne, elle ne peut aboutir à aucune performance, en tout cas pas celle au profit du plus grand nombre (Niang, 2020). Le second est la pléthore de fonctionnaires nommés — ministres, directeurs — en haut de l'échelle, alors que le niveau opérationnel souffre d'un déficit en personnels et d'une incapacité à jouer son rôle de mise en œuvre, d'accompagnement, de suivi et de contrôle des programmes. Ainsi, ce déséquilibre des ressources humaines dans l'administration amplifie le besoin de personnel au niveau périphérique.

Avec l'acte 3 de la décentralisation, la santé devient une compétence transférée aux collectivités territoriales. Elles ont les prérogatives de recruter du personnel sanitaire, au besoin. La prise en charge des salaires de certains personnels qualifiés et l'irrégularité de l'octroi des fonds de dotations annuelles des établissements de santé expliquent les difficultés à recruter les ACS. En revanche, la situation n'est pas partout la même. Dans le district de Kolda, il existe une forte concentration de personnel qualifié communautaire. Il s'agit de travailleurs, non de fonctionnaires de l'État, exclusivement rémunérés par les comités de développement sanitaire avec les recettes propres aux établissements de santé : vente des tickets de consultation et de médicaments. Le versement des fonds de dotations n'est pas régulier, voire défaillant — pas de versement depuis 2012. Si la décentralisation des prérogatives du centre vers la périphérie ne s'accompagne pas de contrôle sur le terrain, elle aboutit à une démission de l'État. Ceci ouvre la porte au « tout politique ». La responsabilisation des collectivités territoriales ne s'accompagne pas d'une réglementation des modalités de recrutement qui sont laissées à la discrétion des élus locaux. Pour eux généralement, la seule modalité valable est l'affiliation au parti politique. Cette forme de discrimination contredit le souhait du personnel soignant, favorable à accorder la primauté des recrutements aux ACS les plus expérimentés. Par ailleurs,

les ACS usent d'une autre action collective pour marquer leur désaccord lorsque les modalités de mise en œuvre d'un programme/projet ne répondent pas à leurs attentes.

2.3. Le boycott non frontal contre la dévaluation des indemnités

« Les agents de santé communautaire du centre de santé de Diamaguène/Sicap-Mbao ont tenu, hier, un sit-in pour exiger le paiement de leur prime de motivation de cadre de la lutte contre la covid-19, mais aussi leur recrutement dans la fonction publique. Aussi réclament-ils l'augmentation des rémunérations jugées dérisoires malgré leur dures conditions de travail. Les agents de santé communautaires invitent à ce sujet le ministre de la Santé Abdoulaye Diouf Sarr à se pencher sur leur sort » (Source : *Seneweb*, 12 janvier 2021).

Le recours au *sit-in* pour exprimer leur désaccord est rare dans les modalités d'action collective observées au quotidien auprès des ACS. Le « boycott », qui correspond à une cessation complète de toutes activités qu'un individu effectuait en temps normal afin d'exercer une pression ou des représailles, reste largement la forme la plus commode. D'après Albert Hirschman, dans le cas du boycott, *« la menace de défection est effectivement mise à exécution, mais c'est expressément dans le but d'amener un changement d'orientation au sein de l'organisation qui en fait l'objet »* (1995, p. 137). L'étymologie révèle une proximité du boycott avec la grève, *« puisque dans les deux cas, il s'agit d'un refus de coopération »* (Balsiger, 2020, p. 86). Cependant, compte tenu de leur situation d'agents non statutaires, les ACS sont démunis du droit de grève. À l'inverse, cette situation d'agents non statutaires leur permet de se désengager au besoin pour maintenir la pression sur leurs responsables de tutelles. Les ACS utilisent le boycott des activités — routinières et ponctuelles — pour signifier leurs désaccords face à une situation donnée ou pour négocier un meilleur statut ou traitement. Cette action collective a lieu généralement à la fin du mois et au début de lancement des programmes/projets.

Au sein des établissements de santé, avec le passage des comités de santé aux comités de développement sanitaire en 2018, la gestion financière connaît une grande restructuration qui n'est pas sans conséquence sur l'organisation du travail. Rappelons que les effets escomptés au travers de cette réforme sont de sécuriser les fonds et d'aller vers l'équité des soins après deux décennies d'entrée en vigueur de l'Initiative de Bamako (Ridde et Girard, 2004). Cependant, ces objectifs fixés par les autorités sanitaires vis-à-vis des comités de développement sanitaire (CDS) ne sont pas encore au rendez-vous. L'introduction des CDS fait apparaître des tensions

autour des incitations financières mensuelles octroyées aux non-salariés des établissements sanitaires : aides-soignant·e·s, matrones, dépositaires, technicien·ne·s de surface, ambulanciers, concierge.

Sous l'ère des comités de gestion, la gouvernance des travailleurs communautaires se faisait au cas par cas, laissée à la discrétion des responsables sanitaires (membres des comités de développement sanitaire et personnel soignant) des établissements de santé. Avec le nombre de consultations annuelles moyennes de 36 967 soit 3080 par mois et 102 par jour (Mané, 2012) et les absences dues aux réunions administratives, le personnel qualifié, en particulier l'infirmier-chef de poste, a du mal à remplir convenablement sa charge horaire de travail. Pris en tenaille entre le travail technique et bureaucratique (Hane, 2007), le personnel qualifié s'appuie sur les aides-soignant·e·s, les matrones et les dépositaires pour assurer la continuité des soins en leur absence. Ces intermédiaires arrangent également les membres des comités de développement sanitaire, car ils participent en même temps à l'attractivité de la structure de santé et à la rentrée des recettes. Pour les récompenser, les responsables des centres et des postes de santé assurent un revenu aux ACS spécialisés. Ce revenu est fluctuant car, le plus souvent (pour 80 % d'entre eux), il n'est pas assuré par un salaire fixe, mais calculé sur la base des recettes effectuées dans les structures locales de santé. Les autorités sanitaires ont fixé en effet le taux de rémunération monétaire des ACS à 25 % des recettes des prestations et 10 % des recettes des médicaments. Mais les responsables outrepassaient ces directives et payaient souvent au-delà pour encourager les ACS à combler le déficit en personnel hospitalier. On verra plus loin comment la réforme des comités de santé a réduit cette marge de manœuvre en introduisant un nouvel acteur de contrôle (le référent administratif local, préfet ou sous-préfet).

Par exemple, pour gagner en marge financière, les responsables des établissements de santé élaguaient ou utilisaient à temps partiel les services de chauffeur, de technicien.ne de surface, de gardien. Ils confiaient aussi parfois l'indemnisation de ces derniers aux collectivités territoriales. Ces manières de procéder avaient le mérite de motiver les ACS qui s'investissaient davantage dans le travail. Malgré ces montages financiers qui permettaient au personnel soignant de soutenir (justification des choix financiers opérés auprès de l'équipe-cadre de district) et de participer aux incitations financières mensuelles, les aides-soignant·e·s, matrones et dépositaires étaient très peu satisfaits de leurs rémunérations.

Manifestement, si l'on en croit les ACS, ce revenu mensuel ne leur permet pas de mener une vie décente :

« Oui je reçois une rémunération mensuelle ! J'ai même honte de dire le montant. Avec tout le mal qu'on se tape dans cette baraque, je mérite plus que "Sagaru juróomi junni" (trad. la somme de 25. 000 francs CFA) ! Or moi je suis un homme qui a des obligations envers moi-même et ma famille. J'ai 39 ans. Je n'ai toujours pas eu mon diplôme (Il coupe...) Comment pourrai-je épargner avec 25 000 francs CFA (Il abaisse la tête) ? Quand vais-je rassembler une somme importante pour me payer un an de formation supplémentaire ? Et on sait tous que la formation coûte cher ! Hein. (Soupire) » (RDV, HB, homme, 39 ans, aide-soignant/relais, 15 ans d'expérience).

« Je perçois à la fin du mois entre 20 et 25 000 francs CFA. Une somme qui ne me permet pas de faire face à certains de mes besoins de femme. Mais il ne sert pas à grand-chose ! Parfois même je réutilise cet argent pour acheter des tickets à des patients qui n'ont pas les moyens. C'est donc par amour pour ma communauté que je fais ce travail ! » (RDV, AF, femme, 31 ans, matrone-relais, 11 ans d'expérience).

Pour le personnel soignant qualifié, la somme de 20 000 francs CFA à 25 000 francs CFA représente une incitation financière, ou *neexal*. Dans le langage des ACS, on parle plutôt de salaire modique. Cependant, la pesanteur sociale de la quête de sécurité financière vient renforcer ce besoin de professionnalisation.

Si, en l'absence de contrôle, les responsables des établissements de santé disposaient ainsi d'une autonomie pour arbitrer le montant mensuel à allouer à chaque travailleur, l'arrivée d'un nouvel acteur administratif pour contrôler le respect des normes de réglementation financière (notamment les préfets et les sous-préfets) réduirait cette marge de manœuvre.

L'entrée en vigueur des comités de développement sanitaire marque une application stricte de la norme de répartition. De plus, les responsables sanitaires sont tenus de recruter du personnel de soutien (chauffeur, technicien.ne de surface, concierge) en dehors des ACS spécialisés pour répondre aux normes de qualité des soins édictées par le ministère de la Santé. L'augmentation du nombre d'ayants droit dans le partage des revenus des centres et des postes de santé a induit incidemment une réduction drastique des incitations financières mensuelles des ACS spécialisés. Elles passent de 25 000 à 2500 francs CFA, soit une baisse de 90 %. Pour montrer leurs désaccords, les aides-soignant·e·s, les matrones et les dépositaires se sont abstenus systématiquement de venir travailler dans les postes ou les centres de santé durant les cinq, voire dix premiers jours après réception des indemnités issues de la nouvelle mesure. Cette

attitude montre leur résistance face à cette mesure que les ACS qualifient de « forfaiture » et de « manque de respect » vis-à-vis de leur travail de la part du ministère de la Santé. Dans ce cas, cette réforme est-elle une stratégie institutionnelle de démotivation des bénévoles de santé ? La confrontation des explications qu'en donnent les responsables ministériels vis-à-vis des ACS qui le subissent est particulièrement intéressante pour comprendre la portée et les limites de cette réforme (voir encadré n° 11).

Encadré n° 11 : Remplacement des comités de santé par les comités de développement sanitaire : une volonté de renforcer ou de réduire la politisation du rôle d'acteur communautaire de santé ?

« Les Comités de gestion de la santé (Coges) se muent en Comités de Développement Sanitaire (CDS) » est le titre du site : www.santé-gouv.sn édité par l'agence de presse sénégalaise après la cérémonie de lancement présidée par le ministre de la Santé et de l'action sociale, en présence d'un représentant de l'OMS, du Directeur de la Planification et de la Réforme de la Santé (DPRS) en charge de cette réforme et des autorités administratives (gouverneurs de région) des professionnels de la santé (médecins-chefs de région et de district venus de l'intérieur du pays) et des ACS (*bàjjenu gox*, relais, aides-soignant-e-s, matrones, dépositaires et gestionnaires trésoriers).

Les raisons avancées pour justifier ce changement sont les suivantes :

« Les Comités de santé, bien qu'ayant contribué à l'amélioration de la prise en charge des besoins de santé des populations ces deux dernières décennies, ont néanmoins révélé dans leur organisation et leur fonctionnement des insuffisances et dysfonctionnements. Il s'agit notamment du non renouvellement des comités de santé dont le mandat des responsables est arrivé à échéance, la tenue non régulière des réunions statutaires des instances, le déficit des activités de planification, de mobilisation sociale et de promotion de la santé et le non-respect des procédures de sécurisation et de décaissement des fonds. Autant de dysfonctionnements des comités de gestion qui ont conduit à revoir le système de gouvernance sanitaire ».

Source : ministère de la Santé, consulté le 25/09/2019.

Une autre lecture peut être faite de cette mesure. En ouvrant le cadre de gestion financière des établissements de santé à d'autres acteurs, notamment administratifs, professionnels et municipaux, elle rend la politisation institutionnelle nécessaire pour les membres des comités de développement sanitaire. Ils sont, en réalité, constamment pris dans le filet des compromis, des négociations et des alliances pour mettre en œuvre une action publique visant l'équité ou l'efficacité des services de soins conformément à leur rôle inscrit dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2018-2025). De ce fait, la réduction de leur marge de manœuvre devrait créer un climat de transparence dans la gestion financière des établissements de santé. En réalité, cette réforme engendre concomitamment des lourdeurs dans la réalisation de l'action publique.

Tous les membres des comités de santé n'ont pas été uniquement mus par la thésaurisation des fonds (Ridde, 2003). Leur marge de manœuvre d'antan a aussi permis de traiter des requêtes des populations démunies (achat d'ordonnance, de ticket de consultation) et d'arbitrer le montant des incitations financières mensuelles des ACS spécialisés. Lorsque les patient·e·s éprouvent des difficultés à payer les tickets de consultation, ou pour acheter des médicaments, ou encore ont des différends avec le personnel soignant, ils/elles s'adressent aux membres des comités de santé. Ces derniers deviennent ainsi des soutiens financiers et des médiateurs sociaux pour la stabilité des établissements de santé. Tous les membres des comités de santé s'attèlent parallèlement à trouver une niche de revenus pour pouvoir augmenter les gratifications financières mensuelles du personnel non titulaire dans le but d'encourager leur engagement bénévole. Pour ce faire, ils sollicitent des personnes physiques ou morales pour faire des dons financiers ou matériels (médicaments, lits, logistiques médicales, etc.) destinés aux établissements locaux de santé. Ils considèrent ces initiatives comme un moyen d'augmenter le flux de patients et contribuent ainsi à prouver leur utilité sociale aux yeux des autres parties prenantes.

En cela, il faut admettre que l'informel et l'improvisation, issus de valeurs traditionnelles telles que le *sutura* (trad. donner dans l'anonymat et la discrétion), sont consubstantiels au bon fonctionnement des relations sociales au Sénégal. En installant une situation de tension entre les ACS et les membres des comités de développement sanitaire, cette réforme conduit paradoxalement à un éloignement de l'objectif d'équité, recherché au départ. Tout porte à croire que l'État cherche à maintenir sa mainmise, comme l'avaient déjà souligné Momar Coumba Diop et Mamadou Diouf (1993) et récemment Youssaouph Sané (2016). C'est d'ailleurs ce dont semblent témoigner les acteurs directement concernés par la réforme.

« Dans la gestion des recettes des établissements de santé, les COGES et les CDS c'est blanc bonnet, bonnet blanc. Des chefs de famille qui se retrouvent avec des miettes à la fin du mois. C'est déplorable ! On crie partout l'importance des ACS et derrière on adopte une segmentation qui ne tient pas compte de la réalité du terrain. Ça ressemble à du sabotage ». (ESS, DS, homme, 37 ans, médecin).

Parallèlement au boycott des ACS spécialisés dans les établissements de santé, les résistances des relais, des *bàjjenu gox* et des dispensateur·trice·s de soin à domicile lors de la mise en œuvre d'interventions auprès des populations ne sont pas en reste. De façon générale, la mise en œuvre des activités préventives (vaccination et lutte contre le paludisme) est fortement tributaire des

financements extérieurs. Ainsi, certains programmes connaissent des périodes de fort ralentissement de leurs activités, faute de ressources extérieures ; c'est le cas des programmes de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida (ECPSS, 2017). Avant, les *per diem* variaient selon le bailleur, le type d'activité, les établissements de santé. Cela a créé des attitudes de sélection de la part des ACS choisissant les activités les plus payantes, au détriment des autres. Dans ces conditions, ce sont les activités des postes de santé qui ont été délaissées au profit de celles des ONG. Fort de ces constats, il a été décidé d'harmoniser les *per diem*, ce qui en a abaissé le coût, frustrant ou démotivant certains ACS. La diminution des *per diem* journaliers de 5000 à 2500 francs CFA est mal perçue par les ACS. Ils estiment que le jeu n'en vaut pas la chandelle :

« *Aller dans des villages éloignés (5 à 10 km), faire du porte-à-porte pour administrer des médicaments à des enfants de moins de 5 ans, sans moyen logistique, mériterait un per diem journalier compris entre 3000 et 50 000 francs CFA. Mais je ne me tuerai pas pour 2500 francs CFA !* » (RDV, LM, homme, 39 ans, dispensateurs de soin à domicile).

Dans l'un et l'autre cas, le boycott ne se fait pas de manière frontale. Le refus de participer passe par des motifs d'indisponibilité parmi lesquels les plus récurrents sont : *dama fébar* ou l'alibi de la maladie ; *damay tukki* ou l'alibi du voyage ; *sama borom kër/neek mo ñieuw* ou l'alibi des contraintes du mariage. Toutefois, l'associativité permettant la mise en commun des *per diem* individuels tend à réduire le recours au boycott comme moyen de revendication passive.

2.4. Le freinage de la mise en œuvre des programmes

Selon Max Weber, le freinage est le fait de ralentir volontairement la production, de façon individuelle ou collective dans le cadre du travail, visant à maintenir le salaire antérieur. Il l'interprète comme « *une action consciente et dure d'un groupe d'ouvriers (Arbeiterschaft) qui négocie le prix de son travail sans prise de parole* » (1924, p. 156, cité par Thoemmes, 2019). La notion de « freinage » serait donc l'apanage des ouvriers, des non professionnels, des bénévoles qui agissent implicitement de manière individuelle ou collective pour répondre à des règles imposées par des supérieurs. Dans l'analyse des conditions de travail à la chaîne des ouvriers dans les usines, Taylor (1911) pointait le freinage comme moyen de lutte. Durant une période où la division verticale du travail était matérialisée par des ingénieurs « qui pensent »

et des ouvriers « qui exécutent », ainsi qu'une absence de contrat ouvrant sur des droits des travailleurs, le freinage permettait aux travailleurs de ralentir la production. Au Sénégal, le freinage est pratiqué dans la fabrication des journaux : au lieu de produire 10 journaux à l'heure, un ouvrier mécontent décide délibérément d'en produire 5, d'où une réduction de 50 % de son rendement⁷⁷. L'état non statutaire des ACS semble les mettre dans la même situation que les ouvriers n'ayant pas le droit de montrer ouvertement leur mécontentement concernant les conditions de travail.

Pour ne pas se faire remplacer par les saisonniers concurrents, les ACS délaissent progressivement le boycott pour adopter le « freinage » afin de marquer leur désaccord sans perdre leurs positions et les avantages associés. Leur stratégie consiste à faire bouger les lignes de l'intérieur du dispositif sanitaire. Comme pour les ouvriers dans les usines de production de journaux, le freinage des ACS consiste à réduire leur productivité par des absences ou des retards dans le travail et la couverture partielle des zones polarisées. Au lieu de visiter toutes les maisons prévues dans la répartition des tâches, un ACS décide de limiter ses activités à quelques maisons. Pourtant les fiches sont remplies aussi pour les autres maisons, non visitées. Les données remontées sont de ce fait approximatives, voire fausses. Ces manières de produire des statistiques sanitaires créent une tension entre acteurs qui rend difficile la surveillance épidémiologique des indicateurs sanitaires (Hane, 2017).

Cette pratique des ACS est loin de connaître son épilogue du fait du manque de supervision durant les interventions. En analysant les comportements des relais dans la mise en œuvre du traitement du paludisme intermittent chez la femme enceinte, Sylvain Faye (2012) remarque :

« Par exemple, pour rémunérer la qualité du travail journalier du relais, l'infirmier devra l'avoir supervisé et contrôlé. Or, on sait que du fait des difficultés logistiques, financières et de ressources humaines, la supervision ne se réalise pas toujours aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. » (2012, p. 142)

En somme, la résistance des ACS au travail se décline de plusieurs manières en fonction des périodes ou des moments précis dans l'évolution du dispositif sanitaire au sein des districts. Mais, les formes de passage au public demeurent contraintes par les conditions de travail, les craintes de perdre son emploi, et donc que la discrétion n'est pas forcément choisie mais subie.

⁷⁷ Les nombreuses critiques du taylorisme, notamment celles de l'École des relations humaines, ont permis de faire évoluer les modèles de management ainsi que les approches scientifiques des relations de travail.

On l'aura compris, les formes de résistances au travail développées répondent à des objectifs collectifs particuliers visant à rendre visible le travail d'ACS, à mieux négocier leur statut ou à faire infléchir une position à bas bruit. Dans ce but, les actions collectives doivent trouver un écho favorable auprès des acteurs institutionnels (responsables des districts, coordonnateurs de projets dans les ONG)⁷⁸. De fait, ces différentes actions de résistance suscitent des réactions du côté des acteurs institutionnels et un processus de reformatage de l'action publique.

3. Une gestion individuelle ou collective ? Le dilemme « RH » des responsables

Les agissements des ACS sont importants aux yeux des responsables sanitaires, car ils occupent une place non négligeable dans la réussite des missions sanitaires. Dès lors, comment les autorités locales, mais aussi les responsables locaux des ONG se situent par rapport à cet enjeu de reconnaissance et de partenariat ? Ils organisent leur riposte en élaborant des discours et en adoptant des pratiques savamment choisies afin de démontrer leur capacité à négocier avec les acteurs locaux. Le face-à-face avec les ACS met en jeu les compétences des responsables sanitaires qui, à leur tour, doivent rendre compte à leur supérieur hiérarchique : médecin-chef de région, ministre, directeur régional ONG. Les interactions sont vécues, d'une part, comme un moment de tension et, de l'autre, comme un moment privilégié pour redynamiser la collaboration avec les ACS. Ainsi, tous les professionnels de santé (chargés de programmes ministère de la Santé et ONG, élus locaux, médecins, soignants) interagissant avec les ACS sont confrontés à un dilemme constant : le choix d'une posture visant à une conciliation individuelle ou à l'autonomisation du collectif, soit le choix, classique en France, entre une GRH individuelle et collective. Trois principales réponses sont apportées par les responsables sanitaires aux résistances des ACS : le déni, la promesse ou l'accompagnement.

3.1. Le déni comme réponse conflictuelle au boycott

Pour expliquer en quoi le déni a été une réponse conflictuelle au boycott des ACS, nous partons d'un exemple concret montrant les différences entre deux interventions dont les mises en œuvre

⁷⁸ Le succès et la visibilité de leur engagement dans la lutte contre le COVID-19 a poussé les ACS à adopter des formes de mobilisations plus incisives et bruyantes, telles que le *sit-in* : « Les acteurs communautaires de santé du Centre de santé [à Dakar] ont tenu, hier, un *sit-in* pour exiger le paiement de leurs primes de motivations dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, mais aussi leur recrutement dans la fonction publique. Aussi, réclament-ils, [...], l'augmentation des salaires jugés dérisoires malgré leurs dures conditions de travail. Les agents de santé communautaire invitent à ce sujet le ministre de la Santé Abdoulaye Diouf Sarr à se pencher sur leur sort » (Source : *Seneweb*, 12 janvier 2021).

sont dévolues aux ACS. En fait, la différence de dotation des programmes et des projets conduit les ACS à opérer un tri, surtout quand il y a un chevauchement⁷⁹ des interventions et des activités. Les programmes financés exclusivement par l'État tout comme les projets bénéficiant d'un soutien des bailleurs internationaux connaissent de manière récurrente de forts ralentissements de leurs activités. Cette situation affecte les indemnités de terrains, qui connaissent une tendance à la baisse (ECPSS, 2017). Par peur de se retrouver en sous-effectif et d'encourager l'intéressement financier dans la participation des individus pour la santé globale des populations dont ils sont issus, ce tri par la rémunération est fortement critiqué par le personnel soignant. L'exemple du programme élargi de vaccination et de traitement de la tuberculose est particulièrement éclairant dans la compréhension des soubassements des choix des ACS.

« Parfois les ACS jugent les motivations modiques. Ils boycottent les campagnes comme le PEV (programme élargi de vaccination pour les enfants), la TB (tuberculose) qui payent 2000 francs CFA/jour. Ils préfèrent participer aux campagnes qui payent plus (5000 francs CFA/jour), tels que les programmes de paludisme et de malnutrition. », (ESS, CB, homme, 55 ans, chargé de l'éducation pour la santé).

D'ailleurs, les choix ne sont pas seulement d'ordre pécunier, comme le laisse entendre ce témoignage, mais dépendent également de la charge de travail. Le PEV et le traitement de la tuberculose étant des programmes se réalisant pour l'essentiel en porte-à-porte, les ACS les rejettent, car ils éprouvent de façon quasi unanime une aversion vis-à-vis de cette activité qu'ils qualifient de « sale boulot » (*cf. supra*).

Toujours est-il que les supérieurs hiérarchiques sont sommés de trouver des solutions pour faire face au tri des programmes/projets par les ACS. Ils négocient l'augmentation des *per diem*, ou bien font appel à d'autres individus. La négociation de l'augmentation des *per diem* est souvent vouée à l'échec compte tenu du contexte d'amenuisement global des recettes en santé. La seconde option n'est malheureusement valable que durant certaines périodes précises de l'année, telles que les grandes vacances, coïncidant avec la disponibilité des étudiants. S'il y a des chômeurs sanitaire dans la zone, le personnel soignant se rabat sur eux, sans quoi il utilise tous les subterfuges en son pouvoir pour rappeler les ACS aux fondements de leur engagement. Et s'il n'y arrive pas, il les menace de rompre la collaboration avec eux : « *Moi je ne collabore*

⁷⁹ Il faut souligner que tous les programmes ne sont pas planifiés au sein du même agenda. Ainsi, il arrive souvent au Sénégal que des interventions se déroulent en même temps, dans une même région, au sein d'un même district.

qu'avec les ACS qui me sont fidèles. Ceux qui travaillent avec ou sans motivations. Les véreux, je les connais bien, je ne les appelle plus dans mes campagnes ! » (ESS, CF, chargé des soins primaires, Kolda). Le boycott visant à une augmentation de revenus vise pas le personnel soignant, qui n'a que très peu d'emprise sur la question. Le déni des gestionnaires trésoriers issus du pôle politique clientéliste (*cf. supra*) comme forme de riposte génère pourtant une tension latente entre personnels qualifiés et ACS. Elle ne mène pas à une confrontation ouverte, mais à des vagues de tension chaque fois qu'il est question de discuter de la prise en charge financière des ACS. Le conflit peut aussi prendre une tournure moins officielle. Il peut juste consister en une absence de partage des lieux de socialisation. Par exemple, un médecin, un/une infirmier·ère ou une sage-femme, qui ne s'entend pas bien avec les ACS, s'abstient lors des discussions dans les espaces de socialisation (salles d'attente, case de rassemblement) ou bien n'y vont même plus.

Au demeurant, le déni par les gestionnaires trésoriers du boycott des ACS crée une situation de tiraillement et une collaboration qui n'est que partielle entre les deux groupes professionnels. Remarquons que cette situation est contre-productive pour la performance des établissements de santé, car elle annihile les espoirs d'atteinte des objectifs sanitaires fixés et soulève des tensions qui affectent le déroulement des programmes de santé.

3.2.La promesse comme réponse à la plainte et au freinage

La promesse est une réponse généralement apportée au freinage et à la plainte. Elle lie les membres des ONG et les représentants des ACS. Le but est d'identifier les sources de frustration afin de rechercher une conciliation. Les mesures prises peuvent être des promesses d'augmentation des incitations financières lors des prochaines campagnes, ou bien des attestations de formation, des titres ou badges de reconnaissance, etc. Deux exemples issus de nos observations permettront ici de saisir la façon dont la promesse constitue une réponse à la plainte et au freinage des ACS, une tentative de conciliation.

Encadré n° 12 : Le reformatage par la promesse

Exemple 1 — Plainte contre les absences des infirmiers

Dans l'un des postes de santé visités, l'infirmier·ère-chef·fe de poste suivait une formation de « superviseur communautaire » dans la région de Thiès. Ce diplôme est un ticket pour décrocher un poste dans les ONG, en particulier *UNICEF*, *USAID* et *Childfund*. De plus, sa femme, élève en terminale, vit dans cette région. L'infirmier·ère-chef·fe n'est donc présent en poste qu'un jour sur cinq. Les absences sont néanmoins justifiées par une autorisation du médecin-chef de district.

Cependant, elles sont mal vues par les ACS de ce poste de santé. Frustrés par ces absences, ils communiquent cette information à la présidente de l'ARPV de la localité, qui à son tour, en a fait part au médecin-chef de district. Ce dernier leur a répondu en ces termes : « *Je sais que depuis quelque temps le poste de santé tient grâce aux acteurs communautaires qui travaillent bénévolement. Je veillerai personnellement à plaider leur recrutement auprès de Monsieur le Maire et des partenaires. D'ici là je les exhorte à persévérer* ». Cette réponse conciliante a le mérite de satisfaire à la fois l'ICP et les ACS. Le premier ne « perd pas la face » (Goffman, 1974) avec ses ACS subordonnés et les seconds sont valorisés et rassurés par une promesse.

Exemple 2 — Inciter les ACS à se rendre dans les villages lointains

Durant la mise en œuvre de la chimioprévention du paludisme saisonnier en 2018 à Médina Yoro Foulah, les ACS sont confrontés à la difficulté de l'accès aux villages. De ce fait, la procédure médicale de l'administration de doses médicamenteuses de remplacement, 30 minutes après le vomissement de l'enfant, n'était pas toujours respecté par les ACS. Dans certains villages, c'était par peur de rater l'horaire de transport, seul moyen de desserte possible dans ces villages ; dans d'autres, c'était du fait de fortes pluies qui ont fini par couper les routes. Pourtant, certains ACS ont rempli les fiches alors que les enfants n'ont pas reçu les doses. Pour régler cette situation, les agents de l'UNICEF — partenaire financier de la chimio-prévention du paludisme au Sénégal — font des promesses aux ACS : « *pour les prochaines campagnes, vous aurez à votre disposition des forfaits pour le transport et des téléphones de service pour transmettre les résultats en temps réel* » (ESS, OS, homme, 47 ans, agent *Africare*). Ces promesses ont souvent pour effet d'augmenter la concurrence entre ACS. Certains vont jusqu'à réinjecter leur *per diem* de terrain dans les frais de transport pour montrer leur engagement et se positionner ainsi pour le contrat suivant.

Ces mesures *top down* participent incidemment à une professionnalisation plus individuelle que collective (*cf. infra*). A l'initiative des ACS, des interactions *bottom up* plus constructives instaurent une dynamique dans la mise en œuvre de l'action publique et redorent le blason de l'engagement collectif des ACS.

3.3.L'accompagnement des groupements d'ACS comme réponse au collectif

Le regroupement et la mise en commun des incitations financières ou cagnottes sont des actions collectives des ACS très appréciées par les responsables sanitaires. Au-delà des négociations, le personnel soignant ou les agents des ONG proposent un accompagnement financier pour l'autonomisation des ACS :

« *Nous, nous sommes sur le terrain. On observe ! Franchement, les acteurs communautaires sont plus engagés que le personnel salarié. Et parmi eux, il y a des experts hein ! Quand tu les entends parler, tu te dis « waw » ! Ils sont très bons quand tu les vois à l'œuvre. À chaque fois qu'il y a des poches de financement, je les convie à écrire une demande.* » (ESS, AS, homme, agent USAID).

L'accompagnement peut aussi prendre la forme de partage d'expériences, ou de suggestions d'initiatives à entreprendre. :

« J'accompagne le plus souvent les ARPV à mieux utiliser les financements pour mettre sur pied des activités rémunératrices de revenus. Je me porte garant dans leur contrat avec les bailleurs. J'ai servi dans le district de Maka Kolibantang. Là-bas j'ai essayé d'être proche des acteurs communautaires pour les valoriser. Vu la configuration de cette région, je me suis dit que seuls les acteurs communautaires pouvaient aider à améliorer les indicateurs de santé. » (ESS, DS, homme, 35 ans, médecin,).

L'accompagnement peut encore revêtir la forme de la mise à disposition d'un local, d'un espace de regroupement en guise de siège pour la tenue de réunions. Ces facilitations organisationnelles font qu'aujourd'hui les ACS du Sénégal sont parmi les plus dynamiques de la sous-région, avec une couverture territoriale quasi complète. Bien que le développement des associations d'ACS soit en dents de scie, dans les districts enquêtés elles sont assez structurées. Malgré les nombreuses tensions avec les autres entités au niveau local, elles bénéficient de soutiens ponctuels. C'est le cas de l'ARPV de Kaolack qui abrite les réunions organisées par le district de Kaolack, sans parler des fonds de dotation de collectivités territoriales destinés aux associations dont les ARPV sont désormais bénéficiaires.

4. Les mécanismes négociés du reformatage de l'action publique

Nous allons à présent analyser les résultats des négociations ayant contribué à reformater l'action publique au niveau périphérique. Par « mécanismes de formatage » nous entendons l'ensemble des points de tension non pris en compte par les instances officielles de régulation des établissements sanitaires, mais suffisamment importants pour les responsables de tutelles et le personnel subalterne pour nécessiter l'ouverture d'un dialogue social. Dans cette perspective, les mécanismes de reformatage permettent de faire ressortir les angles morts dans les rapports de mise en œuvre de l'action publique sanitaire en général et du travail des ACS en particulier. En effet, les établissements composant les districts sanitaires, notamment les centres et les postes, organisent des réunions de coordination mensuelle. Cependant, cette régulation semble insuffisante pour résoudre le problème de l'invisibilité du travail des ACS et donc pour réfréner leur action collective (mobilisation associative et résistances au travail). Au contraire, à l'issue des discussions, un nouveau cycle d'actions collectives et de réponses des responsables sanitaires dessinent une nouvelle réalité de l'ancrage institutionnel des ACS dans chaque district

sanitaire. Ces espaces de dialogue créent de nouvelles préoccupations socioprofessionnelles que nous allons présenter et analyser.

4.1. Un contrôle socioprofessionnel du respect des heures de services

Les ACS des centres de santé et des postes de santé se plaignent auprès des élus locaux⁸⁰ et des équipes-cadres de districts lorsque le personnel qualifié ne remplit pas son quantum horaire du fait d'occupations autres, comme des formations individuelles⁸¹. Signaler cette anomalie traduit pour les ACS une manière de prouver que les établissements sanitaires concernés fonctionnent grâce à eux. Cette situation a fini par créer une tension entre les professionnels et les bénévoles, mettant en question le lien de subordination.

La plainte des ACS à l'égard de l'indisponibilité des professionnels de santé signifie qu'ils tendent à s'approprier le fonctionnement du système sanitaire. La qualité du service livré participe à les valoriser aux yeux des populations et à faciliter leur travail auprès des ménages. En plus de la valorisation communautaire, le travail coordonné avec le personnel qualifié — médecin, infirmier-ère ou sage-femme — présente plusieurs avantages professionnels pour eux. D'abord, il permet de faire valoir le rôle sanitaire des ACS dans les instances de décision à plusieurs niveaux : i) au niveau du district, lors des réunions de planification des activités, des négociations de partenariat avec des bailleurs ; ii) au niveau des municipalités, lors du vote du budget municipal, et des réunions pour le recrutement des agents municipaux ; iii) au niveau régional, lors des réunions de coordination médicale.

À cela s'ajoute l'effet symbolique de leur présence dans les structures de santé. Elle représente une source d'attrait pour l'établissement sanitaire, en favorisant le flux des patients et l'augmentation des recettes. En effet, pour justifier de ses absences, le personnel qualifié formule des promesses allant dans le sens d'assurer un bon déroulement des activités et le partage de formations bénéfiques à l'hôpital.

« Les motifs de mes absences font partie intégrante du fonctionnement des établissements de santé. Les principaux motifs sont le partage des données, des activités

⁸⁰ Avec l'Acte 3 de la décentralisation entrée en vigueur au Sénégal depuis 2013, la santé est devenue une compétence transférée aux collectivités territoriales. Ils deviennent, désormais, les responsables administratifs de tous les fonctionnaires de santé dans la circonscription.

⁸¹ Par exemple, indépendamment des réunions de coordination, des formations et des séminaires institués dans le système, le personnel qualifié suit souvent des formations chronophages en santé publique à Dakar. Ils sont obligés de quitter leurs postes pour assister aux cours pendant plusieurs semaines.

mensuelles, le partage de l'évolution des indicateurs sanitaires. À part ça, j'assiste aux séminaires formatifs » (ESS, PN, 34 ans, sage-femme).

Ces justifications d'absence sont un aveu du déficit du personnel qualifié dans les systèmes sanitaires de façon générale, face aux nombreuses charges administratives et individuelles de travail (Hane, 2007). Personnel soignant et ACS font ainsi constamment face à la nécessité de prioriser leurs activités routinières prises entre performance technique (renforcement de capacité par la formation) et performance organisationnelle (consultation des patients) afin d'assurer la continuité du service de soins pour les populations. Le contrôle social du travail paramédical vise donc à éviter des contre-performances, telles que la détérioration du service sanitaire et la régression du flux de patients, que peut entraîner une discontinuité des soins dans un centre ou un poste de santé.

4.2. Une contestation des indemnités inégalitaires entre salariés et non-salariés

Les ACS font recours au boycott pour contester le montant des rémunérations mensuelles ou des indemnités ponctuelles. Il s'opère pendant les premiers jours du début d'un mois au moment où les établissements de santé enregistrent un flux important de malades. Leur absence fragilise l'offre de service de soin et procède comme moyen de pression des ACS vis-à-vis des responsables. Il peut aussi advenir au début de la mise en œuvre d'un programme/projet, lorsque l'effort demandé est jugé au-dessus de la rémunération proposée. Si cette situation de frustration perdure, elle peut avoir pour conséquence le développement de ventes parallèles des médicaments, entraînant ainsi une réduction des recettes des établissements de santé.

Du fait de leur incapacité à répondre favorablement aux attentes des ACS en matière pécuniaire, le personnel soignant a tendance à répondre au boycott par le déni. Mais le déni ne peut manifestement pas venir à bout de cette tension. Non contraints par le temps, contrairement au personnel soignant originaire des villes qui demande des mutations dès que possible pour se rapprocher de chez lui, les ACS mieux ancrés dans les localités cherchent des alliés en dehors des établissements sanitaires. À défaut de boycotter complètement l'établissement de santé, ils réussissent néanmoins à isoler socialement le médecin, l'infirmier·ère ou la sage-femme qui menacent leurs « intérêts ». Pour y arriver, les ACS peuvent diaboliser un agent auprès des populations en le dénigrant pour son caractère asocial, bureaucratique, son incapacité à adopter les pratiques et attitudes escomptées par la population. Ils peuvent également demander aux collectivités territoriales la mutation du personnel soignant gênant.

Le freinage, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, est une forme de résistance au travail plus classique utilisée par les ACS exclusivement lors de la mise en œuvre des programmes auprès des habitants. Ses conséquences affectent négativement la fiabilité des données épidémiologiques ainsi que les prévisions en matière de santé publique. Devant le freinage, les agents du ministère de la Santé et les employés des ONG partenaires peuvent faire des propositions de conciliation, parmi lesquelles on note la promesse d'une légère augmentation des *per diem* de terrain.

Paradoxalement, ces promesses tendent à accentuer les pratiques de freinage. Pourquoi ? Parce que la focale des revendications matérielles des ACS se déplace du numéraire à la logistique et à la restauration. Autrement dit, outre l'aspect financier, les ACS revendiquent aussi des moyens de déplacement et des indemnités de restauration. D'où l'omniprésence d'une évaluation du rapport coût/travail, entre moyens/objectifs dans les réunions de formations des ACS avant le démarrage des activités. Compte tenu des agendas voulus par le haut et des normes budgétaires strictes, ces revendications additionnelles sont souvent esquivées par les responsables sanitaires des programmes/projets à l'œuvre.

« Les indemnités sont fixées par nos responsables hiérarchiques. Donc nous n'avons pas le pouvoir de les augmenter. Un projet fonctionne sur la base d'une planification budgétaire et technique, en amont. On ne change pas les règles du jeu en cours de jeu. [...] Oui leurs revendications sont légitimes, mais nous ne sommes pas en mesure de les satisfaire, en tout cas pas à notre niveau. » (ESS, femme, responsable régional Marie Stop international).

Même s'ils ne militent pas en faveur d'un bénévolat désintéressé, les responsables de projets d'ONG ont une faible marge de manœuvre budgétaire, tandis que les fonctionnaires responsables des programmes étatiques semblent mieux répondre aux attentes des ACS.

« C'est vrai que l'effort qu'ils [les ACS] fournissent mérite une meilleure rétribution, mais je ne suis pas autorisé à augmenter les per diem journaliers de chaque agent. Néanmoins, j'ai décidé de mettre une somme symbolique dans la caisse du collectif. Ça les servira collectivement ! » (ESS, DS, homme, 37 ans, médecin).

4.3. Un contrôle des recrutements des collectivités territoriales

Le regroupement militant s'opère pendant les périodes de tension politique. Lorsque des échéances électorales approchent, les ACS renégocient avec les décideurs sanitaires. Le regroupement militant vise à influencer, par le biais de la politique, les modalités de recrutements des agents de santé dans les municipalités. Dans le système sanitaire, la coexistence entre les agents municipaux de santé et les ACS bénévoles, exerçant les mêmes fonctions, mais rémunérés de façons différentes, crée des inégalités entre les catégories de travailleurs. Ces inégalités installent un climat de tension entraînant un manque de cohésion entre les acteurs dans un même cadre de travail. Avant les recrutements, les maires des communes demandent à tous les responsables des établissements de santé dans leur circonscription de fournir une liste de noms. En principe, c'est à partir de ces listes que des individus sont recrutés et affectés dans les centres et les postes de santé. Mais on constate le recrutement de sympathisants politiques au détriment des candidats ACS. Cette pratique est perçue, à la fois par les ACS et le personnel soignant, comme une perte des acquis sur les modalités de l'intégration professionnelle. *« Ils [les élus locaux] ne nous recrutent pas ; en plus, ils amènent des individus pour qu'on [les ACS] les forme. C'est injuste et vilain »* (RDV, NS, femme, 30 ans, matrone).

« On n'est pas dupes, les élus locaux profitent des recrutements pour caser leur clientèle politique. Mais le personnel soignant est mal placé pour en parler. Il y a une alternative cependant. J'ai eu à le dire en réunion CDD (Conseil Départemental de Développement), en présence de tous les Maires : pensez à vos acteurs communautaires au moment d'élaborer vos budgets. Ils ont des associations que vous pourriez financer » (ESS, DS, homme, 37 ans, médecin).

Avec le renforcement de la présence du politique dans les établissements sanitaires, à travers les comités de développement sanitaire, les recrutements deviennent un enjeu qui cristallise de plus en plus les tensions.

Les médecins et les agents des ONG tiennent un discours conciliant envers les ACS, car ils ne sont pas en concurrence directe, alors que, certains infirmiers et sages-femmes émettent, quelquefois, des réserves à la volonté d'autonomisation des ACS susceptibles de remettre en cause leur autorité sur certains aides-soignants et matrones (Hane, 2018). Cette peur de l'effritement de l'autorité tutélaire est exacerbée par le renouvellement du personnel

paramédical. Les ACS considèrent les « jeunes » infirmier·ère·s et sages-femmes comme étant moins sensibles à leurs mobilisations socioprofessionnelles. Cela relève du fait qu'ils n'ont pas assisté à leurs débuts (longues luttes pour asseoir leur légitimité, leur quête de reconnaissance, etc.) et expriment leur volonté de leadership sur les ACS. Si les relations entre ACS et personnels qualifiés sont caractérisées par des variations de statuts, d'âges et d'expériences entre les acteurs, les relations entre ACS et agents des ONG sont plus pérennes, reposant sur une collaboration « gagnant-gagnant » susceptible de faciliter l'atteinte de leurs objectifs. Le tableau ci-dessous met en lien les effets des résistances au travail et les préoccupations émergentes qui sous-tendent le reformatage de l'action publique au niveau périphérique.

Tableau n° 13 : Résistances au travail et mécanismes de reformatage de l'action publique au niveau communautaire

<i>Formes de résistances</i>	<i>Périodes/situations</i>	<i>Tensions/pratiques</i>	<i>Conséquences</i>	<i>Nouvelles préoccupations des ACS</i>
<i>Plainte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Non-respect du quantum horaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Tension entre professionnel et profane 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de subordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle social du personnel soignant
<i>Mobilisation politique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Approche des élections 	<ul style="list-style-type: none"> • Tension entre sous-catégories d'ACS • Tension ACS et élus locaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de cohésion dans le travail • Conflits 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir de décision sur les recrutements
<i>Boycott</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Début fin du mois • Début mise en œuvre des programmes/projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Vente parallèle de médicament 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des recettes des établissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Réexamen des inégalités entre salariés et non-salariés
<i>Freinage</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Durant mise en œuvre des programmes/projets 	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise planification de la santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Données sanitaires invalides 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des rapports entre rémunération et travail, retombées et efforts

Le tableau met en lien les formes de résistance au travail et leurs conséquences intrinsèques ainsi que les nouvelles préoccupations qu'elles soulèvent. Les relations professionnelles au niveau périphérique sont dynamiques : la mise en œuvre de l'action publique locale est ainsi un enjeu de pouvoir soumis constamment à la négociation.

4.4. De nouvelles préoccupations esquivées dans les réunions de coordination

Les résistances des ACS et les ripostes des responsables sanitaires produisent des mécanismes de reformatage et des préoccupations émergentes. Nos observations dans les réunions de coordination à l'échelon des districts (centres et des postes de santé) ont porté particulièrement sur des interactions d'ordre managérial. Lors des réunions de coordination du district, l'accent est mis sur la remontée des données et l'évaluation du niveau des indicateurs sanitaires fixés par le ministère. Dans cette instance, les représentants des réseaux des ARPV sont félicités et encouragés. De plus, le personnel soignant est invité à collaborer davantage avec les ACS. Dans les centres et des postes, l'ordre du jour des réunions mensuelles est orienté vers les performances de la structure, la planification des équipes de garde et l'expression des besoins en intrants.

Face à l'incapacité des cadres institués⁸² à réguler les inégalités socioprofessionnelles au sein du personnel communautaire du fait de l'insuffisance des recettes, les questions relatives aux relations professionnelles et aux incitations financières sont esquivées. Ce qui laisse intact le malaise des ACS vis-à-vis de leurs conditions de travail. Conséquemment, les nouvelles préoccupations que pose l'engagement communautaire ne sont pas prises en compte par les instances existantes. Ces préoccupations nouvelles largement extra-hospitalières nécessitent d'investir cet autre champs de lutte qu'est le jeu politique.

5. Une politisation visant à rebattre les cartes du pouvoir local

On pourrait penser qu'on a fait le tour des enjeux liés à l'établissement d'un partenariat, mais on observe une progression de la politisation des problèmes locaux. La multiplication des recherches sur la « politisation » engendre une forte élasticité des définitions du terme au point qu'il peut désormais apparaître comme un concept-éponge (Passard, 2019). Si la politisation au sens classique renvoie à la montée en généralité et à la connaissance des antagonismes en présence, on distingue deux grandes acceptions de la politisation selon qu'elle se rapporte à des

⁸² Il s'agit de réunions mensuelles organisées dans chaque structure de santé. Elles découlent d'une ordonnance ministérielle visant à réguler les tensions des relations professionnelles à l'échelon des postes de santé.

phénomènes (ou à des problèmes), ou bien à des publics (ou à des individus) (Balzacq et *al.*, 2014). Sur un plan macro social, la politisation correspond à l'apprentissage des savoirs et savoir-faire politiques dans le cadre des institutions dédiées, notamment les partis politiques. À ce point de vue objectiviste s'oppose une perspective micro sociale, proposant d'envisager la politisation « par-delà la sphère institutionnelle » (Aït-Aoudia et *al.*, 2011). Cette perspective propose d'étudier des formes de politique par le « bas » des publics, passant par des canaux non officiels. Cette sociologie politique préconise que tous les acteurs sociaux développent des rapports ordinaires à la politique « *à travers les situations qu'ils vivent au quotidien, expériences sur lesquelles ils s'appuient pour décoder l'univers politique et s'y positionner* » (Sainsaulieu, 2017, p. 140). De ce fait, le regard s'est déplacé à la périphérie du champ politique, voire dans « l'infra-politique » (Scott, 1990 ; Bayart et *al.*, 1992).

Notre analyse de la politisation des ACS emprunte cette démarche qui renouvelle doublement l'étude de l'articulation entre la sphère du travail (bénévole) et la sphère politique. À travers leurs revendications associatives, elle appréhende le sens politique du travail des ACS comme une expérience ordinaire susceptible d'avoir un impact dans la politique locale, voire nationale. Elle met également en exergue les formes variées de l'investissement et de l'engagement dans le collectif associatif, à partir desquelles se construisent des rapports au politique. Pour les ACS, représentation, conviction et association se confondent. Leur politisation résulte d'une fusion relative (stratégies individuelles), d'une fusion objective (habitent le même quartier/village, fréquentent la même association, font les mêmes tâches) et d'une fusion subjective (représentations, discours).

Alors que les ACS font face à des préoccupations nouvelles liées au travail bénévole, ils sont dénués de moyens socioprofessionnels pour se faire entendre par les responsables sanitaires locaux en particulier, et par l'opinion publique en général. De ce fait, ils transforment en attitudes politiques les enjeux de justice et de reconnaissance qu'ils espèrent gagner au travail. Cette mobilisation, sous-tendue par un sentiment d'injustice, renvoie à la volonté des ACS de mettre cette problématique de l'invisibilité du travail bénévole en santé dans l'agenda des politiques publiques. Ce dessein passe d'abord par un réexamen du pacte politique entre les ACS et les acteurs classiques, tenants de l'ordre politique (Le Gall et *al.*, 2012), en expliquant en quoi les ARPV, en tant que « courtiers du développement », sont un nouvel acteur dans le champ politique local (Olivier de Sardan, 1993).

5.1. Une réponse aux fausses promesses des politiques

Le constat général est que

« Les hommes politiques ne respectent pas leurs promesses électorales une fois qu'ils accèdent au pouvoir. Il/elle [le politicien] supprime son numéro de campagne. On n'arrive plus à le joindre. Il/elle reste à Dakar dans les belles villas et pendant ce temps nos revendications restent intactes. C'est vraiment frustrant et malhonnête ! » (RDV, GH, femme, 48 ans, bàjjenu gox).

Les élus municipaux, départementaux ou nationaux se délient des relations avec leur « base » après leur élection. En d'autres termes, selon les ACS, ces derniers :

« [...] oublient les engagements qu'ils ont pris pour venir à bout d'une doléance explicitement formulée par les populations. [...] Elle peut être l'achat de machine pour transformer des produits agricoles, la mise en place d'une caisse de microcrédit pour l'entrepreneuriat des femmes, la construction de puits ou forage, etc. Les cas sont différents ! » (Focus group, ACS, Kaolack).

Les frustrations créées par ces attitudes, ces ruptures du pacte politique créent un climat de désenchantement vis-à-vis de la représentation politique en général. Elle devient une illusion à combattre par l'engagement politique. *« Nous avons longtemps été naïfs et nous nous sommes fait tromper par les politiciens. Mais là, nous savons que nous ne pouvons compter que sur nous-mêmes. Nous sommes une force politique à nous seuls, si on y croit bien sûr ! » (RDV, SD, homme, 41 ans, président association des ACS).* À travers le regroupement dans les ARPV, les ACS polyvalents assument leur autonomisation vis-à-vis du joug des instances formelles de tutelle (personnel et agents ONG), mais aussi leur rejet de l'idéologie du « bon politicien samaritain », perçu comme un messie, un bâtisseur. Cette politisation correspond à un rapport d'exigence envers les élites politiques. L'affirmation de la mixité dans les ARPV veut rompre avec la politique des « non-dits » qui caractérisait les groupements de femmes. Cela suggère de sortir du rôle de figurante passive dans les regroupements classiques de femmes, pour montrer une nouvelle facette des regroupements locaux et formuler des attentes explicites : financement des groupements et construction de locaux associatifs pour les femmes. Les hommes politiques sont par exemple invités dans les locaux associatifs pour engager des négociations sérieuses reposant sur des garanties afin de les amener à honorer leurs promesses électorales. La garantie prend souvent la forme d'une menace implicite. *« Nous leur disons clairement que : si vous ne*

nous aidez pas la prochaine fois, nous soutiendrons untel parti. Untel parti a d'ailleurs demandé à nous rencontrer.» (Focus group, mixte ACS région de Kolda et ACS région de Kaolack).

Avec l'extension des prérogatives du *gooru mbotay* et de la *mère mbotay* (trad. homme/femme du regroupement) (Sow, 1997), ces « greniers politiques » se transforment en sentinelle chargée d'évaluer le pacte politique au niveau communautaire. En devenant représentatif, leur rôle ne se limite plus à réguler les contentieux entre femmes ; désormais, il/elle a pour mission de dire tout haut ce que tout le monde pense tout bas. Ces personnages parfois excentriques, dotés d'une grande maîtrise du verbe, sont chargés, dans les meetings politiques, en présence des candidats, d'exposer le cahier de doléances des populations en général et des ACS en particulier. Leur discours permet de faire connaître les promesses non satisfaites et les attentes à venir. La politisation des engagements des ACS hors du champ sanitaire illustre leur engagement. Ainsi, les femmes ont des expériences politiques personnelles au même titre que les hommes. Grâce au cadre associatif émancipateur, elles sortent, peu ou prou, du discours emprunté, et font d'autres expériences de vie, en dehors de la sphère familiale.

5.2. Un militantisme pour conquérir le pouvoir politique local

La politisation des associations d'ACS polyvalents ne peut être dissociée du recrutement dans le système sanitaire. En se constituant comme un nouvel « acteur » dans l'échiquier politique au niveau local, les ACS veulent conquérir le pouvoir politique local grâce à leur capital d'autochtonie, leur popularité sur le plan local. Leur militantisme collectif est encouragé par la mise sur pied des ARPV, contrairement au « cycle d'évaporation du politique » observé par Nina Eliasoph dans le cadre associatif américain (2010). Selon elle, « En groupe, ils [les bénévoles] étaient moins soucieux de l'esprit public, et moins créatifs politiquement qu'ils ne l'étaient individuellement. » (Eliasoph, 2010, p. 37-38). S'agissant des ACS, militer dans un parti politique à partir d'une association permet de contrebalancer les recrutements au niveau communautaire qui, jusqu'ici, restent favorables aux agents municipaux de santé. L'instrumentalisation du militantisme en vue d'obtenir un poste individuel tarabuste constamment l'esprit des ACS, car le militantisme partisan paraît être le critère justifiant les recrutements de personnel des établissements sanitaires par les collectivités territoriales. Cependant, les ACS ont des points de vue différents sur la meilleure manière de procéder. Ainsi,

trois idéaux-types de recours au militantisme se dégagent, utilisés de manière distincte ou imbriquée, mais dominant chacun l'une des catégories d'ACS⁸³.

Le « militantisme de redevabilité » s'observe surtout auprès de la catégorie *bàjjenu gox*. Elles continuent à faire allégeance au parti démocratique sénégalais, parti de leur président « tutélaire » (*cf. supra*).

« Il est impensable que l'on puisse militer pour un autre parti politique. Si les femmes sont devenues des autorités locales respectées, c'est grâce à leur statut de bàjjenu gox. Nous avons des diplômes signés par la présidence. Nous entretenons toujours des relations financière et affective avec les responsables nationaux du PDS [parti démocratique sénégalais]. » (RDV, AS, femme, 43 ans, bàjjenu gox).

Le militantisme de redevabilité repose exclusivement sur l'émotion provenant de la sociabilité associative et, par conséquent, accorde très peu de place au calcul individualiste. La redevabilité collective ou *sam koléré* prend le dessus sur les intérêts individuels. On résiste ici aux « assauts » et aux « coups bas » lors des financements et des recrutements orchestrés par le parti au pouvoir, par le biais de ses représentants locaux (financements privilégiant les sympathisants du régime en place). L'objectif du regroupement est de changer de majorité politique locale.

Le « militantisme de contemporanéité » est surtout présent chez les aides-soignant-e-s et les matrones, qui estiment devoir toujours militer au côté du parti au pouvoir, au nom du loyalisme (on songe au fameux triptyque de Hirschman [1995] : *exit, voice, loyalty*). Selon eux, cette démarche est compatible avec leur rôle de soutien au développement sanitaire local. Militer dans l'opposition serait en contradiction avec leur posture d'approbation de la politique sanitaire en vigueur. De plus, cela facilite leurs demandes de financements, car ils ne seront pas appréhendés comme des opposants, mais comme des alliés. Ces individus organisent leur résistance en deux temps : s'ils soulignent les acquis sous le régime, ils ne manquent pas non plus de signaler leurs doléances.

« C'est durant le règne de Macky Sall qu'on a distribué des bourses de sécurité familiale [forfait octroyé aux familles démunies], des cartes d'égalité des chances permettant aux handicapés de se soigner gratuitement, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. En revanche ! En revanche ! (Sourire). Les ACS souhaitent plus de

⁸³ Les trois types de militantisme sont obtenus par l'analyse du discours des ACS et par l'exploitation des cahiers d'activités (compte rendu, rapports de réunions) des associations et des groupements.

considération, car tout ce travail repose sur nos épaules. » (RDV, PT, 39 ans, aide-soignante/dépositaire).

Entre les deux premières formes de militantisme, il y a le « militantisme technique » duquel les relais sont les plus représentatifs. Ces derniers soutiennent un discours vocationnel d'association apolitique. Ce refus de parti pris se veut une stratégie de maximisation des gains et d'évitement de la marginalisation. « *Notre ARPV est apolitique. Nous restons une organisation de la société civile. Nous répondrons à tous les appels des responsables. Mais nous restons autonomes.* » (RDV, DN, homme, 47 ans, président association des ACS). Implicitement, cette position autorise leur collaboration avec tous les responsables politiques en période d'élection et évite de se faire des ennemis au lendemain de la proclamation des résultats. Ce type de militantisme s'apparente à un militantisme opportuniste, afin d'appréhender les conséquences de l'action (Weber, 2003), opposé au militantisme partisan (Péchu, 2009) : puisque personne ne peut prédire qui va remporter le scrutin, autant agir avec prudence.

Toutefois, en pratique, les types s'entrecroisent. Dans une ARPV, il arrive que des positions différentes de militantisme coexistent. Dans ce cas, la résistance ne vise pas simplement les groupes externes, mais s'opère également entre les ACS, comme nous l'avons montré en analysant les rapports professionnels au sein des ACS (spécialisés et polyvalents) et entre ACS et agents municipaux de santé.

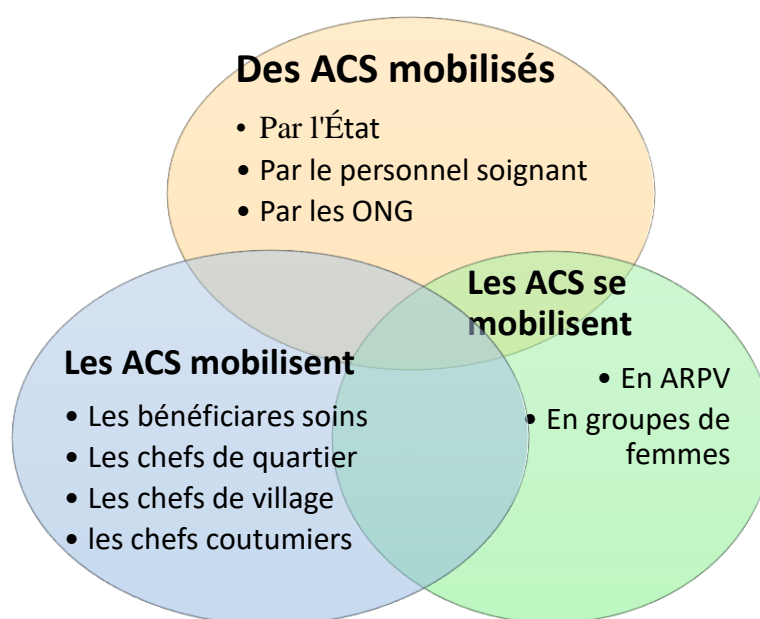
5.3. Un élargissement des horizons aux niveaux départemental, régional et national

La question de la souveraineté politique des États africains a fait couler beaucoup d'encre. De nombreux auteurs ont montré que l'action publique est le fruit de l'interaction de multitudes d'acteurs et de leurs intérêts divers (Bayart, 1999). Partant de l'hypothèse selon laquelle la mise à l'agenda d'une politique ne correspond pas à l'existence d'un problème social, mais répond aux intérêts et mobilisations de divers acteurs dans un contexte spécifique, Fred Eboko (2015) propose une matrice qui permet d'analyser l'action publique macro-sociale, ainsi que la place de l'État en Afrique. L'auteur présente une liste des acteurs (organisations internationales, agences de coopérations bilatérales, plateformes de coordination, structures étatiques, associations, bailleurs, experts) et de leurs activités relatives (intermédiaires, conseil, normalisation, exécution, accompagnement, circulation des idées). Il soutient qu'ils s'uniformisent tant sur le plan de leurs statuts que de leurs stratégies et des relations qu'ils

entretiennent, malgré la diversité des pays et des secteurs de l'action publique. L'ampleur de la mobilisation internationale contre le SIDA, appréhendé dès 1986 comme un problème de santé publique, contraste avec celle mise en place pour lutter contre le paludisme et la tuberculose, pourtant plus mortels en Afrique, mais ne bénéficiant de financements internationaux qu'à partir de 2000. Eu égard à ce paradoxe dans la prise en charge des maladies au niveau international, on peut constater que l'engagement des acteurs internationaux contribue à définir les problèmes publics autant qu'à y répondre. Cette approche globalisée repose sur deux piliers fondamentaux : le *New public management* (Financement basé sur les résultats) et les « communautés épistémiques »⁸⁴ (groupes de pression capable d'infléchir les décisions de politiques publiques).

La portée heuristique de cette réflexion au niveau macro-social est également valable au niveau microsocial, car, même à l'échelle d'un État, les secteurs les plus dynamiques politiquement obtiennent des retours favorables et voient leurs revendications satisfaites. Le schéma ci-dessous illustre la dynamique politique des ACS.

Schéma n° 4 : Élargissement des horizons par les ACS à travers la politisation



Le schéma met en relief les forces engagées dans la politisation du travail bénévole. Les ACS mobilisés par les pouvoirs publics (acteurs institutionnels) et privés (ONG) se mobilisent à leur

⁸⁴ Voir à ce sujet les travaux de Peter M. Haas, qui les définit comme des « réseaux de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier et qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques du domaine en question » (1992, p. 3).

tour au sein de groupes constitués *a posteriori* et mobilisent les populations (bénéficiaires de soins et oligarchies locales) en leur faveur dans des actions collectives visant à consolider leur statut avec l'assentiment de la société entière (Paradeise, 1985).

Tout comme le travail salarié peut susciter un sens politique (Sainsaulieu et Surdez, 2012), le travail bénévole participe lui aussi à forger, *a posteriori*, une conscience politique associative. Elle s'illustre par l'amplification des mobilisations socioprofessionnelles permettant aux ACS de faire connaître à tous les acteurs du système sanitaire (départementaux, régionaux voire nationaux) les difficultés auxquelles ils font face. Cependant, la lutte pour la visibilité ou la mise à l'agenda de leurs préoccupations se fait sur des fronts différents au sein desquels tous les ACS ne sont pas à égalité d'influence. Si les ACS polyvalents ont par exemple une très grande compétence à mobiliser les populations à la fois sur le plan thérapeutique et politique, leur faible niveau d'études les désavantage pour accéder aux postes de responsabilité politique. L'élargissement de carnet d'adresses dans les secteurs stratégiques publics et/ou privés, locaux et/ou nationaux, profite surtout aux élites associatives souvent issues de classe supérieur.

Faudra-t-il une mise à l'agenda international de leurs préoccupations pour valoriser l'engagement bénévole et promouvoir une santé communautaire mieux organisée, garantissant une considération et un revenu à tous ? L'engagement bénévole en Afrique fait penser à l'avènement d'une « classe-relais » dans l'arène locale, jouant un rôle de passeur et de facilitateur entre les acteurs institutionnels et les populations (Aguilhon, 1996). Mais si l'on peut considérer la classe-relais comme une républicanisation des espaces ruraux, elle a permis avant tout l'affirmation d'une plus grande égalité politique entre hommes et femmes. Cette coalition marque l'avènement d'une opposition locale dotée d'une masse critique dans les négociations sociales, politiques et professionnelles. Par conséquent, « l'homogénéité quantitative » vers le bas, qui faisait des femmes des actrices passives de la vie politique, cède la place à une « hétérogénéité qualitative » vers le haut plus exigeante envers les politiciens classiques organisés dans l'arène locale (Ngom, 2021).

Conclusion chapitre 5

En partant de la notion de résistance au travail et de ses déclinaisons, nous avons opéré une analyse des modes de reformatage de l'action publique, et des tentatives d'institutionnalisation de leur statut, avant d'aborder le sens politique du travail d'ACS. Ce tour d'horizon nous amène à la conclusion selon laquelle le cadre associatif des ACS, même considéré à la marge du système sanitaire, permet aux ACS de faire face, de manière sporadique, à des situations qu'ils jugent dévalorisantes sur le plan professionnel. Le travail ACS revêt une fonction politique de reproduction et transformation des rapports sociaux (Cukier, 2016).

Le chapitre présente un triple intérêt. Premièrement, les sous-catégories se retrouvent lorsqu'il s'agit de défendre leur intérêt commun en mettant en avant leur interdépendance systémique dans la livraison des soins. Le deuxième intérêt de ce chapitre est relatif au caractère évolutif et disparate des mobilisations des ACS. Ils utilisent un mode de résistance adaptée aux changements de contexte : la plainte pour améliorer le service sanitaire et augmenter les indemnités des volontaires et la dénonciation des recrutements clientélistes pour garder le monopole du travail salarisé. Le troisième réside dans la montée en généralité des problèmes posés par les ACS. Elle prend appui sur un registre d'actions collectives discrètes mais reposant sur une *task force* fédérative devenue une force politique locale.

Analyser la dynamique des bénévoles de santé sous un angle purement économique oblitérerait donc une dimension sociopolitique. Les ACS s'approprient les missions des établissements de santé en s'affirmant aussi efficaces que les professionnels titulaires pour la continuité des services de soins. Leur désir de reconnaissance et de promotion sociale importe autant que la mise sur pied d'un revenu plus égalitaire, voire universel (Friot, 2019). Leur conscience politique se développe *a posteriori*, via le cadre associatif de l'ARPV, point d'appui dans les rapports au politique. Il s'agit finalement d'évaluer les promesses des politiques, et de rompre avec la « participation passive », celle qui réduisait les femmes, surtout en milieu rural, à des porteuses de tee-shirts/tissus de la couleur des formations politiques, ou de « remplisseuses de bus » pour des meetings. La politisation permet un élargissement des horizons vers d'autres secteurs de la vie en société. Elle permet aux associations d'avoir voix au chapitre dans les décisions prises au sein des collectivités territoriales et de se faire des alliés dans les instances locales de recrutements d'agents de santé. La politisation permet surtout à des femmes du rang de faire l'expérience de l'autonomisation professionnelle et des mobilisations nécessaires à différents niveaux.

Cette unité frontiste, sporadique, suffit-elle à baliser une voie de professionnalisation pour tous les ACS ? Peut-on dire que les ACS sont conscients collectivement de l'enjeu de constitution d'un partenariat au niveau local comme certains militants de la cause le prônent (présidents ARPV et *bàjjenu gox*) ? Ou bien le résultat des résistances et de la politisation dans ce processus de professionnalisation exprime une pluralité de voix dans la montée en puissance professionnelle des ACS ?

Les ACS sont assez conscients collectivement de la nécessité de constituer des partenariats, mais ils ne sont pas égaux face aux avantages inhérents à ces partenariats. Les ACS occupant des postes de responsabilité développent leur carnet d'adresses (en participant à des séminaires des ONG, des réunions ministérielles) plus facilement que les autres membres. D'autre part, on constate une pluralité des modes de professionnalisation et des parcours individuels qui prennent sens au sein des segments d'ACS. C'est ce que nous allons voir dans le dernier chapitre, en appréhendant l'élaboration des carrières individuelles au travers des rivalités et des jeux de contournement entre acteurs.

CHAPITRE 6 — UN GROUPE HÉTÉROGÈNE, DES CARRIÈRES COHÉRENTES

Les ACS ont un territoire professionnel commun, mais leurs trajectoires professionnelles sont fragmentées du fait de la faiblesse de leur unité de groupe. Ainsi, retrouve-t-on des ACS spécialisés, polyvalents et des agents municipaux de santé dans ce territoire. À partir de cette fragmentation, on comprend comment l'identification des formes de professionnalisation alternatives renseigne sur les carrières individuelles alternatives qui, dans leur ensemble, se dispensent de l'autorité de l'État. On verra comment certains ACS orientent leurs aspirations d'ascension sociale vers les champs politiques et/ou économiques justement parce que leur occupation n'est pas une profession. Des clivages intra-professionnels, qui se déploient dans des séquences politiques et professionnelles bien précises, traversent donc le groupe ACS mais n'affaiblissent pas nécessairement les revendications (Poulard, 2020). Mieux, ils constituent ici un puissant ressort de la mobilisation socioprofessionnelles des ACS, voire augmente sa portée (Hénaut et Poulard, 2018b).

Les stratégies de différenciation entre les sous-catégories d'ACS retiendront particulièrement notre attention. Ainsi, chercherons-nous à savoir **comment dans chaque sous-catégorie d'ACS les acteurs perçoivent leur professionnalisation**. Autrement dit, il s'agira, tout au long de ce chapitre, de répondre à la question suivante : **Sur quels types de savoir d'expérience fondent-ils leurs carrières ?** La professionnalisation des ACS est à la fois endogène (dans l'entre soi) et exogène, en lien avec la population. Sous ce rapport, au-delà des relations de domination entre les sous-catégories, nous intégrons dans l'analyse du système des professions dans la santé communautaire les rôles et influences des acteurs institutionnels qui prennent part aux interactions. Cela autorise la compréhension des stratégies d'alliance à géométrie variable nécessaires pour les modalités de professionnalisation des sous-catégories d'ACS.

La rédaction de ce chapitre mobilise deux types de données : primaires et secondaires. Les données primaires utilisées sont issues des observations et des récits de vie. Les observations directes ont porté sur les activités menées par les ACS à la marge des établissements de santé. Nous avons visité des locaux tels que la case de la garderie communautaire à Kolda, la salle de réunion de l'ARPV de Kaznack, le poulailler d'une *bàjjenu gox* à Guinguinéo. Nous nous sommes également intéressés aux produits vendus par les ACS entrepreneurs : jus locaux, tissus, chaussures. Concernant les récits de vie, rappelons qu'ils ont déjà servi à documenter les

trajectoires biographiques et à en déduire une typologie des ressources des ACS (cf. chapitre 2). En partant de la typologie des segments d'ACS établie dans le chapitre 3, nous exploitons particulièrement ici le bilan que les acteurs font de leur carrière de travailleur bénévole. L'analyse des discours de récits de vie montrent les critères dégagés par les ACS issus des différents segments professionnels pour qualifier leurs carrières comme une « réussite » ou un « échec ».

Quant aux données secondaires, au-delà de la revue documentaire, elles proviennent de l'exploitation des informations provenant de veille documentaire, notamment des « alertes google ». Une « alerte google » consiste à identifier des mots clés d'une thématique que l'on synchronise avec son compte courriel (boîte *e-mail* via google : gmail.com). Dans un tel système de collecte, le groupe de mots « acteurs de santé communautaire » est enregistré pour mieux spécifier notre recherche. La pertinence de cette « chasse aux informations » réside dans le fait de recevoir des alertes sur tous les domaines — politique, économique, organisationnel, etc. — portant sur sa thématique de recherche sur le plan national et international. Cette méthode de collecte nous permettait de suivre l'évolution de l'actualité de la production scientifique concernant les changements en vigueur dans le système sanitaire ouest-africain en général. Par exemple, nous avons accédé à des informations journalières importantes concernant des thématiques en lien avec notre objet. On peut citer : les nouvelles mesures prises par les instances de régulations (États, ONG et collectivités territoriales), les initiatives des ACS et de la société civile, les publications récentes sur la thématique de la mobilisation communautaire, etc.

Toutefois, ce dispositif de collecte d'informations issu des technologies de l'information et de la communication requiert du chercheur un minimum d'organisation afin d'éviter deux principales difficultés. La première est d'oublier certaines informations ou de nous perdre dans les alertes, car il nous arrivait de recevoir une avalanche d'informations au cours d'une semaine. La seconde est de vouloir tout enregistrer et de tomber ainsi dans le piège de la déportation hors des limites de notre sujet de recherche. Pour contourner les difficultés de capitalisation des informations, nous avons ainsi jugé nécessaire de trier et d'enregistrer systématiquement les informations qui nous paraissaient importantes dans le cadre de notre thèse. Nous avons mis l'accent principalement sur les informations concernant les dynamiques professionnelles des acteurs communautaires dans le monde, celles des ACS sénégalais et ouest-africains en particulier.

Ce chapitre est structuré autour de quatre sections. Nous montrons d'abord les effets du modèle de « partenariat public/privé », reposant sur un cofinancement du système de santé sénégalais, dans la gouvernance des ACS [section 1]. Ensuite, nous montrons comment les représentations du mot « se professionnaliser » sont structurées dans chaque segment professionnel [section 2]. Puis, nous mettons en lumière que l'hétérogénéité et l'enchevêtrement des identités sociales et professionnelles sont de nature à révéler le dynamisme du groupe ACS à travers la mise en place d'un travail à la marge du circuit formel encadrant jusqu'ici les catégories socioprofessionnelles [section 3]. Pour finir, nous identifions les carrières — réussies et échouées — des ACS et les implications de justice sociale et d'équité envers les travailleurs bénévoles que ce phénomène de mobilisation socioprofessionnel suscite [section 4].

1. Une gouvernance éclatée

La gouvernance des ACS est apparue au moment où les phénomènes de mondialisation des échanges commerciaux et financiers s'accéléraient. Selon André-Pierre Contandriopoulos (2008), dans le domaine de la santé, cette gouvernance poursuit trois grands objectifs : 1) repenser les équilibres entre centralisation et décentralisation ; 2) tenir compte de la complexité des processus à agencer pour obtenir les résultats attendus ; 3) permettre aux responsables de justifier leur décision et d'améliorer de façon continue l'action collective pour assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des services. La gouvernance est donc une approche globalisante visant à la performance des systèmes de santé. À cet effet, bien qu'ils soient des travailleurs non statutaires, la gouvernance dans les districts de santé au Sénégal ne nie pas la gestion des carrières des ACS. Pour comprendre les incidences de la gouvernance des ACS dans la professionnalisation et les formes de carrières des ACS, il est important de décrire le contexte financier, institutionnel et socioprofessionnel du système sanitaire sénégalais dans sa globalité. Cette description met en lumière les priorités de financement de la santé et les soubassements de la distribution des fonds. Cette priorisation renvoie, en réalité, à une instrumentalisation des ACS, qui accorde peu d'importance à une professionnalisation institutionnelle cohérente de ce groupe.

1.1. La démultiplication des guichets pour les ACS

Selon le rapport de l'ECPSS (2017), l'État est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport représentant 51 % du financement. La part du budget de l'État alloué au secteur de la santé est en hausse régulière

ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du ministère de la Santé, qui représente aujourd'hui 10 % du budget de fonctionnement de l'État. La contribution des partenaires extérieurs représente 27 %. Les populations et les collectivités locales contribuent, respectivement, à hauteur de 19 % et 3 % (ECPSS, 2017).

Cependant, les inégalités de répartition des ressources entre les établissements de santé continuent de faire leur chemin. Les dépenses de santé sont davantage orientées vers les villes que vers les zones rurales (centres de santé, postes de santé, districts, maternités rurales et cases de santé). On relève, dans ce même document, un taux de réalisation des besoins sanitaires, exprimés par les populations, plus faible dans les postes de santé, 21 % seulement, contre 97 % pour les centres de santé et 65 % pour les hôpitaux. Dans les dépenses d'investissement, la part des hôpitaux constitue 75 % du budget, contre 17 % pour les centres de santé et 8 % seulement pour les postes de santé. Ces chiffres montrent que les hôpitaux régionaux et nationaux ainsi que les établissements de santé spécialisés reçoivent plus de moyens financiers comparés aux services de santé du niveau périphérique. Pourtant les centres et les postes de santé, composant le district, sont plus proches des populations les plus démunies et plus aptes à faire réduire efficacement les taux de morbidité et de mortalité.

La faible capacité de rémunérations monétaires des comités de développement sanitaire est un autre facteur de renoncement aux affectations ou même aux désistements après la prise de fonction dans les structures se situant dans les zones rurales. Dans certains établissements de santé, l'État, par l'entremise du ministère de la Santé, affecte des médecins, des infirmiers et des sages-femmes dans des zones où les comités de développement sanitaire sont appelés à les rémunérer. Chargés de la gestion des recettes et des dépenses dans les établissements de santé, suivant ce que Bernard Hours (2016) a appelé une « logique de marché » néolibérale, ces comités de développement sanitaire peinent très souvent à assurer les dépenses de fonctionnement (achat des intrants, des médicaments) *a fortiori* la rémunération monétaire du personnel de soutien. La contingence de leurs recettes, qui dépendent de la courbe d'affluence des patients et de l'effectivité des fonds de dotation communale, engendre souvent des retards de paiement, voire des arriérés de salaires.

Des diplômés en santé affichent souvent leur réticence à rejoindre les lieux d'affectations (Caremel et *al.*, 2016). Plusieurs d'entre eux se détournent des postes situés dans les villages

pour ne pas s'éloigner de leur famille, mais surtout du fait notamment que les villes offrent plus d'opportunités de travail supplémentaire.

« *Je suis dans ce poste de santé depuis 5 mois, mais je vais bientôt quitter. [...] Tu as vu ! Ici c'est la brousse. Il n'y a rien. J'ai demandé une affectation, que l'administration accepte ou pas je quitterai. [...] Je retourne à Touba auprès de mon mari ! (Sourire). Je pourrai travailler à mi-temps dans les cliniques et prendre soin de mon mari.* »
(ESS, YT, femme, 31 ans, sage-femme)

Comme nous l'avons évoqué en introduction, dans un contexte où le salaire moyen est bas, les activités libérales parallèles comme les soins à domicile ou le travail à mi-temps dans les cliniques constituent des sources de revenus supplémentaires. « *Je suis thiésois [région centre ouest du Sénégal, proche de la capitale], toute ma famille vit là-bas. J'ai aussi mes activités dans cette zone. [...] Parallèlement à mon statut d'infirmier chef ici à Kaolack, je travaille les week-ends à la clinique. Je fais la navette.* » (ESS, RT, homme, 41 ans, infirmier). À cet avantage comparatif numéraire entre ville et village s'ajoute la question culturelle et sécuritaire dans les zones reculées. D'une part, certains fonctionnaires ne parlent pas la langue des populations locales où ils sont affectés. Or la langue est un marqueur fort d'appartenance dans la conscience collective africaine. Elle permet de déchiffrer les codes culturels des groupes sociaux. La barrière de la langue creuse par conséquent les différences socioculturelles. Une femme qui n'est pas mariée, marqueur de l'âge adulte, n'est pas légitime pour prodiguer des conseils à un groupe de personnes censées se situer culturellement au-dessus d'elle, encore moins quand elle ne peut pas s'exprimer en langue autochtone. Prises ainsi entre une identité professionnelle et une identité sociale (Jaffré et Prual, 1993), les jeunes sages-femmes sont souvent confrontées à un déni de leur compétence qui est une conséquence des formations strictement techniques des sages-femmes. La matrone comble ce gap de communication entre la sage-femme et les patientes. D'autre part, l'imaginaire du conflit casamançais a poussé plusieurs acteurs affectés dans cette zone à refuser d'y prendre fonction (Badji, 2017). Des espaces vides, désertés par les institutions et les professionnels de santé, expliquent la prééminence de l'approche communautaire.

La situation qui prévalait au début des années 2000 a conduit Abdou Salam Fall et Laurent Vidal à soutenir que les ACS « *s'insèrent dans les structures sanitaires pour combler des vides inhérents aux refus de recrutement de professionnels édictés par près d'un quart de siècle de plans d'ajustement structurel* » (2006, p. 257). Le constat semble toujours valable. Pour

satisfaire la demande de santé au niveau périphérique sans augmenter sa masse salariale, l'État mise sur la main-d'œuvre gratuite. Autrement dit, l'institution du bénévolat vise à contourner le salariat en remplaçant les professionnels jugés onéreux par des bénévoles peu ou pas coûteux, à pallier les difficultés de redéploiement du personnel et la faible capacité de collectivités territoriales à assurer certaines dépenses relevant de leurs domaines de compétences. Il s'agit principalement des apories administratives relatives à l'attribution des fonds de dotation locale aux établissements de santé. La reconduction automatique des budgets annuels, l'absence d'élaboration de critère d'allocation aux établissements de santé au nom de la rationalisation financière, le retard de mise en place ou le blocage, dans certains cas, des fonds de dotation décentralisés logés au sein des conseils régionaux, la rareté et la modicité des subventions accordées par les collectivités locales constituent autant d'éléments d'un mode de financement sclérosant et peu incitatif (Diouf, 2018).

Les directives de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, qui imposent des politiques néolibérales inspirées du consensus de Washington et reposent sur la régulation du marché et des logiques institutionnelles internationales n'ont pas suffi à assainir l'environnement financier des hôpitaux des pays en développement, malgré une série de réformes administratives visant à la décentralisation de la gouvernance sanitaire.

Dans le document administratif portant sur l'Acte 3 de la décentralisation, nous relevons trois périodes de décentralisation au Sénégal. La première remonte à 1972. Elle marque le fondement de l'ancrage de la politique de santé du Sénégal en direction des soins de santé primaire. La deuxième commence en 1996, année à partir de laquelle la santé est devenue une compétence transférée aux collectivités territoriales. À partir de 2013, une nouvelle réforme de la politique de décentralisation, appelée « Acte 3 de la décentralisation » conforte cet acquis. Les deux dernières réformes se sont inspirées de concepts en vogue dans les années 1990 : « partenariat privé — public » et « management participatif ». Ces réformes présageaient qu'on allait enfin combiner l'exigence du service public incarné par les administrations avec l'esprit d'entreprise rattaché au secteur privé. L'objectif affiché était d'améliorer la présence du personnel qualifié dans les centres et les postes de santé suivant une approche contextualisée de la gouvernance des ressources humaines qualifiées et bénévoles.

L'étude de la répartition des effectifs du personnel sanitaire (PNDS, 2009-2018) fait ressortir la part très importante des agents directement recrutés par les directions des établissements de santé en hausse continue, depuis le début d'application de la réforme. Les effectifs des

fonctionnaires étatiques sont en baisse tendancielle (33 %). La part des agents municipaux restent encore à la marge sauf au centre hospitalier Abass Ndao (centre-ville de Dakar), où ils avoisinent les 16 % (Ly, 2013). Les comités de développement sanitaire et les ONG locales ont pris des initiatives relatives aux financements des formations des ACS. Cette démarche de la société civile sous-tend que les centres et les postes de santé ont certes besoin d'un personnel qualifié, mais celui-ci devrait reposer sur des ressortissants du terroir dans lequel se situe la structure de santé considérée. Sachant que la réussite de leur mission en tant que responsables sanitaires dépend des ACS, le personnel qualifié et les gestionnaires trésoriers des structures de santé ont cherché à consolider la fonction des ACS. Considérés d'un point de vue technique, comme un maillon incontournable dans la continuité des services sanitaires, les ACS spécialisés (aides-soignants.es, matrones et dépositaire pharmacie-IB) sont rattachés à l'organigramme du personnel des structures de santé. Le changement managérial montre l'autonomie relative des équipes-cadres de district soucieuses de tirer plus d'avantages de la participation des bénévoles dans un contexte marqué par ailleurs par la politique d'un financement basé sur les résultats en 2005. Cette mesure, on l'a vu (*cf. supra*), découle de la réforme prônée pour améliorer la gestion des services publics, suite à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide lancée en 2005, et au partenariat international pour la santé (Wone et *al.*, 2012). À la quête de bons résultats pour espérer des financements, les responsables sanitaires locaux cherchent à responsabiliser davantage les ACS. Il est en revanche important de noter que ces initiatives restent marginales du fait de l'absence d'harmonisation de la gouvernance des ACS. Malgré les efforts fournis, les résultats des réformes hospitalières demeurent insuffisants. Les propos du président Macky Sall lors de son allocution au panel des cadres de l'alliance pour la République, en présence des membres de son gouvernement, sont particulièrement édifiants à ce propos. À cette occasion, il déclare que,

« Nous avons mis 80 milliards francs CFA de plus dans le budget de la Santé qui est aujourd'hui à 200 milliards francs CFA par an. Alors, nous ne pouvons pas mettre 200 milliards francs CFA par an sans qu'il y ait des résultats. Si les Sénégalais veulent se soigner, ils ne sont pas pris en charge, il faut réformer le système sanitaire. J'ai l'impression que les gens ne sont pas en train de se soigner »⁸⁵.

La réforme semble toujours être la solution à envisager pour améliorer l'offre de soin. Or, comme l'a déjà fait remarquer Frédéric Pierru (2007) concernant le *New public management*

⁸⁵ Source : Journal Dakar actu, consulté le 24 décembre 2019.

des hôpitaux français, Hippocrate est malade de ses réformes. Étant donné que les États ouest-africains n'assurent pas le financement total de leur système de santé, la gouvernance multi-acteurs autorise des injonctions souvent décousues et inefficaces pour *l'empowerment* des établissements locaux de santé. Le personnel qualifié était, rappelons-le, à la base le seul responsable de tutelle des ACS. Avec les réformes, les collectivités territoriales et les ONG impliquées dans le système de santé sénégalais participent à la gouvernance de santé au niveau périphérique et créent par conséquent un phénomène de multi-polarisation des responsables de tutelle des ACS.

1.2. Le « qui paye commande » : une main d'œuvre en libre-service ?

Le niveau périphérique est caractérisé par une faible coordination des activités entre différents secteurs – public et privé (Tizio, 1999). À côté des médecins-chefs et des infirmier·ère·s-chef·fe·s, les membres des comités de développement sanitaire et les ONG sont devenus eux aussi des responsables de tutelle des ACS. Cette configuration renforce le brouillage des frontières du travail d'ACS, car chaque responsable occupe un espace et oriente son pouvoir sur des catégories d'acteurs spécifiques. La définition du travail d'ACS demeure ainsi en construction dans les méandres des disparités géographiques des structures de santé, des recrutements partisans des autorités municipales et de l'interchangeabilité des bénévoles dont les ONG font montre. Dans les zones urbaines, plus que dans les zones rurales, les aides-soignant·e·s, les matrones et les dépositaires pharmacie-IB sont rémunérés mensuellement par les comités de développement sanitaire, alors que dans les zones rurales la faiblesse des recettes des structures de santé réduit considérablement les montants mensuels alloués aux mêmes types de travailleurs. Cette différence entre zones urbaines et rurales s'explique par la disparité des recettes des centres et des postes de santé et le poids économique des collectivités territoriales (enveloppe des fonds de dotation). Dans les milieux urbains, les centres et des postes de santé enregistrent plus de consultations compte tenu de la pression démographique (Mané, 2012).

De nos observations, il ressort que les responsables sanitaires, en accord avec les membres des comités de santé, jugent nécessaire de rémunérer les travailleurs. Animés par une logique de « tout travail mérite un salaire », l'objectif de ces derniers est d'annihiler les effets délétères de la démotivation des travailleuses et des travailleurs sur la livraison de santé. Compte tenu de l'absence de supervision sur la répartition des recettes des établissements de santé au Sénégal, les incitations financières et les avantages mensuels sont laissés à la discrétion du personnel qualifié, médecins, infirmiers et secondairement des membres des comités de santé. Ils gonflent

les gratifications mensuelles des aides-soignant·e·s, des matrones et des dépositaires pharmacie-IB. Un contrat tacite lie les responsables sanitaires locaux et les ACS spécialisés, qui reçoivent, de la main à la main, un montant aléatoire mensuel, comme en témoignent les propos de cet aide-soignant :

« On n'a pas de bulletin de salaire. A la fin du mois, madame (la sage-femme) nous appelle, une à une, dans son bureau pour nous remettre une enveloppe. Tout ce que tu trouves c'est ça ta chance. Parfois c'est au-delà de tes attentes, mais souvent c'est en dessous de nos attentes, surtout ces derniers mois. » (RDV, AS, homme, 41 ans, aide-soignant)

Ces derniers mois, auxquels cet aide-soignant fait allusion, coïncident justement avec l'entrée en vigueur de la réforme consacrant le remplacement des comités de santé par les comités de développement sanitaire en 2018. Celle-ci a réduit la marge de manœuvre des responsables sanitaires qui font face désormais aux contrôles administratifs préfectoraux ou sous-préfectoraux et à centralisation des pouvoirs entre les mains des autorités politiques locales.

L'entrée en vigueur de la décentralisation dite de « fonction publique locale » donne plus de voix aux collectivités territoriales dans la gestion financière et la gouvernance des ressources humaines des établissements publics de santé. D'abord recrutés par des comités de santé plus autonomes, les ACS sont désormais davantage sous la coupe des municipalités depuis que se sont mis en place des comités de développement sanitaire. Mais, au lieu d'établir une équité entre acteurs politiques, administratifs et professionnels, de l'avis des acteurs, ces missions concourent à l'heure actuelle à maintenir la même pratique qu'au temps des comités de santé. Ancrés dans les pratiques partisans pour caser une clientèle politique, les choix de recrutement de personnel sanitaire par les membres des collectivités territoriales ne promeuvent pas la valorisation de la compétence et de l'ancienneté parmi les ACS. Ces fonctionnaires municipaux ne sont pas toujours qualifiés pour jouer le rôle sanitaire dédié, et sont payés presque le double des ACS. Les ACS spécialisés sont moins recrutés par les municipalités, car ils ne s'inscrivent pas dans les réseaux politiques locaux. Conscients de leur force sociale, les agents municipaux de santé instrumentalisent le recrutement de fonctionnaires municipaux pour contraindre certains ACS à mettre leur popularité au service du parti politique exerçant le pouvoir municipal. Ainsi, les élus locaux visent à recruter des alliés stratégiques, capables de prescrire des comportements non seulement sanitaires, mais aussi électoraux aux groupes sociaux avec

lesquels ils interagissent. *A contrario*, les ACS qui nient cette politisation se tournent plutôt vers le recrutement des ONG. Là non plus, les difficultés ne sont pas complètement levées.

Flairant le sentiment généralisé d'exaspération des ACS de fournir un travail gratuit sans lendemain meilleur, les agents des ONG ont commencé à contractualiser avec les ACS. Nos observations du processus de mise en œuvre des projets de santé locaux ont montré que le mode opératoire classique des ONG est de passer par les responsables de tutelle avant de démarrer un programme. Mais les ONG ont cherché à contourner ces fonctionnaires de santé très souvent en grève. Parmi les moyens de pression utilisés par les grévistes, la rétention des données est très usuelle : or sans ces données, les ONG ne peuvent pas établir des rapports d'activité et seront en retard dans les livrables à déposer auprès des bailleurs pour justifier les financements des programmes. « *Ce n'est pas possible de travailler avec des agents qui sont constamment en grève. Je comprends leurs revendications qui sont légitimes, mais nous avons aussi des délais à respecter* » (ESS, femme, responsable régional Marie Stop international). Les ACS qui ne font pas grève du fait de leur situation non statutaire, deviennent en ce sens un allié alternatif pour les ONG. Le renforcement de la collaboration avec les ACS assure aux ONG une survie et une crédibilité institutionnelle, permettant de répondre à l'impératif de résultats pour justifier les financements reçus des bailleurs. Cependant les ACS n'ont pas l'exclusivité de cette alternative qu'offrent les ONG. Ils sont concurrencés par les groupes non mandatés et les saisonniers de la santé.

Dans le domaine du travail local, le remplacement de l'État par les collectivités locales et surtout les ONG corrobore les travaux de Joseph Ki-Zerbo, qui considère que :

« Aujourd'hui, les États se décomposent parce que les programmes d'ajustement structurel ont été imposés avec l'idée fixe que l'État était la forme la moins bonne pour gérer les affaires communes. [...] L'État néocolonial a été remplacé par le privé. Mais comme le privé africain n'est pas implanté solidement, la suppression de l'État en Afrique a laissé un vide considérable. L'État, en fait, n'est remplacé par rien ; les gens ont perdu l'habitude de l'État africain traditionnel et ne se sont pas approprié l'État moderne de type colonial. C'est un grand déficit qui, en réalité, ouvre la voie à une sorte de chaos qui n'existe nulle part ailleurs. Ce vide est rempli par les plus riches et ceux qui se sont hissés au pouvoir ». (2003, p. 68-69).

Cette configuration laissant la gouvernance locale à la discrétion des acteurs dominants repose sur une absence de réglementation qui justifie le recours pragmatique à la main d'œuvre bénévole et entretient le flou sur cette occupation.

1.3. Bénévolat, volontariat, salariat : un statut changeant

De nos observations et entretiens dans les centres et les postes de santé, il ressort que les contrats proposés aux ACS ne s'accompagnent pas de tous les privilèges d'un contrat à durée déterminée légalement institué, donnant droit à la couverture sanitaire, à la retraite, aux primes, aux paiements des heures supplémentaires, etc. Le volontariat proposé par les ONG est, quant à lui, formalisé par un contrat co-signé entre l'ACS et les représentants locaux de l'organisme. Et l'ACS recruté reçoit des bulletins de paie mensuels. Contrairement au bénévolat non statutaire, le « volontariat partiel » dont nous parlons ici procure aux ACS un « semblant » de statut, c'est-à-dire qu'il instaure des contrats de travail informels (sans engagement signés des deux parties) réductibles à la gratification numéraire. Mais, malgré leur différence, les deux formes de volontariat restent foncièrement informelles et nient le cadre législatif qui détermine la protection sociale des individus engagés dans une mission de service civique.

Encadré n° 13 : le dispositif législatif sur le volontariat jusqu'ici non appliqué aux ACS

« *Ce n'est pas parce que la générosité est une herbe sauvage qu'il ne faut pas la cultiver* »

Sharon Capeling-Alakija,

Coordonnatrice exécutive, volontaires des Nations Unies, 1998-2003.

C'est sur ce principe universel que les pays membres de l'Organisation des Nations Unies ont été conviés à élaborer un cadre juridique et législatif pour accompagner l'engagement pour autrui. S'il est admis que le bénévolat est non statutaire, le volontariat ouvre, quant à lui, le droit à une prise en charge *a minima* du/de la volontaire qui bénéficie d'une couverture socio-sanitaire, d'une rémunération monétaire en dessous du salaire minimal, à la charge de la structure bénéficiaire des services (ONU, 2001). S'inscrivant dans cette mouvance internationale, l'État sénégalais a promulgué la loi 98-25 du 7 avril 1998, portant sur l'institution d'un service civique national, pour encadrer le volontariat. D'antan réservé au seul service militaire, ce dispositif législatif a été élargi aux services civils en 2001 à l'aune de la proclamation de l'Année internationale des volontaires par l'Organisation des Nations Unies. C'est dans ce cadre que les modalités de prise en charge des volontaires sont fixées par décret présidentiel, sur proposition du ministre de la Jeunesse, de l'environnement et de l'hygiène publique :

Article 1. — Les volontaires du service civique national reçoivent un pécule⁸⁶ appelé indemnité de subsistance de volontaire (ISV). L'indemnité de subsistance de volontaire n'est pas un salaire. C'est une contribution aux frais (transport, restauration et hébergement) du volontaire.

⁸⁶ Le pécule n'est pas un salaire et ceci explique l'absence de référence au SMIG. Au Sénégal particulièrement, le salaire de base connaît des évolutions depuis plusieurs années : 1996 = 36 243 francs CFA [55,25 euros], 2018 =

Article 2. — Le taux de l'indemnité de subsistance du volontaire est fixé à trente mille francs CFA par mois, au cas où aucun autre frais du même genre n'est pris en charge par le Service civique national, au profit du volontaire.

Si le volontaire est en service dans un programme avec un régime de cantonnement, il lui est directement versé un pécule de dix mille francs CFA par mois.

Article 3. — L'indemnité de subsistance de volontaire est à la charge du Service civique national et/ou de la structure utilisatrice du volontaire.

Article 4. — Les volontaires du Service civique national ont droit au remboursement, par le Service civique national, des frais de prise en charge médicale dans les formations sanitaires et hospitalières publiques.

Article 5. — Les prestations donnant droit au remboursement concernent :

- ▶ les examens médicaux (y compris les analyses) ;
- ▶ les soins externes ;
- ▶ les hospitalisations ;
- ▶ la fourniture des médicaments nécessaires au traitement.

Art. 6. — Le Premier ministre, le ministre des Forces armées, le ministre de l'Economie et des Finances, le ministre de la Santé et le ministre chargé de la Jeunesse sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel.

Fait à Dakar, le 13 décembre 2001

Abdoulaye WADE, Président de la République du Sénégal

Source : Journal Officiel du 9 février 2002, Sénégal.

Cet encadré met en exergue des acquis législatifs du volontariat au Sénégal que les « nouveaux » responsables de tutelles omettent dans leur contractualisation. Cela entretient le flou autour du travail bénévole des ACS. Toutefois, bien que le bénévolat soit assimilable au terme anglo-saxon *volunteer*, les dimensions émiques permettent de bien circonscrire les deux concepts. En effet, le bénévolat signifie « *une action libre sans rémunération pour la communauté* » (Ferrand-Bechmann, 2000, p. 13), mais le volontariat est défini comme une forme d'engagement à temps plein pour une durée déterminée, qui ouvre le droit à des indemnités et à la prise en charge de certains droits sociaux. C'est son caractère d'entre-deux qui fait dire à Danièle Demoustier (2002) que le volontariat apparaît soit comme un « super-bénévolat », soit comme un « sous-salariat ». Le volontariat dont il s'agit ici permet l'obtention d'indemnités, mais n'ouvre pas droit à une couverture sociale.

Le recours pragmatique aux ressources humaines bénévoles prend le pas sur le terrain. Du côté de l'État, il est question de miser sur la main d'œuvre des ACS (en principe gratuite) pour satisfaire conjointement la demande de santé au niveau périphérique et stabiliser la masse salariale, en maintenant la politique de gel des recrutements dans la fonction publique. Selon

52 500 francs CFA [80,03 euros], 1^{er} janvier 2019 = 55 000 francs CFA [83,85 euros], décembre 2019 = 58 900 francs CFA [89,79 euros] (Source : Jeune Afrique, 03 mai 2018).

les responsables sanitaires locaux (fonctionnaires et gestionnaires trésoriers), il s'agit d'instituer le volontariat avec les ACS spécialisés, en défiance aux directives des autorités tutélaires (Direction des ressources humaines et cellule de santé communautaire), afin de les motiver à venir travailler. Les représentants des ONG intervenant au niveau périphérique ont, quant à eux, repris à leur compte cette initiative tout en ouvrant le volontariat à d'autres acteurs communautaires (relais temporaires). La généralisation de cette pratique marque le passage du bénévolat au « volontariat partiel » installant en même temps une iniquité entre les travailleurs. La parcellisation des activités sanitaires au niveau périphérique engendre donc une déprofessionnalisation de la gouvernance des ressources humaines bénévoles.

En privilégiant la qualification diplômante et l'engagement militant au détriment des « savoirs d'expérience » (Demailly, 2008), la gouvernance multipolaire creuse des inégalités dans le traitement des ACS et installe une iniquité entre les auxiliaires (Ridde, 2011 ; Hane, 2020). Comment ? En n'assurant des rémunérations monétaires qu'aux ACS spécialisés et aux agents municipaux de santé, les ACS polyvalents, particulièrement les relais et les dispensateur·trice·s de soins à domicile, sont devenus des laissés pour compte du système sanitaire. Par exemple, la prise en charge des maladies des ACS ou de leur famille est elle-même soumise à la logique de marché, de paiement tous azimuts dans les structures de santé lié à la gestion financière autonome basée sur le modèle néolibérale. Seules les *bàjjenu gox*, pourtant dernière catégorie créée, bénéficient d'une couverture sanitaire pour elles et leurs familles à la charge de l'État, afin d'encourager leurs rôles dans la prise en charge de la santé maternelle néonatale et infantile. Bref, le traitement inégal entre les travailleurs hospitaliers a pour conséquence une faible uniformisation du sens que les acteurs donnent à leur professionnalisation. D'autant que la déprofessionnalisation de la gouvernance des ACS décrit ci-dessus ne renvoie pas forcément à une déprofessionnalisation du groupe ACS. Au contraire, ce groupe est marquée par une dynamique interne et une mise en sens des voies de professionnalisation propres à chaque segment professionnel.

2. Ce que se professionnaliser veut dire

Étudier la professionnalisation sous l'angle interactionniste revient en effet à identifier les stratégies de différenciation des groupes professionnels. Au regard de la littérature, nous avons identifié 4 formes de différenciation. Tout d'abord, la différenciation par l'expertise est composée, d'un côté, par le savoir scientifique et, de l'autre, par le savoir d'expérience. Le premier caractérise les professions hautement qualifiantes telles que la médecine,

l'enseignement, le droit, etc. Le second détermine les petits métiers en constitution (cas des ACS) et donne une part importante à l'autodidaxie (Boltanski, 1978 ; Zufferey, 2018). Puis, la différenciation par la sphère d'activité procède par le contrôle des territoires professionnels ou *juridiction* (Abbott, 1988). Ensuite, la différenciation par la dominance professionnelle est relative à l'analyse des éléments qui garantissent des privilèges à un groupe professionnel. Selon Eliot Freidson, l'appellation « profession » ou « occupation » n'est pas importante, mais il invite à chercher à savoir comment les divers groupes professionnels définissent leurs frontières respectives et leurs domaines de compétences en contrôlant eux-mêmes les modalités de division du travail (Freidson, 1970). Enfin, la différenciation par la rhétorique touche tout ce qui est discours. Elle renvoie au récit de mise en cohérence en vue d'aboutir à une croyance de groupe, à une cohésion professionnelle autour d'une mission et de valeurs obtenant l'assentiment de la société entière (Paradeise, 1985).

Ainsi « *la professionnalisation, à la fois concept en vogue et catégorie récurrente des débats publics sur le travail, n'a rien d'un processus univoque et linéaire.* » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 437). Poser la question de la professionnalisation permet d'identifier les orientations professionnelles des segments d'ACS. Parce que tous les sous-groupes s'apparentent à « *des processus historiques de segmentation incessante, de compétition entre segments, de "professionnalisation" de certains segments et de "déprofessionnalisation" d'autres segments, de restructuration périodique sous l'effet des mouvements du capital, des politiques des États et des actions collectives de ses membres* » (Dubar, 2003, p. 58).

Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, les dynamiques multidirectionnelles du processus de professionnalisation des ACS sont une négation de la pertinence de la taxinomie institutionnelle et affirment à la place des segments professionnels : ACS spécialisés (aides-soignant·e·s, matrones, dépositaires pharmacie-IB), agents municipaux de santé (gestionnaires trésoriers et salariés municipaux) et ACS polyvalents (*bàjjenu gox*, relais, dispensateur·trice·s de soins à domicile). Le sens et l'orientation que les ACS donnent à leur professionnalisation repose fondamentalement sur la valorisation collective et la différenciation inter et intra segments professionnels. Si les individus, engagés au nom du bénévolat sanitaire, visent tous l'ascension sociale (*cf.* chapitre 1), se professionnaliser n'a pas la même tonalité auprès des individus composant les segments professionnels. La mise en exergue des rhétoriques sur l'utilité sociale, des signes de reconnaissance et des modes de pérennisation des revenus, a permis d'identifier trois manières distinctes de se professionnaliser, chacune propre

à un segment professionnel et qui se rapportent à des domaines spécifiques de l'espace public local.

2.1.Être un collaborateur permanent à l'hôpital

La notion de subordination traduit ici l'ensemble des relations professionnelles hiérarchiques entre le personnel qualifié et les personnels non qualifiés. L'évolution des tâches exécutées par les ACS spécialisés (aides-soignant·e·s, matrones, dépositaires pharmacie-IB) a été facilitée par une collaboration avec le personnel soignant durant plusieurs scènes d'interactions lors des formations ponctuelles et continues, comme nous l'avons montré dans le chapitre 1. Selon eux, leur professionnalisation passe par le respect des consignes des responsables de tutelle, le port d'insignes paramédicaux, l'apprentissage de compétences techniques et la recherche de diplômes permettant de se faire recruter.

Tous les districts n'offrent pas les mêmes opportunités de professionnalisation par subordination, car la collaboration professionnel/bénévole dépend fortement du profil du médecin-chef de district. De l'avis des acteurs — ACS comme personnel qualifié — les médecins-chefs de district expérimentés ayant suivi au moins une formation en santé communautaire⁸⁷, sont plus sensibles à la dynamique des ACS que ceux fraîchement sortis de l'Université. Ces derniers mettent souvent des barrières bureaucratiques entre personnel qualifié et personnel non qualifié installant ainsi un climat de tension pouvant entraîner parfois le découragement des ACS plus expérimentés.

« **R5** : *Nous avons un médecin chef communautaire. Tout ce que nous arrivons à faire, c'est avec son accord. Il nous aide et nous pousse à prendre des responsabilités.*

R8 : *Ah nous on a pas cette chance. Notre MCD [médecin chef de district] ne se préoccupe pas de notre sort. Il est plus intéressé par ses formations et ses séminaires. C'est à peine qu'on le voit. » (Focus group, mixte ACS région de Kolda et ACS région de Kaolack).*

En outre, les ACS spécialisés accordent une importance capitale aux insignes et aux comportements qui matérialisent leur appartenance à la communauté hospitalière. « *Je suis très active. À chaque fois que je rencontre une cible, je lui parle de santé. Je ne me lasse jamais.*

⁸⁷ Il s'agit de formation postdoctorale payante au cours de laquelle les nouveaux médecins sont initiés à la santé publique et à la santé communautaire par des professeurs en anthropologie, en sociologie, en géographie, en histoire de la santé.

J'ai beaucoup d'énergie (Rire). Je prends plusieurs minutes pour cette forme de sensibilisation occasionnelle... » (RDV, TN, matrone, 43 ans). La centration des relations sur les sujets sanitaires est la preuve que les échanges autour de la santé prennent le dessus sur le reste. « Comme tu le constates, mes tee-shirts blanc et vert, provenant des campagnes de prévention, et ma casquette sont mes tenues de travail [...] Parce que je suis tout le temps à l'hôpital. Je passe tout mon temps là-bas. On dirait que j'habite là-bas (sourire) » (RDV, PT, 39 ans, aide-soignante/dépositaire). L'intégration dans le monde sanitaire se matérialise par des modes d'habillement, des sujets de discussion et des lieux de fréquentation ramenant à la santé. En plus de l'intégration par la « présentation de soi », les ACS spécialisés adossent leur professionnalisation sur la délégation des tâches et leur rôle de substitution du personnel titulaire. En revanche, en dépit du rôle primordial des ACS spécialisés, la majeure partie d'entre eux ne sont pas qualifiés, malgré leur volonté de se former.

Par-delà des logiques numéraires pour la maximisation des gains (Tizio et Flori, 1997), les aides-soignant·e·s et les matrones affichent une volonté de qualification professionnelle. Ils espèrent, avec la continuité de leurs études formatives, devenir des assistant·e·s de sage-femme ou d'infirmier·ère. Pourtant, le paysage de la formation des agents de santé s'est beaucoup amélioré ces dernières années. En effet, le développement des ressources humaines du secteur de la santé a fait l'objet d'un plan national de formation du personnel de santé élaboré en 1996. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des centres régionaux de formation, la création en 2003 de la direction des ressources humaines et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation (ECPSS, 2017). Pour l'heure il n'existe aucune politique pour faciliter la formation diplômante des ACS spécialisés mise en place par l'État.

« Nous on ne connaît pas l'État. À part les formations de renforcement de capacité avant le démarrage des activités d'un programme de lutte contre la maladie, il n'y pas à ma connaissance de possibilité de se former ailleurs, à moins d'avoir beaucoup d'argent pour payer une formation privée. » (RDV, FN, femme, 27 ans, aide-soignante).

Néanmoins, des initiatives d'amélioration des formations sont entreprises par des acteurs locaux pour renforcer le rôle des ACS spécialisés. L'opportunité de compléter sa formation est souvent proposée aux aides-soignant·e·s, aux matrones et aux dépositaires pharmacie-IB dans le cadre de partenariats noués entre une structure de santé et des associations de la société civile. « Grace aux soutiens d'ONG locales, nos agents [ACS] bénéficient souvent de formations

polyvalentes en soin infirmier et maternel. [...]Elles sont quelquefois sanctionnées par une attestation. Mais j'avoue que c'est rare. » (ESS, FS, femme, 41 ans, infirmière). Les ONG comme *Ofad Naforé* et *Amref* basées dans la région de Kolda offrent des formations suivant des critères sociaux et expérientiels, parmi lesquels on peut citer l'absence d'activité rémunératrice de revenus, le fait d'avoir une utilité sociale validée par les autorités locales (chef de village/quartier, chargée de commission santé à la mairie concernée), de disposer d'une expérience de plus de 5 ans dans le bénévolat, d'avoir une recommandation du personnel soignant. À la fin de leur formation, les récipiendaires deviennent des agents dans les centres, les postes et les cases de santé dans leur localité respective. S'inscrivant dans cette même logique, certains gestionnaires trésoriers des comités de développement sanitaire financent — à hauteur de 50 %, voire 100 % — la continuation de la formation aux ACS spécialisés n'ayant pas pu obtenir de diplôme d'infirmier-ère ou de sage-femme à cause de difficultés financières. Ces initiatives présentent l'avantage de pallier les difficultés de déploiement des ressources humaines qui est un enjeu clef de l'amélioration de la qualité des soins dans les zones reculées des pays ouest-africains (OMS, 2014 c).

Les deux stratégies de financement de la qualification diplômante des ressources humaines, évoquées dans le cadre du Sénégal, viennent s'ajouter à d'autres, déjà mises en exergue par Jean-François Caremel et *al.* (2016), dans leurs analyses des problèmes de déploiement des ressources humaines en santé au Niger. Dans leur typologie, ils mettent en lumière six stratégies : 1) la réquisition du personnel des cases de santé pour venir soutenir le Centre de Santé lors des jours de forte influence de malades ; 2) la discrimination positive à l'égard des agents contractuels lors des formations pour leur faire bénéficier des *per diem* comme une gratification et un complément de salaire ; 3) l'implication des acteurs locaux (chef de village/quartier, maire) dans l'accélération de l'affectation d'un agent ; 4) le recrutement de personnel par les comités de développement sanitaire ; 5) l'offre d'avantages matériels aux agents de santé (logement, préparation de la nourriture et du linge, moyen de déplacement...) ; 6) la mise en œuvre de l'obligation de service en brousse (2016, p. 12-13).

Les initiatives de financement contribuent également à réduire, voire à annihiler, les initiatives personnelles de professionnalisation opérant comme des activités concurrentielles à celles préconisées dans le système de santé formel. Dans les centres ou les postes de santé où il y a de mauvaises relations professionnelles entre les matrones et les sages-femmes, on note des pratiques concurrentielles telles que l'avortement clandestin, en détournant l'usage originel d'un médicament comme le *misoclear*, appelé aussi *misopostol* (*cf. supra*, chapitre 3). Dans le

même sillage, la réduction des incitations financières mensuelles des déposataires favorise les ventes parallèles de médicament au sein même des établissements de santé. Les rapports professionnels ont donc une incidence sur les comportements des ACS. Les bonnes relations entre titulaires et bénévoles s'avèrent être un catalyseur des pratiques concurrentielles et un vecteur important de reconnaissance de proximité.

Au final, la proximité entre les ACS spécialisés et le personnel paramédical expose des limites objectives tant sur le plan paramédical que social. Elle révèle une trajectoire de professionnalisation uniforme des sous-catégories de matrones et d'aides-soignant·e·s. Elle permet de comprendre deux choses fondamentales. L'une concerne la collaboration étroite entre le personnel qualifié et les ACS spécialisés qui sous-tend le parrainage de la délégation des tâches, parfois sans limites ni supervision. Ce type de relation « inclusive » se déroule de manière consensuelle et s'intègre dans l'objectif d'améliorer l'efficacité de l'offre de service sanitaire. Les opportunités de financement de la formation des ACS spécialisés permettent à la fois de pallier le déficit en personnel qualifié et de limiter les formes de professionnalisation concurrentielles. Le modèle de groupe professionnel par subordination est caractérisé par une approche individualisée et ciblée dont les contours se limitent aux savoirs d'expérience (reconnaissance par le personnel qualifié et les populations) ou au savoir médical (diplôme paramédical). La professionnalisation des ACS spécialisés est caractérisée principalement par un volontariat reposant sur une indemnisation fixe et un rattachement à l'organigramme des centres et des postes de santé.

2.2. Devenir fonctionnaire municipal

Quand la gestion de l'argent représente un pouvoir d'influence ou de servitude, les relations socioprofessionnelles échappent difficilement à des conflits d'intérêts. Pourtant, la présence du conseil exécutif, dont les membres émanent des collectivités municipales, visait justement à annihiler ces velléités dans l'organisation des soins dans les districts (Ndoye, 2009). De concert avec le personnel qualifié, les agents municipaux de santé sont chargés de la gestion des recettes et de la répartition des dépenses, mais leurs décisions ne font pas toujours l'unanimité au sein du système sanitaire. Pour les populations usagères, l'indicateur phare d'appréciation de la mission des agents municipaux de santé est d'assurer la disponibilité des médicaments et la baisse du prix des tickets de consultation. *A contrario*, pour le personnel qualifié et communautaire, l'importance est de garantir la disponibilité des intrants utilisés pour le service et d'accroître les incitations financières des travailleurs. Face à ces attentes de part et d'autre

dans un contexte d'insuffisance des ressources, les agents municipaux de santé font preuve de créativité pour apaiser les tensions et consolider leur légitimité à la tête de la trésorerie des établissements de santé. À cet effet, ils instrumentalisent leur position stratégique pour satisfaire les acteurs de l'offre et de la demande. « *Je suis un agent municipal de la santé. Mon rôle est de promouvoir la transparence dans la gestion des recettes de la santé à travers la politique* » (ESS, ST, homme, 39 ans, membre comité exécutif de santé). L'initiative la plus commode est la constitution en force politique dans l'arène municipale.

Encadré n° 14 : Ascension en politique, le cas d'une ACS devenue adjointe au maire

En juin 2014, F. Baldé est devenue adjointe au maire à Kolda. Cet événement sonne comme un modèle de réussite pour les ACS. Ci-après nous reconstituons le récit de son parcours.

F. Baldé était une ancienne actrice politique : « J'étais une militante du parti socialiste avant même de devenir aide-soignante. C'est après la chute du régime de socialiste en 2000 que je me suis engagée en tant que sensibilisateur contre l'accouchement à domicile et la mortalité maternelle à Kolda », nous dit-elle. Son entrée en politique a été sollicitée par les acteurs politiques classiques, au regard de son influence sur les femmes et de sa popularité dans la localité. « J'ai été cooptée par monsieur A. B. Baldé pour l'aider à renverser le régime du parti démocratique sénégalais de la municipalité. Et, quand je me suis remis à la politique, toutes les personnes que j'avais aidées m'ont rendu l'ascenseur. J'ai facilité l'intégration de certains ACS dans le dispositif. J'ai assisté certaines femmes ainsi que leurs enfants dans la prise en charge de leur santé. Ils ont tous été à mes côtés. Vraiment ils m'ont rendu la monnaie de ma pièce », dit-elle ensuite avoir constaté. Son retour vers la politique et le soutien dont elle bénéficie de la part des populations locales traduisent une reconnaissance. Cela s'est matérialisé lors des élections municipales durant lesquelles elle se dit « être honorée par le score de 62 % qu'a obtenu la liste qu'elle dirigeait ». Ce qui lui a « valu de devenir aujourd'hui la 1^{re} adjointe au maire. *Alkhamdulilah !* Et je plaide fortement pour l'amélioration des fonds de dotation des établissements de santé ». Avant de conclure par des conseils envers les autres ACS en ces mots : « Je dis souvent aux autres [ACS] que tout est possible avec notre travail. C'est un métier très noble, mais le chemin est long avant de récolter les fruits. »

Ce qu'il faut retenir avec cette étude cas, c'est qu'elle n'est pas une nouvelle voie de réussite. Elle s'insère plutôt dans les modèles classiques d'ascension sociale. Son avantage est de reconforter les ACS dans l'idée qu'ils ne sont pas condamnés à rester dans la précarité. En même temps, elle instaure une instrumentalisation de l'engagement bénévole pour être un salarié municipal et réciproquement une instrumentation politique de l'engagement bénévole.

À la lumière de ce qui est dit dans cet encadré ci-dessus, nous pouvons souligner que les agents municipaux de santé adoptent le militantisme politique pour accroître leur marge de manœuvre dans les instances de décisions municipales. L'objectif de ce comportement est de réorienter en leur faveur les allocations de subventions ou d'augmenter les fonds de dotation des établissements de santé qu'ils dirigent. Même si, pour ces derniers, les initiatives émanent de bonnes intentions de leur part, leurs agissements sont diversement interprétés par les autres

acteurs : 1) les agents municipaux de santé estiment rechercher des moyens pour satisfaire les attentes internes (travailleurs) et externes (populations usagères) ; 2) les populations y voient plutôt un engagement communautaire teinté d'intérêt personnel ; 3) les travailleurs sanitaires (personnel qualifié et communautaire) pensent plutôt que ces activités chronophages éloignent les agents municipaux de santé de leur principale prérogative de contrôle et de gestion. Ils estiment que cela débouche sur des prises de décisions financières démotivantes, contraires aux attentes des travailleurs. Sans concéder de valeur épistémologique à l'une ou l'autre des trois formes d'interprétation des actions des agents municipaux de santé car ayant toute un fondement sociologique avéré, la professionnalisation des agents municipaux de santé à travers le regroupement en force politique dans les instances municipales alimente un débat polémique au sein des districts de santé. On peut apercevoir, en toile de fond de cette situation, la tension induite par la liberté de chaque structure de santé de définir ses propres orientations budgétaires. Cela constitue une brèche pour mettre en marche des projets personnels ou collectifs. Devenir membre des comités de développement sanitaire est un pas pour se rapprocher des populations et se constituer un nom dans l'arène politique et surtout devenir salarié. En essayant en vain d'assurer l'équilibre entre les attentes des travailleurs bénévoles et celles des populations bénéficiaires des soins, l'instrumentalisation des agents municipaux de santé constitue un frein pour le développement des centres et des postes de santé.

2.3. L'ACS prestataire, auto-entrepreneur ou tâcheron

Travaillant à ciel ouvert, les ACS polyvalents adossent leur professionnalisation à leur capacité à s'autodéterminer non seulement comme auxiliaires en santé, mais surtout comme intermédiaires sociaux. La position d'intermédiaires sociaux autorise davantage l'élargissement des espaces professionnels ainsi que des périmètres d'action, en nouant un partenariat avec toutes les parties prenantes du développement local *lato sensu*. En effet, les ACS polyvalents sont dépossédés des revenus fixes des ACS spécialisés et des agents municipaux de santé. Pour assurer la subsistance financière et professionnelle de leur segment professionnel, une caisse de solidarité associative est mise en place. Elle permet de générer quelques activités individuelles comme de petits élevages (poule ou chèvre), du maraichage (dont les produits sont commercialisés), de la transformation de produits agricoles (savons, poisson séché et fumé), de la vente d'articles vestimentaires (chaussures, tissu). L'un des projets d'auto-salariat le plus abouti est sans doute celui qui a réussi à intéresser des partenaires dans le financement de tout ou partie des frais de roulements d'une garderie d'enfant communautaire (*cf.* encadré, n° 15).

Encadré n° 15 : Wamburdu ou la garderie d'enfant communautaire

Le promoteur de cette initiative fait partie de la catégorie des bénévoles ayant des ressources relationnelles. Il est âgé de 49 ans, et capitalise près de 20 ans d'expérience dans le travail bénévole. Le plus haut poste qu'il a eu à occuper s'est traduit par le pilotage des activités d'éducation pour la santé du district. Pour mettre en place son activité, il est allé voir les responsables d'*UNICEF* dans la région de Kolda. Son idée émane d'une observation de l'organisation des villageoises de garderie des enfants appelés *bambani* en Peul. Quand les femmes vont aux *faro* (trad. rizière) ou aux champs, les grands-mères restées à la maison s'occupent des enfants. C'est cette pratique dans l'espace familial qui a été structurée et vulgarisée. Même si cette initiative a été impulsée par une personne, elle est aujourd'hui partagée avec d'autres travailleurs bénévoles, les relais en particulier.

« J'ai duré dans le métier d'acteur communautaire. Beaucoup de gens sont engagés dans ce travail à travers ma voix. Ce travail m'a tout donné : le respect, la reconnaissance, l'expérience, tout ! Ma plus grande satisfaction est la mise sur pied de ma garderie communautaire. Je l'ai nommée *wamburdu*, ce qui signifie pouponnière en *peul*. J'ai engagé des grands-mères pour qu'elles assurent la garde des enfants comme cela se fait traditionnellement. Pour y arriver, j'ai sollicité l'appui de partenaires pour les frais de location, les aliments pour préparer la goutée, la confection des tenues et l'acquisition du matériel d'hygiène. Les parents des enfants contribuent pour une modique somme de 500 francs CFA par mois avec laquelle je déduis une incitation financière des gardiennes d'enfants. Avec l'appui en vivres et en argent des partenaires étrangers, beaucoup d'enfants issus de familles démunies bénéficient d'une prise en charge communautaire de leur nutrition. La garderie communautaire est un rempart contre la malnutrition des enfants. Je suis satisfait pour cette réussite ! ».



L'absence de cotisation des membres dans les associations pluri-professionnelles dirigées par les relais et sa faiblesse dans les associations mono-professionnelles des *bàjjenu gox* rendent la caisse dépendante des subsides des commanditaires d'activités (ONG et autres ministères publics). De ce fait, en plus des activités effectuées pour le compte des structures sanitaires auxquelles ils sont rattachés, les ACS polyvalents participent à la prise en charge de la malnutrition et du développement familial pilotés respectivement par les agents de la primature et des ministères de la famille, de l'éducation et de la jeunesse. Mais l'élargissement des périmètres d'actions n'est pas synonyme d'abandon de l'identité professionnelle sanitaire. La volonté des ACS polyvalents de s'affilier à la communauté hospitalière est mise à jour à travers leur revendication de signes d'appartenance au corps paramédical : badges, tee-shirts, casquettes. Ces signes d'identification professionnelle permettent aux ACS polyvalents de prouver leur légitimité sanitaire aux yeux des populations, car même si les ACS polyvalents sont connus et reconnus au sein des postes de santé locaux, ils ne le sont pas lorsqu'il s'agit d'accompagner des patients dans les centres de santé, voire les hôpitaux régionaux.

*« J'ai plusieurs fois été empêchée d'accéder à l'hôpital Cheikh Ibrahima Niass de Kaolack par les vigiles. Pour eux, comme je n'ai pas présenté de carte professionnelle, je suis comme les autres accompagnants qui n'ont pas le droit d'accéder dans l'enceinte de l'hôpital en dehors des heures de visites. Alors que je devais impérativement orienter la famille d'une patiente originaire de mon village, admise en urgence à la maternité. On est resté dehors ! Les membres de la famille étaient intrigués et moi je n'étais finalement d'aucune utilité pour eux. » (RDV, CF, femme, 49 ans, *bàjjenu gox*).*

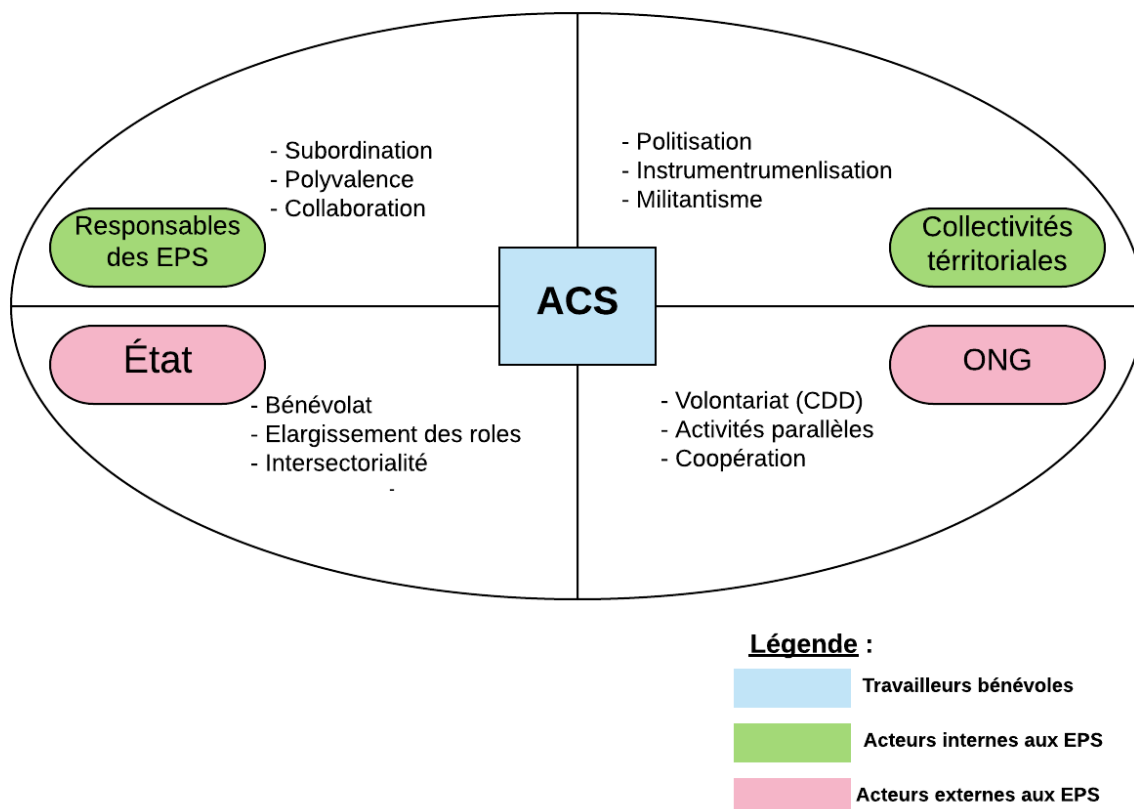
Comme nous l'avons déjà évoqué en introduction, c'est pour éviter de telles situations que la cellule de santé communautaire a confectionné, en 2018, 23 000 badges d'identification qui contribuent à les valoriser (Honnet, 2000 ; Voirol, 2005). À côté des badges, les tee-shirts et les casquettes distribués avant la mise en œuvre des interventions permettent de se confondre aux ACS spécialisés lors des interventions menées conjointement auprès des habitants (cf. encadré n°2 interdépendance en milieu scolaire). Dans ce même ordre d'idée, nos observations font ressortir que la réclamation d'attestations à la fin des formations préparatrices à la mise en œuvre des programmes permet aux ACS polyvalents d'archiver leur participation en se constituant un curriculum susceptible de les différencier avec les saisonniers de santé au besoin (voir annexe, n°10). Ainsi, la stratégie de professionnalisation des ACS polyvalents consiste à

garder un pied dans le système sanitaire tout en étant à l'affût de toute opportunité de prestation de service social à l'échelle locale. Ce positionnement à l'intersection des programmes de développement local fait penser au tâcheronnat, entendu sous son acception sociale et non juridique. Sur le plan juridique, le « *tâcheron est un maître ouvrier inscrit au registre des corps de métiers qui recrute à titre occasionnel des ouvriers, et qui leur fournit l'outillage et la matière première en vue de la réalisation d'un ouvrage déterminé* » (Article, L. 77, code du travail du Sénégal). Le tâcheronnat dont nous parlons ici suit le même principe, mais renvoie plus à des regroupements d'individus dotés de compétence sociale, qui sont contractualisés par des commanditaires de programmes, de manière formelle ou informelle, pour exécuter des activités de *care* auprès des populations.

En somme, les voies de professionnalisation des ACS sont disparates : les responsables sanitaires locaux proposent un volontariat aux ACS spécialisés ; les membres des commissions de santé des collectivités locales proposent des salaires aux agents municipaux de santé, tandis que les autres commanditaires de programmes publics (autres ministères) et privés (ONG) contractualisent occasionnellement des travailleurs et des travailleuses sociaux. Selon Didier Demazière et Charles Gadéa, « *En l'absence de réglementation et de codification formelle, les groupes professionnels sont des ensembles flous soumis à des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne.* » (2009, p, 20). Des directives peuvent provenir de l'État central, des autorités ministérielles, des collectivités territoriales, des ONG ou encore du personnel qualifié parfois sans la moindre coordination entre les acteurs. Auprès de ces responsables de tutelles des ACS, s'érigent des représentations et des attentes qui, souvent, n'ont aucun point de jonction.

Le schéma ci-dessous montre les discours des responsables institutionnels, l'absence de pérennisation des acquis et le mimétisme dans les interventions. Il laisse apparaître une gouvernance éclatée et multipolaire qui conduit à une assignation d'objectifs quelques fois contradictoires. En ce sens, au lieu de constituer un atout pour le dispositif local de prise en charge de la santé, elle entretient le flou sur les réponses institutionnelles idoines à apporter aux mobilisations socioprofessionnelles des ACS. La mise en œuvre du « partenariat privé - public » s'est soldée par une absence de coordination, d'harmonisation et de tri des activités à mener dans le système sanitaire. C'est dans un tel cadre qu'on assiste à un *imbroglio* autour des normes et des règles de fonctionnement paramédicales dans le système sanitaire qui promeut une redéfinition des statuts et des fonctions, des gestes techniques vidés de leur sens et une hiérarchie tirée vers le bas (Vidal et *al.*, 2005 ; Hane, 2020).

Schéma n° 5 : Un métier (re)modelé par des injonctions contradictoires



Chaque acteur institutionnel — État, ONG, collectivités territoriales et responsables locaux des districts — prend en charge une partie des revendications, suivant des logiques d'intérêt immédiat, laissant ainsi de côté la prise en charge de la problématique globale de la professionnalisation des ACS. La division des tâches de la gouvernance par le « haut » fragilise donc le rôle d'ACS et laisse entrevoir des intérêts irréductibles les uns des autres.

Au demeurant, « [...] il n'y a pas d'étalon du professionnalisme, ni de voie "normale" de professionnalisation, mais une série de processus empruntant des routes variées, tantôt vers des modalités diversement proches ou décalées du modèle classique de la profession, tantôt vers des logiques tout autres » (Demazière et Gadéa, *ibid*). En plus, la concurrence dans la professionnalisation pour établir ou défendre des zones de contrôle (« aires de juridiction ») implique *in fine* une redéfinition constante de l'activité professionnelle (Abbott, 1988). Dans cette logique, les sous-catégories d'ACS, en relation les unes avec les autres, font système parce qu'un changement de position (renforcement ou affaiblissement) pour l'une d'entre elles modifie la position des autres. Cet amas d'acteurs interconnectés aux objectifs et aux pouvoirs

inégaux démontre la vitalité du travail bénévole, jalonné par des appartenances identitaires concentriques.

3. Des sous-groupes structurants

Face à l'impossibilité d'une institutionnalisation homogène de leur métier, les ACS s'affirment plutôt comme un groupe hétéroclite, qui se professionnalise de manière hétérogène et circonstanciée. Leur hétérogénéité (existence de sous-groupes structurants) fonde même son dynamisme, tant dans l'occupation des aires de juridiction que dans les prises d'initiatives entreprenantes et la défense des intérêts individuels, comme nous venons de le voir. Le métier d'ACS renvoie à un travail à la marge du système sanitaire dont les parties sont plus fortes que le tout, mais elles ne le divisent pas forcément. Une segmentation, même moins cohérente, n'affaiblit donc pas le groupe, surtout si les individus s'illustrent sur différents fronts : local (lutte contre les revenus flottants et l'absence de couverture social à la retraite) et national (lutte pour l'intégration dans le système sanitaire). Ces activités semi-professionnelles se développent de plus en plus dans les pays en développement et contribuent à lutter contre le sous-emploi dans le monde rural et périurbain. L'essor du travail à la marge témoigne que la générosité et l'altruisme sont des ressources que les individus peuvent mettre à profit pour espérer un développement personnel et participer au bien-être sanitaire des populations. Mais dans ce processus de conversion du bénévolat, il est délicat de tracer *ex abrupto* les contours de l'articulation entre les identités au travail et les types de bénévolat.

L'hypothèse de l'homogénéité des catégories d'ACS a conduit l'OMS a publié en 2017 une typologie des agents communautaires (*cf. infra*, annexe n° 3) en prenant en compte les éléments essentiels de leur travail : sa nature, le temps consacré, les identités intrinsèques. En revanche, cette typologie de l'OMS ne prend pas en compte la spécificité des sous-catégories et occulte certaines catégories d'acteurs concernés par ces interactions (notamment les groupes non mandatés). Dans le cas spécifique du Sénégal, nous tentons d'aller plus loin en montrant que l'identité des ACS n'est pas statique mais plutôt composite. Elle combine leurs multiples appartenances identitaires à l'organisation sanitaire (fermée) et l'organisation associative (ouverte).

À travers l'exemple des infirmières en France, Marc Perrenoud et Ivan Sainsaulieu (2018) soulignent la possibilité théorique de l'intégration de diverses composantes identitaires ressenties au travail pour saisir les éléments constitutifs de l'autodéfinition des travailleurs. En

s'appuyant sur ces travaux, nous pouvons dire que l'identification des ACS se fonde sur des identités structurelles au système sanitaire et une identité collective ponctuelle créant un modèle d'identification concentrique. De nos observations et récits de vie, il ressort deux étapes de négociation identitaire et d'appartenance collective. L'usage du « nous » traduit, d'une part, un sous-groupe particulier dans lequel des individus partagent les mêmes conditions de travail, nourrissent les mêmes attentes vis-à-vis du système sanitaire (**identités au travail**), et dans lequel l'identification des ACS est déterminée par les interactions professionnelles. D'autre part, il y a une identité commune qui opère de manière ponctuelle dans la transcendance des considérations de travail, c'est un collectif composé d'habitants animés par la volonté de développement de la santé locale, des acteurs autochtones partageant des liens sociaux extra sanitaires (**identité transcendantale**).

3.1. De fortes identités au travail

Des études en économie sociale et solidaire ont tenté d'identifier les différentes identités des bénévoles. Elie Alfandari (2002) a réussi à établir une typologie dans son article : *le bénévole associatif, en quête de son identité*. Il fait remarquer qu'il y a d'abord des personnes qui ne participent pas aux activités, mais donnent leur contribution financière pour alimenter les fonds de roulement des associations ; puis, les personnes sociétaires des associations qui ont des obligations morales et juridiques ; enfin les bénévoles occasionnels qui proposent leurs soutiens physiques, matériels ou financiers aux membres titulaires des associations. Les ACS ne se situent dans aucun des cas parce qu'ils appartiennent certes à des associations et des mouvements distincts, mais leur engagement bénévole n'entre pas dans le cadre d'une association avec laquelle ils auraient des obligations financières ou juridiques. Les activités des ACS entrent en partie dans le cadre réglementaire du système sanitaire qui leur procure des identités structurelles.

Les modes de socialisation des catégories d'ACS débouchent sur des segments professionnels distincts, qui sont porteurs chacun d'une forme d'identité au travail (R. Sainsaulieu, 2014). On décèle en ce sens trois types d'identités au travail chez les ACS. Premièrement, une « identité affinitaire » caractérise les ACS spécialisés. Elle se forme autour du personnage de l'infirmier-ère/sage-femme (poste de santé) ou du/de la major/maitresse sage-femme (centre de santé) qui sont les responsables à plaire pour espérer un développement professionnel : responsabilisation, augmentation de la gratification financière, partage de canaux d'opportunités professionnelles offertes par les ONG, voire être recommandé à d'autres

structures de santé. La recherche d'un statut au sein des établissements de santé amène l'ACS spécialisé à devenir plus dévoué et loyal envers sa tutelle. L'existence personnelle dans le champ professionnel suit ici des normes unanimistes autour des ordres du personnel qualifié. Toutefois, si le modèle de professionnalisation des ACS spécialisés s'inscrit dans l'organisation des centres et des postes de santé, ceux des agents municipaux de santé et des ACS polyvalents s'inscrivent respectivement dans les registres politique et associatif.

Deuxièmement, les agents municipaux de santé (gestionnaires trésoriers et employés municipaux de santé) ont une « identité de retrait ». Ils estiment être dans le système sanitaire pour mieux servir leurs militants politiques ou mieux montrer les opportunités offertes par le militantisme politique. Ils entretiennent des relations professionnelles tendues avec les autres groupes et se sentent moins concernés par l'organisation du travail. En adoptant des stratégies individuelles pour gagner la sympathie des populations bénéficiaires des soins, l'objectif des agents municipaux de santé est d'atteindre le pouvoir dans le champ politique suivant des normes partisans.

Troisièmement, les ACS polyvalents, travaillant auprès des habitants, font face à la concurrence des saisonniers de santé. Il s'agit des cercles de maris, des *dimbatul* (groupe de femmes stériles), des grands-mères, des comités de veille et d'alerte communautaire, des *nijjay gox* (parrain de quartier/village) et des élèves et/ou étudiants qui s'adonnent au volontariat sanitaire. Pour se prémunir contre cette concurrence directe⁸⁸, les ACS polyvalents développent une « identité fusionnelle » par regroupement et coalescence. En réalité, l'objectif des ACS polyvalents est double : l'un vise à établir une *avoidance relationship* (Vollmer et Mills, *ibid.*) avec les saisonniers de la santé leur garantissant le monopole de la livraison des services de santé dans les campagnes de masse, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 ; l'autre cherche à contrôler le pouvoir économique dans l'espace local suivant des normes séparatistes.

Par ailleurs, si l'on se réfère à l'opérativité des concepts de champ, de normes et de valeurs au travail proposés par Claude Dubar (1998a), on comprend mieux la manière dont la socialisation et les trajectoires biographiques contribuent à la formation des segments professionnels. Le tableau ci-dessous présente une matrice dessinant les frontières et les spécificités de chaque segment.

⁸⁸ Les acteurs porteurs de projets de développement communautaire (APPDC), rattachés au ministère de la Famille, constituent des concurrents indirects du fait de la transversalité de leurs interventions qui touchent les domaines de la famille, de l'enfance, etc.

Tableau n° 14 : Matrice de cadrage du travail à la marge des ACS

<i>Type d'ACS</i>	<i>Champs d'investissement (« accès au pouvoir »)</i>	<i>Normes de comportement relationnel</i>	<i>Valeurs issues du travail</i>	<i>Type d'identité</i>
<i>Agents municipaux de santé</i>	Politique	Individualisme	Représentants politiques	Retrait
<i>ACS polyvalents</i>	Économique	Séparatisme	Représentants des groupements d'ACS	Fusionnelle
<i>ACS spécialisés</i>	Professionnel	Unanimité	Quête de statut	Affinité

Toutefois, l'identification des ACS transcende parfois les différenciations internes (Champy, 2019) matérialisées par des préoccupations personnelles liées au renforcement des compétences. Elle renferme également une volonté de préservation de l'utilité sociale de l'activité bénévole, d'entretien du capital d'autochtonie en mettant en avant une sorte d'interdépendance systémique dans le travail. Comme nous l'avons vu à travers le front commun pour lutter contre la concurrence des saisonniers ou pour préserver l'utilité sociale de leur métier aux yeux des populations, les ACS forment un collectif compact lorsqu'il s'agit de préserver leur métier et d'en afficher la facette sociale centrée sur les préoccupations des habitants.

3.2. Une identité transcendantale faible

Les ACS ont donc une seconde identité se rattachant à leur « communauté de pratiques », contrairement à la communauté morale liée à leur statut de bénévole. L'identité des ACS est emboîtée dans des « cadres sociaux de l'expérience » (Goffman, 1973). Les identités au travail, c'est-à-dire celles exprimées durant les activités routinières dans le système sanitaire sont les plus prépondérantes, alors que l'identité transcendantale est à la « marge » du travail, elle est plus circonstanciée et permet de donner une cohérence et une originalité à leur groupe (Paradeise, 1985 ; Champy, *op. cit.*). Par exemple, étudiant la mise en place d'un système de pointage téléphonique dans un collectif de travail d'aides à domicile, Christelle Avril (2009) a montré que l'objet du conflit pouvait transcender le clivage qui opposait initialement les travailleuses sur l'introduction de ce dispositif, portant atteinte à leur autonomie.

Depuis les années 2000, le système sanitaire sénégalais est le théâtre d'un bras de fer entre le personnel soignant et l'État. Les mobilisations pour la revendication des salaires impayés, des

primes, des heures supplémentaires, des indemnités de logement paralysent le service médical qui brille par l'absence du personnel qualifié dans l'offre de soins. De vives tensions liées à des grèves répétitives, des rassemblements syndicaux, des freinages des services médicaux éclatent au jour le jour avec des impacts sur les acquis récents en matière de santé préventive. À ce propos, l'économiste de la santé Latsouk Gnilane Diouf (2018) pense que les conséquences affectent la lutte contre les maladies endémiques telles que la tuberculose, le paludisme, le VIH ou encore les programmes de vaccination. Les ruptures viennent anéantir les efforts du Sénégal qui a enregistré ces dix dernières années une baisse constante de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme (Diouf, *op. cit.*).

Ces résultats ont été obtenus avec l'implication des ACS dans le traitement intermittent chez les femmes enceintes. Ils se sont chargés du rappel, voire de l'administration des doses de sulfadoxine pyriméthamine auprès des femmes enceintes pour réduire les épisodes de paludisme chez la mère, l'anémie fœtale, la parasitémie placentaire, le faible poids de naissance et la mortalité néonatale (PNSC, 2014). Si le personnel qualifié, salarié de l'État, trouve de l'intérêt dans les actions syndicales, les ACS, quant à eux, trouvent leur utilité sociale dans la continuité des services de santé parce qu'ils y gagnent des retombées financières et des circonstances favorables à leur légitimation aux yeux des populations. Sur le plan financier, on l'a vu, les ACS sont rémunérés à partir des performances financières des établissements de santé (recettes journalières) ou des *per diem* octroyés après la participation aux programmes destinés aux populations. Tous les horaires des ACS sont volontairement impactés durant ces périodes de turbulence. Les matrones doublent leurs temps de service pour masquer l'absence des sages-femmes. Leurs horaires de travail peuvent varier de 3/7 jours à 5/7 jours. Les aides-soignant·e·s leur emboîtent le pas, en travaillant 5 jours au lieu de 2. La qualité perçue des soins par les patient·e·s obéit à une logique socioéconomique. En effet, compte tenu de leur éloignement géographique, les populations affluent dans les centres ou les postes de santé dans lesquels les ACS sont présents 24 h/24 h.

« **R4** : *Je me rends à l'hôpital (centre de santé) de Médina Yoro Foulah parce que je connais GD, il travaille là-bas. Je l'appelle avant d'y aller pour qu'il me dise de venir ou non. [...] Je préfère cette structure parce que tu ne perds pas ta matinée et courir le risque d'être en retard dans la préparation du déjeuner. Même si la grande docteure (terme indigène signifiant maitresse sage-femme) est absente, les autres peuvent te prescrire une ordonnance.* » (Focus group, femmes enceintes).

La logique économique (ne pas payer deux fois les frais de transport) compte autant dans le recours aux soins que la logique de qualité objective des soins (qualification des agents trouvés sur place). Pour ces habitants éloignés, l'assistance d'ACS pour les frais médicaux non pris en charge par la politique de gratuité⁸⁹ mise en place par l'État (achat de ticket, des médicaments), constitue une condition de facilitation de l'accessibilité financière et géographique aux soins. Parallèlement à la volonté de préservation de leur santé financière, les ACS travaillent avec ardeur durant les périodes de turbulence afin d'obtenir le soutien des populations et de renforcer le sentiment d'utilité sociale à leur égard (Paradeise, *op. cit.*). Sur le plan symbolique, en l'absence de régulation tutélaire les périodes de turbulence ouvrent une brèche à l'expression d'une volonté commune des ACS de se démarquer et de se singulariser par rapport au personnel qualifié. Dans ce monde sanitaire, les ACS se coalisent pour montrer leur appartenance aux populations locales contrairement au personnel qualifié qui est souvent originaire d'autres localités. Cette coalition inclusive se justifie par une mission de développement individuel permettant aux ACS d'être associés à l'effort de l'amélioration de la santé globale des populations locales, mais encore au profit personnel dont devrait jouir un travailleur. En un mot, on note une sorte de convergence des préoccupations à la base de la formation d'une conscience de groupe d'ACS dans le but de préserver leur utilité sociale.

Finalement, on convient que l'«*hétérogénéité du groupe n'est pas antinomique de la production de l'action collective*» (Poulard, 2020, p. 238). L'identité transcendantale des ACS est faible parce qu'elle repose sur des rassemblements sporadiques, moins intenses que ceux développés au sein des segments professionnels. Ainsi le groupe des ACS est caractérisé par, ce que Rue Bucher et Anselm Strauss appellent une unité «*apparente*» ou «*de façade*» (Bucher et Strauss, 1992). Mais, aussi fragile soit-elle, l'identité transcendantale permet de comprendre les ressorts de l'unité des ACS, dès lors que l'on considère l'unité des groupes non plus comme un état stable et harmonieux, mais simplement comme une capacité collective à agir qui peut bénéficier au groupe (Hénaut et Poulard, 2018b).

3.3. Identités au travail et types de bénévolat

La réalité des identités professionnelles des ACS ne suit pas la taxinomie officielle dans laquelle les instances institutionnelles semblent l'enfermer. Elle émane plutôt de la situation du travail,

⁸⁹ Depuis 2013, les soins sont gratuits pour les enfants sénégalais âgés des moins de 5 ans. S'agissant de la santé reproductive, la gratuité concerne les médicaments de prévention contre la maladie (prophylaxie contre le paludisme, traitement antirétroviral), la césarienne et les produits contraceptifs (EDS-Continue, 2018). Le paiement du ticket de consultation et l'achat d'ordonnances restent à la charge des familles.

notamment des modes de coalescence et de différenciation entre les sous-catégories, sous-tendue par le climat social de l'hôpital sénégalais. Les mouvements de grève des salariés fonctionnaires conjugués avec les conflits autour de la gouvernance des établissements de santé contribuent à diversifier les tribunes de présentation de soi. Ainsi autant de scènes d'identification se présentent aux ACS durant lesquelles ils sélectionnent une identité conforme au rôle qu'ils souhaitent incarner. Cette dialectique entre identité au travail et identité professionnelle laisse transparaître une forme d'identité concentrique avec, d'une part, de fortes identités au travail et, d'autre part, une faible identité partagée. Les ACS comme groupe semi-professionnel « *sont pris dans des tensions, qui se manifestent chaque fois différemment, entre unité et hétérogénéité* » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 440). La coalition des ACS vise à répondre aux attentes des populations bénéficiaires sur l'utilité sociale des ACS, à assurer leur survie économique et à développer leur compétence technique. De plus, l'identité partagée qui prend forme au sein des regroupements politiques ou associatifs vise à améliorer les conditions de travail. Les deux types d'identités ne s'opposent donc pas, mais elles se complètent. Dès lors, comment elles s'articulent avec les types de bénévolat ?

Les travaux d'Andrée Fortin et *al.* (2007) se sont intéressés au rapport entre l'engagement bénévole et les formes identitaires corolaires suivant la dialectique de la rupture et de la continuité, comme nous l'exposons dans le tableau ci-dessous. Selon eux, le bénévolat s'inscrit dans l'identité de la personne « *à la fois [comme] geste moral et affirmation identitaire ainsi que l'expression d'une responsabilité* » (Fortin et *al.*, 2007, p. 44). Pour le cas des ACS, la dialectique repose sur leur attachement à la cause de santé globale des populations (continuité) et leur intéressement à la mobilité sociale, économique, professionnelle de leur activité (rupture).

Tableau n° 15 : Types de rapports à l'engagement bénévole ou manières dont le bénévolat s'inscrit dans l'identité de la personne

	<i>Rupture</i>	<i>Continuité</i>
<i>Altérité</i>	1. Singularité	3. Humanité
<i>Identité</i>	2. Communauté	4. Proches

Source : Fortin et al. (2007, p. 48).

Les auteurs identifient 4 types de bénévoles. 1) Le bénévole qui affirme sa singularité. Il est souvent dans la rupture avec un groupe et une situation passée. Ce type correspond aux ACS ayant une identité de retrait, notamment les agents municipaux et les superviseurs

communautaires. 2) Le deuxième type de bénévole se centre à la recherche de sociabilité. L'engagement vise à trouver des pairs, un groupe de semblables. Il s'agit des ACS développant une identité affinitaire avec le personnel soignant (matrone, aides-soignant·e·s) 3) Le troisième type est axé sur la contribution à une cause, la vie communautaire, la solidarité, la défense de certaines valeurs. Ce type renvoie plus à l'identité fusionnelle des *bàjjenu gox* et des relais/aides à domicile. 4) Dans le quatrième type, ce qui prime ce sont les proches ou les « autrui significatifs ». L'action bénévole est vécue par conséquent, comme un moment privilégié de réflexion sur soi, son rapport aux autres et à ses communautés d'appartenances (Gagnon et Sévigny, 2000). L'identité transcendantale des ACS et des membres des groupes socioreligieux non-mandatés (*dimbatul*, grand-mère de *mbumba*, sœurs-infirmières, talibés, etc.), qui par ailleurs ne sont pas des ACS (cf. chapitre 3, p. 134-139), entre dans ce registre.

La particularité du modèle des identités concentriques des ACS réside dans le fait qu'il combine deux indicateurs de la rupture et de la continuité dans un seul type d'identité. Plus précisément, il y a une jonction entre la démarcation vis-à-vis d'une situation pré-ACS et la volonté de se rapprocher d'un groupe professionnel (rupture) dans les identités au travail. Cela va de même avec l'identité partagée qui elle recouvre la participation à la production d'une solidarité collective et le sentiment d'aider les proches, les *autrui-significatifs*. Il faut néanmoins répéter que l'identité au travail, provenant des trajectoires biographiques et des modes de socialisation, est plus accentuée que l'identité transcendantale actualisée de manière occasionnelle. Cette hiérarchisation des structures cognitives (individuelle vs collective) s'explique, d'après Jean-Claude Abric (1994) reprenant la théorie de Serge Moscovici (1960) sur les représentations sociales, par le fait que certains éléments sont centraux, tandis que d'autres restent périphériques. La centralité relève des caractéristiques partagées par l'ensemble des sujets du groupe, tandis que la périphérie concerne les aspirations individuelles des sujets (Moliner, 2001 ; Renard et *al.*, 2012). Les ACS oscillent donc entre deux registres d'appartenance : individuel (satisfaction personnelle) et holistique (satisfaction de la collectivité), qui rendent les sous-groupes plus structurants que le groupe ACS et débouchent sur des carrières en dents de scie.

4. Des carrières sans professions ? Le sentiment de réussite sociale des ACS

Les ACS ne s'affirment pas comme un groupe social, ni de classe, ni de trajectoire commune ni de profession. Dans son étude concernant les enseignants en France, Raymond Bourdoncle

(2000) identifie cinq éléments constitutifs d'une profession : le groupe et les personnes, la formation, les savoirs et l'activité sont cinq éléments constitutifs de la professionnalisation permettant de caractériser une profession. Si l'on applique ce modèle sur l'activité des ACS, on obtient un résultat mitigé. D'une part, le groupe des ACS est devenu une association de travailleurs menant des activités pour obtenir un droit unique à exercer l'activité (Dubar, 1996). Les personnes exerçant l'activité se construisent des identités au travail dérivant de leur socialisation professionnelle. La formation a également connu des évolutions. Elle ne repose plus exclusivement sur l'apprentissage sur le tas, car aujourd'hui toute nouvelle recrue, à l'exception des gestionnaires trésoriers et employés municipaux de santé qui possèdent souvent un savoir en gestion financière, suit un stage de formation de trois à six mois au sein du centre de santé. C'est seulement après cette formation portant, entre autres, sur la communication de proximité, l'éthique paramédicale que la personne est redéployée dans la structure de santé polarisant son village/quartier. À côté de ces acquis s'érigent des défis. En fait, le savoir ACS n'est pas abstrait, organisé et validé selon un critère d'efficacité et de légitimité. À cette absence de la professionnalisation des savoirs s'ajoute la contingence de la rémunération monétaire du travail d'ACS qui est encore perçu et exercé de façon gratuite. En un mot, tous les éléments constitutifs d'une profession ne sont pas au rendez-vous.

Comment un groupe peut-il être marginalisé dans un système et, paradoxalement, qu'on puisse parler de réussite des travailleurs ? À défaut de réussite professionnelle, les ACS expliquent leur accomplissement de soi dans l'aventure du bénévolat par des expériences heureuses. L'échec professionnel est ainsi comblé par le sentiment de réussite sociale dans la carrière d'ACS.

La notion de carrière renvoie à un processus biographique qui permet de décrire le cheminement des acteurs à travers une même occupation ou série d'occupations. Son caractère éclectique mérite toutefois un éclairage. Il existe, en effet, plusieurs types et temps de carrières correspondant à une tranche de vie qui lui est propre (Vézinat, 2016). Selon Everett Hughes, elle traduit le

« sens moderne et large de parcours suivi par une personne au cours de sa vie, et plus précisément au cours de la période de sa vie durant laquelle elle travaille. Cependant cette période, pour être comprise, ne doit pas être dissociée de l'ensemble. En ce sens, tout le monde a une carrière » (1996, p. 175).

Pour illustrer ce propos, l'auteur cite le cas des pêcheurs :

« *Le travail de pêcheurs en haute mer, qui partent de Hull pour l'Atlantique Nord, est si éprouvant, si dangereux (le risque est grand, notamment de devenir infirme) que, vers l'âge de trente-cinq ans, les pêcheurs sont soit promus officiers sur des bateaux de pêche (à force de travail et d'études), soit ils sont réduits à faire de basses besognes sur les docks pour un salaire de misère* » (*ibid.*, p. 179).

Suivant cette optique, Nadège Vezinat (*ibid.*) illustre plusieurs exemples permettant de mieux saisir le début de carrière d'un individu : celle du sportif ne dure qu'un temps (plus ou moins long selon la discipline et le niveau de pratique), celle de parents ne commence qu'avec l'arrivée d'un enfant, celle de citoyens actifs dépend de l'âge légal permettant un engagement. Elle soutient que la mise au jour des étapes d'une carrière permet de saisir les moments où un revirement est encore possible. Les stades intermédiaires ou *turning points*⁹⁰ sont importants à étudier pour saisir les bifurcations procédant à la réussite ou à l'échec d'une carrière (Bessin, 2009). On retrouve un processus classique (Hughes, *ibid.*) qui va de l'initiation à la culture professionnelle, par rupture avec le monde profane, à la conversion à une nouvelle identité, une nouvelle vision du monde et de soi. En Europe, les ingénieurs connaissent un autre tournant décisif avec la stabilisation du couple, l'arrivée des enfants et un déménagement résidentiel concomitant (Sainsaulieu, Surdez, Zufferey, 2019). Précisons que nous n'allons pas revenir sur leur initiation et leur conversion au métier d'ACS (*cf.* chapitre 1), mais nous explorons les formes de carrière des ACS, suivant le triptyque entrée-bifurcation-sortie dans l'activité. Cette exploration offre la possibilité de révéler les différents types d'aboutissements du travail ACS dans leurs dimensions individuelles. Les carrières individuelles sont de deux formes : linéaire et bifurquée. Et elles aboutissent respectivement à des carrières vécues comme échec professionnel ou comme réussite sociale.

4.1.Échec professionnel des carrières linéaires

Les carrières linéaires sont celles vécues exclusivement dans le respect des rôles socio-sanitaires et caractérisent les ACS ayant effectué les mêmes tâches durant la phase active de leur engagement bénévole jusqu'à leur retraite. En termes clairs, une carrière linéaire est généralement celle qui cherche l'avancement professionnel en respectant strictement la

⁹⁰ La première étape d'une carrière déviante consiste, selon Howard Becker, à commettre une transgression de manière intentionnelle. Ce premier pas place le déviant dans un point de bifurcation où il peut soit revenir au groupe en respectant la norme, soit entamer « *un cycle d'amplification de la déviance* » (1985, p. 60).

segmentation professionnelle assignée à sa sous-catégorie. On retrouve cette forme de carrière chez les ACS de faible ancrage communautaire, qui se satisfont des retombées sociales (reconnaissance des populations) et organisationnelles (gratifications récurrentes ou occasionnelles). Les carrières linéaires peuvent donc définir tous les ACS de tous segments confondus, mais elles caractérisent particulièrement les travailleurs des centres et des postes de santé.

Composés souvent d'hommes et de femmes de même génération, les agents municipaux de santé œuvrent chacun de leur côté à augmenter leur popularité auprès des populations afin de favoriser des promotions dans l'occupation de poste de responsabilité politique dans les collectivités territoriales. À l'instar des éducateurs médico-sportifs (Chantelat et Perrin, 2009), les agents municipaux de santé ont vécu l'entrée dans le métier d'ACS sur un mode enchanté. L'horizontalité de leur carrière tient au fait qu'ils n'ont pas fait l'expérience du désenchantement du monde professionnel qui est susceptible de fragmenter les aspirations personnelles (Davis, 1966). Aussi, leur statut de fonctionnaire municipal permet d'avoir des droits sociaux.

En revanche, le témoignage ci-après d'une ancienne matrone montre que les ACS empruntant une carrière linéaire sans une coloration politique perçoivent celle-ci comme un échec relatif.

« Parfois, j'étais traité comme un "bon à rien". Cela me faisait plus mal que les incitations modiques. [...] Cela venait à la fois de la population et des responsables (infirmier-chef ou sage-femme). C'est plus ça qui m'a poussé à arrêter de travailler. Je ne supportais plus que des individus ayant l'âge de mes enfants me manquent de respect. Ma seule satisfaction dans ce travail est l'amour que je porte à la santé » (RVD, BD, ancienne matrone, 21 ans d'expérience).

Moins focalisé sur l'accumulation matérielle, l'échec apparaît plus lié à une faible reconnaissance de la part du personnel qualifié et des populations elles-mêmes.

Si selon les ACS spécialisés l'absence de reconnaissance symbolique est plus déterminante dans les carrières vécues comme un échec, de l'avis des relais et des dispensateur·trice·s de soins à domicile c'est l'absence de protection sociale après l'exercice du travail bénévole qui est mise en avant.

« *Nuit et jour, matin et soir, j'ai participé à des campagnes [sanitaire]. Regarde (il montre des attestations et des photos sur son téléphone ainsi qu'en format papier). Ça prouve vraiment le travail colossal abattu pour améliorer la santé des populations [...]. Mais actuellement j'ai arrêté. [...]. Imagine-toi, même quand on est malade, on prend dans notre poche pour se soigner. Pendant ce temps-là, les *bàjjenu gox*, qui sont les dernières venues, bénéficient de la couverture maladie universelle du gouvernement. Elles peuvent se soigner gratuitement.* » (RDV, DD, femme, 46 ans, ancienne relais, 17 ans d'expérience).

Cependant, les ACS se limitant au seul secteur sanitaire et empruntant une carrière individuelle semblent dépossédés de l'engagement qu'ils ont porté dans le travail bénévole. Leur désenchantement se manifeste par le déni de la retraite, la reconversion professionnelle au travers de la réinvention d'un travail associatif après leur vie active (participation aux événements associatifs) (*cf. infra*).

4.2.Réussite sociale des bifurcations de carrières

Les bifurcations de carrières sont celles qui se poursuivent dans d'autres domaines d'activités susceptibles de garantir la réalisation de soi, l'ascension sociale. Elles recoupent une phase active dans le travail ACS et une phase de retrait suite au décrochage d'un emploi (ONG ou municipalité) ou à la mise en place d'une activité entrepreneuriale individuelle.

« *Je dois tout au bénévolat. Si aujourd'hui je suis superviseur communautaire c'est grâce à mon engagement et à la confiance des populations et du personnel qualifié. [...]* J'avoue que maintenant je passe rarement au centre de santé » (RDV, FF, femme, 44 ans, ancienne aide-soignante, devenue superviseur de projet de santé).

Si pour les ACS ayant quitté le secteur public pour le secteur privé, la bifurcation de carrière réduit l'intensité des relations avec les anciens collaborateurs dans le système de santé formel, pour les ACS agissant comme groupe d'entrepreneur l'exercice d'une autre activité renforce leur collaboration avec les usagers de l'hôpital côtoyés dans le cadre médical. En effet, des regroupements des ACS polyvalents, ouverts aux divers métiers d'ACS (relais, mais aussi aides-soignant·e·s, matrones, dispensateur·trice·s de soins à domicile, *bàjjenu gox*), s'engagent dans d'autres secteurs d'activité déconnectés du cadre sanitaire donnant ainsi une tournure oblique à leur carrière. La pratique d'activités socioprofessionnelles peut les amener à écourter leur carrière de travailleur bénévole pour saisir les opportunités qu'offre le marché socio-

sanitaire dans leur localité respective. Les activités mises en place vont de la vente (crème, glace, jus locaux, tissus, chaussures) à l'élevage (production et vente d'œuf et de poulet de chair), en passant par les services pour petite enfance (garderie communautaire) et la location (chaises, bâches, salles de réunion). Ces initiatives sont souvent soutenues par les acteurs hospitaliers.

« Nous louons cette salle au personnel sanitaire. Le district de Kasnack est notre premier client. Toutes leurs réunions se tiennent ici dans cette salle. [...] Nous vendons nos poulets et nos œufs aux responsables locaux des programmes de récupération des enfants malnutris aigüés et modérés. Ils passent leur commande tous les mois. C'est avec ça que notre business marche bien (sourire) ! » (local associatif, JDT, 2019).

Le personnel soignant et les habitants constituent la clientèle des produits vendus et des prestations de service proposées par les ACS. La réussite des carrières individuelles est, à cet égard, fortement tributaire de la densité du tissu micro-économique local. Investis en même temps dans plusieurs secteurs d'activités, les ACS éprouvent un sentiment de réussite dans le travail bénévole. Il s'agit notamment des agents municipaux de santé et des ACS polyvalents qui s'activent simultanément dans les secteurs politique, associatif et sanitaire. Leur professionnalisation est conçue à partir d'une formule individualisée à laquelle la solidarité associative devient un marqueur fort d'appartenance à une même communauté socio-thérapeutique. *« Mes premiers clients sont le personnel de santé. Hommes et femmes, je leur vends des tissus et des chaussures artisanaux durant les grandes fêtes d'Eid⁹¹ ! »* (RDV, DB, femme, 49 ans, ancienne matrone, devenue vendeuse).

Les relations changent même de nature, et pas qu'un peu : de « collègues » ou « collaborateurs », on est dans des relations marchandes, de vendeur à client. Cela témoigne de l'existence d'un véritable marché socioéconomique parallèle à la prise en charge de la santé.

4.3. Le partage de savoirs expérientiels et du carnet d'adresses

Si le désenchantement des carrières individuelles est révélateur d'une carrière active vécue comme un échec, cet échec est rattrapé par le partage de savoirs expérientiels et l'élargissement du carnet d'adresses. La carrière d'ACS repose sur ces deux principaux piliers sur lesquels s'adosse le sentiment de réussite qu'éprouvent les ACS.

⁹¹ Ce sont les fêtes musulmanes du mouton (*Tabaski*) et de la fin du mois de jeûne (*Korité*).

D'une part, le savoir acquis qui est plus l'apanage des ACS spécialisés se glorifiant par des termes comme « je sais faire », « j'ai appris à faire ». En conseillant les ACS actifs à propos du fonctionnement des associations et rattrapent leur manque de temps lors de leur vie active par une omniprésence dans les activités des organisations communautaires de base (regroupement, association, groupe *WhatsApp/Facebook*).

« Même si l'hôpital n'est pas reconnaissant vis-à-vis de mes services, grâce à mon travail de relais et d'ASC [aide-soignant], j'ai gagné le respect de tous les habitants de mon village. même avec mon âge (Sourire), je reste incontournable : j'ai été responsable des clés de la mosquée, personne-ressource pour les activités de développement local, secrétaire général association sportive et culturelle. Il y a même d'autres responsabilités que j'oublie. Je suis le trésorier du groupe des séniors de notre grande place [arbre à palabre]. Donc je rends grâce à Dieu. » (RDV, KN, 59 ans, ancien relais/aide-soignant).

Les ACS inactifs mobilisent leur statut social de « doyen-ne » pour s'épanouir au sein de la communauté des ACS et accèdent à une forme de « reconnaissance à la retraite ». Les carrières des ACS ont un penchant collectif visant à asseoir une sécurité sociale post occupation ACS. Le bénévolat sanitaire comme service civique national met les personnes engagées dans une situation de précarité institutionnelle qu'elles essayent de combler par un prolongement de leur carrière en utilisant leurs savoirs expérientiels. Au début ou à la fin de la carrière, le collectif est lui-même perçu comme une ressource symbolique à partir de laquelle se crée un lien communautaire de solidarité, comme on l'a vu avec les groupements de femmes et les associations de relais (*cf.* chapitre 5). Qu'importe le niveau d'implication de l'individu dans les structures associatives, à travers l'interconnaissance simplement, elle dispose d'un capital humain qu'elle peut mobiliser dans certaines circonstances pour satisfaire ces besoins sociaux.

D'autre part, les ACS polyvalents et les agents municipaux recourent à la construction de réseaux extra-communautaires et se targuent d'expressions comme « je connais untel », « j'ai été dans tel lieu ». Par exemple, eu égard à leur âge avancé ou à leur faible qualification diplômante, les *bàjjenu gox* apprécient l'importance de leur carrière d'ACS au regard des opportunités d'estime de soi offertes aux membres de leurs familles.

« Grâce à mon rôle d'ACS, j'ai connu monsieur le ministre BB. Il a aidé mon fils dans ses études en lui octroyant une bourse. [...] Il est actuellement à l'université de Saint

Louis, mais Dieu merci il n'a aucun problème financier. Ce geste est très important à mes yeux ! » (RDV, KB, 48 ans, bàjjenu gox).

« De tous les habitants de notre village, je suis la seule à être allé à l'hôtel King Fahd Palace [Plus grand hôtel de Dakar]. J'ai pris la parole devant de hauts responsables : le ministre, les docteurs, les agents du ministère. Voilà leur carte de visite. [...] Bien sûr, je suis content de connaître ces personnes importantes, parce que grâce à ces connaissances je suis devenue intouchable (sourire). Le personnel soignant et les habitants me respectent plus et ma voix est plus écoutée. » (RDV, NF, 47 ans, bàjjenu gox).

Du fait de la prise en compte partielle des aspirations professionnelles par les responsables sanitaires et les populations locales, l'élargissement du carnet d'adresses permet de trouver une certaine satisfaction professionnelle et un sentiment d'accomplissement dans la carrière d'ACS.

En définitive, une même expérience bénévole peut donner lieu à des rendements hautement différentiels selon la trajectoire sociale des bénéficiaires : simple supplément d'âme pour les mieux lotis, arsenal de survie pour les plus démunis (Simonet, 2010). Le cas des ACS renvoie plus à un moyen de survie pour donner corps à leurs aspirations professionnelles. Avec l'accroissement de leur nombre (environ 25 000 en 2019) et la diversification des membres, l'absence d'uniformisation des acquis aggrave les inégalités de carrières qui affectent négativement non seulement les entrants, mais aussi les membres de leurs familles respectives. Cette situation mérite un réexamen de la gouvernance pointilliste des ACS dont la conséquence intrinsèque est la prise en charge partielle de la santé des populations précaires. En l'état actuel, cette prise en charge renvoie plus à une réponse aux urgences qu'à une gouvernance planifiée pour un changement de l'état de santé globale des populations à moyen et à long terme.

Conclusion chapitre 6

Les ACS sont bien construits et promus par les politiques de santé internationales et nationales, et les acteurs qui gouvernent ces politiques. Mais du fait de leur clivage en trois segments professionnels, se professionnaliser n'a pas la même tonalité pour les ACS. Chaque segment professionnel emprunte un chemin de professionnalisation différent, par individualité ou par un collectif. Dans sa métaphore du capital social, Ronald Burt (2005) soutient l'idée selon laquelle les personnes les mieux connectées aux réseaux sociaux locaux bénéficient de meilleurs rendements de leur rôle à travers deux processus de négociation : la fermeture de groupes (*closure*) et la position de courtage (*brokerage*). Quid des ACS ?

Le volontariat partiel des aides-soignant·e·s, des matrones, des dépositaires pharmacie-IB, d'une part, et la salarisation des agents municipaux, d'autre part, résultent tous deux de stratégie de *closure* des réseaux paramédicaux et politiques. Seuls les ACS affiliés à ces sous-groupes bénéficient d'une carrière individuelle. Réussir dans ce type de carrière de travailleur bénévole nécessite l'acquisition de compétences techniques ou de militer en faveur du parti municipal en place (militantisme de contemporanéité). Aussi, l'auto-salariat et le tâcheronnat des *bàjjenu gox*, des relais et des dispensateur·trice·s de soins à domicile sont bâtis sur le courtage (*brokerage*). Ils se situent à l'intersection des mondes sociaux (sanitaire, social et économique) et créent de la valeur en les reliant. En s'ouvrant aux secteurs politique et économique, les ACS polyvalents en relèguent au second plan les préoccupations sanitaires.

Au-delà des opportunités d'emploi offertes par le système sanitaire, celles qu'offre le tissu social, politique et économique local structurent l'orientation des carrières des ACS. Tous les ACS ne souhaitent pas faire carrière exclusivement dans le système sanitaire et on pourrait penser que ces aspirations professionnelles équivoques bloquent la constitution en corps de métier, comme l'a déjà montré Carine Ollivier (2009) dans ses travaux portant sur les écrivains publics. Un autre aspect est la difficulté à devenir professionnel, au sens de travailleurs reconnus, payés : difficulté d'avoir un sous-marché/sous-secteur professionnel propre. Pour l'heure, les formes de professionnalisation des ACS se dispensent, peu ou prou, de l'interventionnisme de l'État et sont porteuses de dynamique communautaire dans le développement de la santé locale.

CONCLUSION DE LA PARTIE II

L'unité des ACS atteint son point culminant quand elle découle d'une nécessité conjoncturelle à coordonner leurs actions afin de prouver leur utilité sociale. Ici, les femmes et hommes mettent en avant leur interdépendance. En mutualisant leurs efforts, les ACS revendiquent l'amélioration des conditions de travail bénévole qu'ils mettent en relief avec le développement des établissements de santé. Cette conscience de groupe est faible, elle ne vise pas un changement structurel des conditions de travail bénévole et n'aboutit pas à un mouvement social au sens classique du terme. Les ACS ne cherchent pas donc à renverser un ordre social établi en s'appuyant sur le potentiel subversif du travail de *care* (Moliner, 2013). Leur unité sporadique cherche plutôt à régler des difficultés ponctuelles en développant une résistance au travail. De ce fait, elle renvoie plus à une stratégie professionnelle défensive qui vise le changement à long terme, de manière parcellaire, suivant les spécificités des contextes des districts sanitaires. La faiblesse de leur conscience collective explique la forte segmentation observée, qui sous-tend et témoigne des diverses dynamiques de professionnalisation des ACS.

En mettant en avant l'individualité ou le collectif, trois segments professionnels (spécialisés, politiques et polyvalents) arpentent des sentiers de professionnalisation distincts. D'une part, composés d'aides-soignant·e·s et de matrones, les ACS spécialisés mènent des actions de professionnalisation individualisées. En d'autres termes, ce sont des personnes singulières en ce sens qu'elles font montre de loyauté et de subordination à leurs supérieurs hiérarchiques afin d'élargir leurs responsabilités dans le travail, avec pour objectif plus large d'améliorer leur statut professionnel individuel. Vécue comme une sorte d'ascension sociale par les ACS, cette professionnalisation ne vise pas de reconnaissance juridique : elle se matérialise plutôt par une augmentation des numérations mensuelles et une liberté dans l'exercice d'actes paramédicaux. D'autre part, les « bénévoles ressources intellectuelles » et les « bénévoles ressources relationnelles » sont dans une logique collective de professionnalisation. Ainsi les *bàjjenu gox* et les relais/dispensateur·trice·s de soins à domicile ont recours aux solidarités féminines et associatives. L'objectif principal est d'accroître leurs revenus en nouant des partenariats et en développant l'auto-entrepreneuriat. Les seconds, gestionnaires trésoriers et agents municipaux de santé, s'appuient plutôt sur les structures politiques locales. C'est à partir de ces répertoires

organisationnels que se développent des groupes de pression capables d'infléchir les modalités de recrutement en faveur de leurs militants.

En définitive, on peut penser que la dialectique de l'affrontement ou de la confrontation avec les autres groupes crée de la cohésion, comme un groupe en soi devient pour soi. Mais la représentation du groupe est encore à l'état d'ébauche. Elle s'intensifie de manière conjoncturelle durant les moments de légitimation professionnelle, particulièrement lorsque le personnel soignant est en grève. En plus, elle est traversée par des clivages intra-professionnels. Pourquoi ? Parce que dans la dialectique, avant d'être pour soi, il faut être en soi. Autrement dit, il faut avoir des intérêts en commun. Or c'est là que le bât blesse : comme nous l'avons vu, une logique systémique de domination et de contre-pouvoir est à l'œuvre dans ce mini-champ où s'ébauche un groupe professionnel. Parcours de relations de pouvoir et de logiques de domination, le groupe des ACS n'a pas d'homogénéité structurelle.

L'existence d'un processus de segmentation et de clivages genrés attestent d'un manque de cohésion interne (Dubar, Tripier, Broussard, 2015). Sans accéder au statut sociologique de groupe professionnel, le groupe des ACS subsiste comme un ensemble flou à l'instar des cadre en France (Gadéa, 2003). Ni classe, ni profession, ni emploi, le groupe des ACS est bien représentatif de ces activités semi-professionnelles si nombreuses dans les pays africains mais aussi ailleurs, du fait de la multiplication des formes de travail intermédiaires entre bénévolat et salariat, de stages et d'apprentissages (Cadet et Guitton, 2013 ; Glaymann, 2019). Le travail étant massivement informel dans les pays du sud et largement contractualisé dans les pays anglo-saxons, ne peut-on pas voir d'autres exemples de groupes frontières (Ollivier, 2009), constitués de manière éphémère ou occasionnelle, récurrente ou sporadique, contre un adversaire commun ?

L'idée de travail à la marge résume alors bien la possibilité d'exercer un métier dans un espace-temps donné, sans les commodités d'un travail formel. C'est bien ici une logique de mobilisation contestataire qui permet au groupe de se trouver uni, même si elle a lieu le plus souvent à bas bruit. Ainsi, un lien minimal réunit les ACS, dont le front laisse des traces éphémères, mais renouvelées, comme la mer qui se retire à marée basse.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche visait à décrire et à comprendre les mobilisations socioprofessionnelles des acteurs communautaires de santé (ACS) alors qu'ils ont pris part au dispositif d'offres de santé par le biais du bénévolat. Pour atteindre ce but nous avons effectué plusieurs séjours de terrain, 4 courts (2 mois) et 2 longs (6 mois), qui nous ont permis d'enquêter à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sénégalaise. En outre, nous nous sommes munis d'une approche théorique empruntant des concepts et une démarche méthodologique aux champs de la sociologie du travail, du genre et surtout des groupes professionnels et de l'anthropologie du développement. Nous postulons en effet que seule la conjugaison de ces deux champs de connaissance peut rendre explicite la nature des relations entre les acteurs et fournir quelques explications à cette problématique qui commence à intéresser les chercheurs (Goretti Legonou, 2019). Le prolongement de la théorie des mobilisations discrètes (Sainsaulieu, 2012 ; Bouilly, 2019) a été fécond pour expliquer, à la fois, les points de tension soulevés par la professionnalisation des ACS et les répertoires organisationnels sur lesquels reposent les discours et les pratiques de ce métier.

Dans cette thèse, nous montrons que les ACS, par une mobilisation particulière, recréent un lien communautaire. Cette idée repose sur deux principaux postulats. L'un stipule que le *community empowerment*, en visant à renforcer la capacité des populations dans la prise en charge de la santé, a incidemment contribué à l'avènement d'un groupe professionnel composé de travailleurs sociaux non statutaires sur lequel repose désormais une majeure partie des activités de santé communautaire. Le *community empowerment* est caractérisé par une coexistence de tensions permanentes entre des systèmes hiérarchiques et des agrégats divers en fonction des oppositions de territoires professionnels. La rivalité agit plus, y compris dans un groupe bénévole censé servir la population, que le lien avec la population. L'autre postulat veut que, du fait de rapports utilitaristes entre l'individu et l'État puisant ses sources dans l'histoire coloniale et néocoloniale, le bénévolat en Afrique subsaharienne s'opère plus dans l'espace privé que dans l'espace public. L'engagement bénévole sur injonction des pouvoirs publics est perçu par les acteurs sociaux comme un signal favorable pour faire de la transaction marchande,

voulue par les acteurs directement concernés et suscitée par les acteurs indirects (populations, responsables locaux, etc.).

Pour mettre nos résultats en perspective et ouvrir des pistes de recherche futures, nous allons revenir sur trois aspects centraux de notre thèse : les effets de la démocratisation de la pratique paramédicale dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, les formes de professionnalisation, de carrières alternatives, ainsi que la portée heuristique des mobilisations à bas bruit dans la transformation qualitative des sociétés africaines, sénégalaise en particulier.

La démocratisation de la pratique paramédicale, un couteau à double tranchant

Les ACS sont des pivots incontournables dans la délivrance des soins de santé dont le rôle permet de maintenir le flux de patients et, par conséquent, de la rentrée de recettes provenant de l'achat des médicaments. On note d'abord une série de glissements de tâches vers le haut, typiques d'un processus de professionnalisation. Les dispensateur·trice·s de soins à domicile se rapprochent de plus en plus des aides-soignant·e·s. Au début de leurs activités, ils ne s'occupaient que de la prise en charge du paludisme. Maintenant, certains parmi eux gèrent les infections respiratoires aiguës et les diarrhées. Les *bàjjenu gox*, choisies parmi les femmes leaders pour améliorer les indicateurs de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent à travers des activités de plaidoyers, de causeries, etc., s'accommodent de plus en plus des fonctions des relais, telles que la récupération nutritionnelle, la distribution de produits de contraception. Les ACS femmes, travaillant au sein des centres et des postes de santé, cumulent de plus en plus la fonction d'aide-soignante, de matrone et de dépositaire pharmacie-IB. Sans oublier que, du fait du taux d'échec élevé aux concours d'État diplômant (infirmier, sage-femme et aides-soignant·e·s), on remarque davantage d'arrivées sur le marché du bénévolat des agents brevetés, avec des diplômes d'école, sans diplôme d'État. Cette configuration kaléidoscopique révèle une chose importante : les ACS d'aujourd'hui sont substantiellement devenus plus compétents, ce qui pourrait contribuer à améliorer la qualité des prestations de services, à pallier les difficultés de redéploiements du personnel et à renforcer la participation communautaire.

Par ailleurs, les ACS et le personnel paramédical sont de plus en plus homogènes, du moins en matière de compétences. Cette horizontalité des rôles soulève une question de gouvernance et d'équité dans le traitement des travailleurs de santé au niveau périphérique. Des non-diplômés font le même travail que des diplômés salariés, mais restent encore pour la plupart du temps invisibilisés. Par conséquent, la carrière des ACS s'assimile à une nouvelle forme d'exploitation du travail (Simonet, 2018b) qui peut avoir des incidences sur le délivrement des soins.

Si les ACS sont socialisés de manière polyvalente et permanente dans le dispositif d'offre de soins quid de la déprofessionnalisation des métiers paramédicaux ? Souvent analysée de façon linéaire, la déprofessionnalisation du métier paramédical a d'abord une origine structurelle. Pour rappel, les PAS imposés par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale dans les années 1980 ont eu pour conséquences les gels de constructions d'hôpitaux et de dispensaires et de recrutement de fonctionnaires, créant des disparités régionales (Gobatto, 1999). Dans le contexte de mon enquête, la déprofessionnalisation se décline plutôt à travers la dégradation du service de soins due notamment aux grèves du personnel titulaire pour revendiquer de meilleures conditions de travail. Concomitamment les espaces professionnels qu'ils libèrent sont occupés par les ACS pour offrir des services alternatifs. Ces dérives, bien qu'étant dénoncées par les responsables sanitaires locaux, constituent des réponses individuelles des ACS contre leur invisibilité dans le systèmes.

Une professionnalisation à la marge du système sanitaire

Les ACS sont actuellement du nombre des métiers émergents dont « *l'utilité sociale est proclamée, mais demeurent peu formalisées, faiblement structurées, mal rémunérées* » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 437). La réalité sous-jacente des mobilisations socioprofessionnelles à bas bruit des ACS est de lutter contre la marginalisation et l'invisibilisation de leur travail. S'appuyant sur des clivages de genre et des associations mixtes, les ACS tentent de s'institutionnaliser à travers des fronts unis pour mettre leurs préoccupations à l'agenda des décideurs locaux et sortir de la marge, comme ce fut le cas des femmes noires dans la société américaine dans les années 1950 (Bell hooks, 2017). Cependant, les diverses pratiques militantes débouchent sur des alliances stratégiques parcellaires et des trajectoires de professionnalisation autant individuelles que collectives. Deux types de carrières (linéaire et bifurquée) se développent à la marge du système sanitaire et permettent aux ACS de s'épanouir relativement dans le travail bénévole.

D'un côté, la valorisation individuelle se manifeste par le développement de pratiques de transaction interne (vente de médicaments parallèlement, des avortements irréguliers) et externe (commerce, garderie d'enfant) aux établissements publics de santé. Les ACS ayant réussi à se faire recruter peuvent aussi, parallèlement, prétendre à une carrière collective en participant aux activités associatives. De l'autre, la valorisation collective repose sur la construction d'une affiliation à la communauté hospitalière (casquette, badges, tee-shirts, attestation après les formations) et sur une solidarité corporative (micro crédit, cagnotte,

acquisition de local, location de chaises/bâches). Les ACS engagés dans la solidarité communautaire au sein des associations mettent en place des activités socioéconomiques rentables et durables dans l'espace marchand périphérique. Par conséquent, les ACS menant une carrière individuelle ont plus de marge de manœuvre.

L'émergence de la fonction soignante (Hane, 2007 ; 2018), voire de groupes professionnels, ne se fait pas exclusivement par un rattachement institutionnel ou par le contrôle d'un métier par le diplôme. Il passe également par des formes de valorisations individuelles et collectives des acteurs au « ras du sol », qui se réfèrent autant à l'institution qu'elles s'en passent. En revanche, même si les aspirations des ACS sont parfois concurrencées par les directives du système formel, ils ne se détachent pas complètement de celui-ci pour autant, car ils y trouvent une source de légitimation de leurs actions qui rend possible un retournement du stigmatisme de la périphérisation des ACS.

La « périphérisation » s'opère par l'occupation des espaces sociaux, économiques, politiques périphériques faisant suite à leur mise à la marge du système sanitaire. Des individus en situation d'exclusion valorisent différemment leur position en développant une offre de biomédecine parallèle, des partenariats entre les membres de la société civile et les instances sanitaires, publiques et privées, du commerce socio-sanitaire. Sur le plan professionnel, la périphérisation participe activement à émanciper la professionnalisation des ACS du système sanitaire et à ouvrir des fenêtres d'accomplissement de soi reposant sur les opportunités intrinsèques de l'environnement immédiat. À cet effet, la professionnalisation des ACS s'effectue à géométrie variable, puisant sa source dans les avantages symboliques de l'engagement bénévole. Sur le plan du développement, on assiste à un début de renversement des rapports hiérarchiques entre le centre et la périphérie, un déplacement de la focale qui annonce le début d'une introversion des ressources humaines des instances organisationnelles... nécessaires à la gouvernance du développement local (Olivier de Sardan, 2009).

Le propos des mobilisations sociales, dont nous venons de voir un exemple professionnel, n'est pas seulement de changer la société, mais aussi de préserver l'autonomie du groupe (Mamdani et Dia Wamba, 1995). Cette « *crystallisation d'activités collectives, autonomes par rapport à l'État* » (*op. cit.*, p. 49) fait du groupe des ACS, la frange féminine en particulier, un acteur central de la lutte pour le développement de la santé locale. Le rôle social des ACS dans la définition de l'historicité de la prise en charge de la santé maternelle néonatale et infantile et

des rapports de pouvoirs locaux ne repose pas sur une intentionnalité contestataire, mais sur des actions spontanées et discrètes, exploitant, au fil du rasoir, la structure des opportunités contextuelles. Cet exemple de progrès social, qui se déploie dans une situation de faiblesse de l'État (Ellis et Van kessel, 2010), suggère d'accorder plus d'importance aux mobilisations à bas bruit dans les études visant à identifier le moteur du changement social en Afrique subsaharienne. Cela est d'autant plus nécessaire afin d'éviter de reproduire des cadres théoriques décalés de la réalité empirique lorsqu'il s'agit de rendre compte des formes de dissentiment populaire dans les terrains africains (Siméant, 2013).

L'émergence de promesses a-topiques dans les mobilisations à bas bruit

La cosmogonie négro-africaine accorde une place privilégiée à la démarche consensuelle et à la discrétion dans la mise en œuvre de l'action publique. En effet, des entrepreneurs de cause, notamment des chefs religieux ou coutumiers, des membres d'organisations de la société civile, des membres de regroupements de femmes, font de la médiation pour apaiser le climat sociopolitique (libération de prisonniers politiques, arrêt des marches et des affrontements entre forces de l'ordre et jeunes chômeurs) ou pour plaider une cause (lutte contre l'excision, arrêt de la rébellion en Casamance). On pourrait penser en ce sens que la mobilisation à bas bruit constitue un autre avatar de la sociologie des mobilisations appliquée aux terrains africains (Siméant, *op.cit.*), dans la mesure où sa dimension négociatrice le rapprocherait des phénomènes de médiation sociale ou d'indignation des acteurs apolitiques. La mobilisation à bas bruit n'est pas un mouvement social contestataire qui utilise la grève, l'affrontement, l'exigence du renversement des rapports de force (sociale, économique) et de l'ordre social établi dans une société (Neveu, 1996).

Ni médiation sociale ni simple indignation, les mobilisations à bas bruit renferment un potentiel subversif, comme c'est le cas des ACS. Nous définissons alors la mobilisation à bas bruit, comme un passage à l'action dans l'espace public par des acteurs légitimes dans le domaine considéré et dont la capacité d'insuffler le changement social, économique, politique, professionnel, à travers un rapport de force implicite, réside foncièrement dans l'évitement d'un éventuel ébruitement de son intention individuelle ou collective. Elle repose sur trois piliers fondamentaux. D'abord les acteurs sont mobilisés (sollicitude), puis ils se mobilisent (prise de conscience) et enfin ils mobilisent (amplification des légitimités, création de collectifs et vulgarisation de la lutte).

La mobilisation à bas bruit dans le cadre de l'étude des ACS sénégalais prend une forme silencieuse privilégiant la négociation à l'affrontement, la restauration de l'équilibre social à la révolution. Dans un système sanitaire fortement bureaucratisé où les ACS constituent un groupe dominé, le choix de la discrétion pour mener leurs actions individuelles et collectives n'est pas voulu, mais subi. La discrétion demeure donc pour les ACS une condition *sine qua none* pour atteindre les objectifs de reconnaissance, voire de professionnalisation qu'ils se sont fixée.

La mobilisation à bas bruit des ACS émancipe les personnels titulaires d'une grande charge de travail du fait de la supériorité de la demande par rapport à l'offre de soin. Dans le même temps, elle permet à la frange féminine des ACS d'occuper des rôles sociaux dans l'espace public, faute de mieux s'insérer dans le tissu socioéconomique local. En plus de la dimension émancipatrice, déjà présente dans des travaux ultérieurs (voir notamment Sainsaulieu 2017 ; Bouilly, 2018), la mobilisation à bas bruit des ACS comprend aussi l'autonomie sanitaire et la défense de territoires professionnels. Dans l'une, on note une augmentation de l'offre de soins autorisant aux populations usagères des centres et des postes de santé de bénéficier d'un service autonome par rapport à la disponibilité du personnel titulaire. Enfin, la mobilisation à bas bruit comporte des types d'organisations spontanés, comme les segments professionnels ou institutionnalisés comme les associations, pour la défense des territoires socioprofessionnels. Au sein des ACS, la compétence technique devient une pomme de discorde entre spécialisés et polyvalents, tandis que ces deux segments de regroupent pour contrecarrer les stratégies de monopolisation par les municipaux des recrutements locaux. En s'appuyant sur les syndicats de travailleurs titulaires (*And gëssëm* par exemple), les sous-groupes d'ACS tous confondus — spécialisés, polyvalent et municipaux — forment un collectif ayant des revendications arrimées pour ensemble monter au créneau au niveau national pour réclamer leur insertion dans la fonction publique.

À l'issue de cette thèse, on peut penser l'articulation entre la santé participative, les formes d'engagements décousus des acteurs locaux et les mobilisations à bas bruit. Il y a une atopie de cette mobilisation professionnelle, parce qu'elle n'est pas dans la profession, ni dans l'État ni dans les ONG, elle est à l'état de promesses, une promesse que les ACS s'occupent de leur développement — individuel et collectif. Au Sénégal en particulier, les acquis de cette approche sont :

- La création d'un département de santé communautaire dans les Universités (exemple : Université de Bambey, région de Diourbel, au centre du Sénégal) ;

- Le développement d'écoles privées de proximité formant des aides-soignant.es et des aides-sages-femmes ;
- L'octroi de bourses d'études par des ONG locales (exemple : *Ofad Naforé* à Kolda) ;
- Le financement des associations d'ACS par des ONG locales pour mener des activités rémunératrices de revenus (exemple : Action pour le développement-ACDEV, Ameref) ;
- L'implication des comités locaux de développement sanitaire dans l'éradication des difficultés liées au déploiement des ressources humaines dans les zones reculées par des enveloppes financières visant à donner une « seconde chance de formation » aux ACS brevetés.

Il y a là l'émergence d'une forme de progrès social qui nécessite des moyens pour s'épanouir face à des défis réels. On peut citer notamment le caractère masculinisé des instances de recrutement engendrant des inégalités de genre, défavorables aux femmes lorsqu'il s'agit de recrutements salariés alors que, paradoxalement, elles sont plus représentatives. Et l'absence de cadre d'harmonisation et d'articulation des initiatives privées, ouvrant sur un remplacement de la morale de l'action publique par la morale de l'action privée, visiblement plus développée et plus dynamique.

Au regard des résultats sur les logiques sociales traversant la mise en œuvre de programmes de santé communautaire, notre thèse marque un pas de côté par rapport aux conclusions des études qui évaluent les actions de santé communautaire par rapport à des standards globaux (Potvin et *al.*, 1994). La récente Déclaration d'Astana en 2018 remet l'accent sur les Soins de santé primaire afin d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Selon l'*UNICEF*, cette revitalisation des soins de santé primaires devrait s'accompagner du renforcement des systèmes de santé participative pour accélérer la réduction de la mortalité infantile, comme cela a été mis en avant lors du forum régional de Cotonou en 2019. Nous rejoignons la définition proposée par Hélène Kane et *al.* (2020) : elle suggère de mener la « santé communautaire » non seulement « par » et « pour » les communautés, mais aussi « selon elle ». Cette dernière perspective implique deux changements majeurs : la restructuration des instances de décisions afin de rendre compatible l'*empowerment* quantitatif à l'*empowerment* qualitatif et la nécessité d'établir un lien structurel entre les groupes socio-thérapeutiques pour une meilleure production de la citoyenneté sanitaire.

En définitive, la santé communautaire ne peut s'épanouir que si elle opère une séparation entre les soins curatifs et les soins préventifs. Sans entrer dans les détails des implications politiques et économiques de cette mesure, il y a un impératif à adopter une politique qui va plus en avant dans la décentralisation et la territorialisation de la santé, concernant notamment une réorientation budgétaire des ressources en santé. Comme les ACS sont davantage au service des populations, leur intégration dans le système pourrait favoriser des réformes démocratiques (Weller, 1999), tout en évitant les effets pervers de la pression des intérêts individuels. Le débat est loin d'être épuisé, mais cette mesure suggère de rompre avec l'approche hospitalo-centrée qui a tendance à réduire les travailleurs bénévoles en santé à des exécutants. Et elle devra promouvoir pleinement les initiatives locales en considérant les intervenants comme des « acteurs » et non comme des « agents », car la prise en charge de la santé au niveau périphérique se fait par une panoplie d'intervenants revendiquant leur rôle « d'acteur ». Cela favoriserait le développement des acquis ainsi que leur généralisation à d'autres régions, voire à d'autres pays.

D'ailleurs, le monde d'après COVID-19 est guetté par un processus de « dé — globalisation » par le décrochage des investissements directs étrangers. Si l'on sait que la part du financement de la santé en Afrique de l'Ouest par les organisations internationales est assez conséquente (27 % au Sénégal, ECPSS, 2017), cette action publique humano-centrée des ACS pourrait se développer dans une logique de mobilisation à bas bruit.

BIBLIOGRAPHIE ET DOCUMENTS SOURCES

1. BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT A., 1988, *The System of Professions*, Chicago, The University of Chicago Press.
- ABBOTT A., 2005, "Linked Ecologies", *Sociological Theory*, 23 (3), 245-274.
- ABÉLÈS M., 2003, « Nouvelles approches du don dans la silicon valley », *Revue de Mauss*, 1(21), p. 179-197.
- ABRIC, J. C., 1994, « Les représentations sociales : aspects théoriques », dans Abric (J. C.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses universitaires de France, 11-35.
- AÏACH P., 2010, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Economica Anthropos.
- AÏACH P., FASSIN D., SALIBA J., 1994, « *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de Légitimité* », Paris, Economica Anthropos.
- AÏT-AOUDIA M., BENNANI-CHRAÏBI M., CONTAMIN J.-G., 2011, « Indicateurs et vecteurs de la politisation des individus : les vertus heuristiques du croisement des regards », *Critique internationale*, 50 (1), 9-20.
- AKRICH M., CALLON M., et LATOUR B., 1988a, « Á quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement », *Gérer et comprendre. Annales des Mines*, (11), 4-17.
- AKRICH M., CALLON M., et LATOUR B., 1988b, « Á quoi tient le succès des innovations ? 2 : Le choix des porte-parole », *Gérer et comprendre. Annales des Mines*, (12), 14-29.
- ALBERTINI J., ISMAIL K., POIRIER A. et TERRIAU A., 2020, « Le travail informel dans les pays en développement : une revue de la littérature », *Revue française d'économie*, (1), 139-182.
- ALTER N., 2002, « L'innovation : un processus collectif ambigu », in : N. ALTER (dir.), *Les logiques de l'innovation : approche pluridisciplinaire*, Paris, La Découverte, 15-40.
- ALENDIA-DEMOUTIEZ J., 2016, *Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal. Une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Lille.
- ALFANDARI E., 2002, « Le bénévolat associatif, en quête de son identité », *Revue internationale de l'économie sociale*, 24-31.
- ALLEGIANZI B., NEJAD S.B., COMBESURE C., GRAAFMANS W., ATTAR H. et DONALDSON L., 2011, "Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis", *Lancet*, 228-241.
- AMIN S., 1974, « Le développement inégal. Essai sur les formations sociales du capitalisme périphérique », in: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 29^e année, (2), 314.

- ANTOINE P., OUEDRAOGO D. et PICHE V., 1998, « *Trois Générations de citoyens au Sahel. Trente ans d'histoire sociale à Dakar et à Bamako* », Paris, L'Harmattan, 281.
- ARBORIO A. M., 2001, *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*, Ed Syrios,
- ARBORIO A. M., 2007, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, 26-34.
- ARCHAMBAULT E., 2002, « Le travail bénévole en France et en Europe, Résultats du programme de recherche de l'Université Johns Hopkins de comparaison internationale du secteur sans but lucratif », *Revue française des affaires sociales*, (4), 11-36.
- AUGÉ M., 1992, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la sur-modernité*, Paris, Le Seuil.
- AVRIL C., 2014, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, santé, société ».
- BADJI M. A., 2017, *Décentralisation et enjeux de gouvernance locale de la santé*, Thèse de doctorat socio-anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- BALANDIER G., 1960, « Structures sociales traditionnelles et changements économiques », in: *Cahiers d'études africaines*, 1 (1), 1-14.
- BALSIGER P., 2020, « Boycott », in : FILLIEULE O., MATHIEU L. et PÉCHU C., (2009), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses Sciences Po.
- BAXERRES C., 2013, *Du médicament informel ou médicaments libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Éditions des Archives Contemporaines.
- BAYART J.-F., 1981, « Le politique par le bas en Afrique noire. Questions de méthode », *Politique africaine*, 1 (1), 53-82.
- BAYART J.-F., MBEMBE A., TOULABOR C., 1992, « Le Politique par le bas en Afrique noire », Contributions à une problématique de la démocratie, Paris, *Karthala*.
- BAYART, J-F., GESCHIERE, P et NYAMNJOH, F., 2001, « Autochtonie, démocratie et citoyenneté », *Critique Internationale*, (10), 445-452.
- BAYART, J-F., 2009, « La démocratie à l'épreuve de la tradition en Afrique subsaharienne ». *Pouvoirs*, 129(2), 27-44.
- BAZIN L., EME B., HAYEM J., LEMIERE J. et LEURS M.C., 2011, « Postures assignées, postures revendiquées », *Journal des anthropologues*, hors-série.
- BEAUD S., 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien 'ethnographique' », *Politix*, (35), 56-74.
- BEAUD S. et WEBER F., 2010, [2007], *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 4^{ème} édition augmentée.

- BEAUCHEMIN C., LESSAULT D., 2014, « Les statistiques des migrations africaines : ni exode, ni invasion » *e-Migrinter* [En ligne], 12 | , mis en ligne le , consulté le 20 mai 2021.
- BECKER, H. 1962, *The Nature of a Profession*. In *Education for the Professions*. Chicago: National Society for the Study of Education, 24-46.
- BECKER H., 1970, *Sociological work. Method and substance*. Chicago: Aldine.
- BECKER H., 1985, *Outsiders: Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- BECKER H., 1988, *Les Mondes de l'art*, Paris, Flammarion.
- BECKER H., 2002, *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte.
- BECKER H., 2004, *Écrire les sciences sociales. Commencer et terminer son article, sa thèse ou son livre*. Paris, Economica.
- BECKER H., 2016, *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- BELL HOOKS, 2017, *De la marge au centre : théorie féministe*, Paris, Cambourakis.
- BENASAYAG M., 1998, *Le mythe de l'individu*, Paris, La Découverte.
- BENALLAH S., DOMIN J-P., 2017, « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », *Travail et emploi*, 152 (4), 5-31.
- BENAZET P., CARLES J., IGALENS J., PEYRE A., 1999, *Gestion des entreprises sociales, associations et établissements sociaux*, La lettre du cadre territorial, coll. « Dossiers d'experts », Paris.
- BERCOT R., 2006, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations*, (5), 35-49.
- BERGERON H., CASTEL P., NOUGUEZ E., 2013, « Eléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*,
- BERTAUX D., 1997, *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*, Paris, Armand Colin.
- BESSIÈRE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales* (1), 17-33.
- BESSIN M., 2009, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *information sociale*, (156), 12-21.
- BEYER B., 1998, "The Politics of the Health Care District Reform in The Republic of Benin", *International Journal of Health Planning and Management*, (13), 230-243.
- BEZES, P. et MUSSELIN C., 2015, « Chapitre 5 / Le new public management: Entre rationalisation et marchandisation ? », in : Laurie Boussaguet éd., *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*, Paris: Presses de Sciences Po, 125-152.

- BIERSCHENK T., 1988, “ *Development projects as areas of negotiation for strategic groups*”, *Sociologia Ruralis*, 28 (2/3), 146-160.
- BIERSCHENK T. et OLIVIER DE SARDAN J.-P., (dir.), 1998, *Les pouvoirs au village. Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris, Karthala.
- BIERSCHENK T., CHAUVEAU J.-P., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2000, *Courtier en développement. Les villages africains en quête de projet*, Paris, Karthala.
- BIZEUL D., 1999, « Faire avec les déconvenus. Une enquête en milieu nomade », *Sociétés Contemporaines*, 33 (34), 111-137.
- BOIDIN B., 2018, « Le pilotage sous influence des services de santé au Sud », *L'Économie politique*, 80(4), 88-98.
- BOLTANSKI L., 1982, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minuit.
- BONNET E., 2014, « Le *redistricting* américain : un exemple de démocratie participative et de mobilisation communautaire aux États-Unis », *Mémoire(s), identité(s), marginalité(s) dans le monde occidental contemporain* [En ligne], 11 | 2014, mis en ligne le 26 mai 2014, consulté le 28 septembre 2020.
- BOUILLY E., 2008, « Les enjeux féminins de la migration masculine. Le Collectif des femmes pour la lutte contre l'immigration clandestine de Thiaroye sur-Mer », *Karthala Politique africaine*, 1(109), p. 16-31.
- BOUILLY E., 2019, *Du couscous et des meetings contre l'émigration clandestine. Mobiliser sans protester au Sénégal*, Paris, LGDJ.
- BOURGEAULT I., BENOIT C., DAVIS-FLOYD R., 2004, *Reconceiving Midwifery. A critical examination of the re-emergence of midwifery and a timely reflection on the issues faced by the midwifery profession throughout Canada.*
- BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.-C., PASSERON J.-P., 1968, *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton-bordas.
- BOURDIEU P., 1980, « Le capital sociale », *Actes de Recherche en sciences Sociales*, 2-3.
- BOURDIEU P., 1998, *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- BOUQUET B., 2017, *Éthique et travail social: Une recherche du sens*, Paris, Dunod.
- BOURDONCLE R., 2000, « Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs », *Recherche et formation*, (35), 117-132.
- BOZON (M.), CHAMBOREDON J.-C., 1980, « L'organisation sociale de la chasse en France et la signification de la pratique », *Ethnologie française*, 10 (1), 65-88.
- BRESSON M., 2014, « La participation : un concept constamment réinventé Analyse sociologique des enjeux de son usage et de ses variations », *Socio-logos*, [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 4 mars 2014, consulté le 30 janvier 2021.
- BRUBAKER R., 2001, « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, (139), 66-85.

- BUCHER R. et A. STRAUSS, 1961, "Professions in Process", *American Journal of Sociology*, 66 (4), 325-334.
- BURAWOY M., 1979, *Manufacturing Consent: Changes in the Labor Process Under Monopoly Capitalism*, Chicago, University of Chicago Press.
- BUCHER R., STRAUSS A., 1992, « La dynamique des professions », in Strauss, A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, 67-86.
- BURT, R., 2005, *Brokerage and Closure: An Introduction to Social Capital*, Oxford, New York: Oxford University Press.
- CALLON M., 1986, *Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc*, L'Année sociologique.
- CAREMEL J-F., BIZO A.S., GREMA M.S.M., IBRAHIM C.A. et FAROUK A.G., 2016, « Problème de déploiement des ressources humaines de santé au Niger : Contraintes, solutions à l'œuvre et nouvelles pistes d'actions », *LASDEL* [En ligne], consulté le 19 juillet 2020.
- CAROL G., 2008, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Paris, Flamarrion.
- CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.
- CASTRA M., SAINSAULIEU I., 2020, « Intervenir sur un autre territoire professionnel : les équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie aux prises avec les services sédentaires à l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 38 (4), 47-74.
- CEFAÏ D., 2001, « Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes », in D. Cefaï, D. Trom (dir.), *Les Formes de l'action collective*, Paris, Editions de l'EHESS, 51-97.
- CEFAÏ D., 2007, *Pourquoi se mobilise-t-on ? Les théories de l'action collective*, Paris, La Découverte.
- CEFAÏ D. et GARDELLA, 2011, *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samu social de Paris*, Paris, La Découverte.
- CEFAÏ D., 2015, « Mondes sociaux », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations, consulté le 19 juillet 2020.
- CELINE CHATIGNY C., VEZINA N. et PREVOST J., 2003, « Formation et soutien à l'apprentissage : des conditions indispensables à la polyvalence et à la santé et sécurité au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 5-2 |, mis en ligne le 01 décembre 2003, consulté le 17 juillet 2020.
- CHAMBOREDON H., PAVIS F, SURDEZ M. et WILLEMEZ L., 1994, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratiques et l'usage de l'entretien », *Genèses. Sciences sociales et histoires*, 114-132.

- CHAMPY F., 2009, « La culture professionnelle des architectes », *in* : DEMAZIÈRE D. et GADÉA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- CHAMPY F., ISRAEL L. 2009, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, (73), 7-19.
- CHAMPY F., 2011, *Nouvelle théorie sociologique des groupes professionnels*, Paris, PUF.
- CHANUT-GUIEU C., 2009, « La professionnalisation de la fonction de bénévole : quand l'État impulse le changement », *Management et Avenir* (27), 13-30.
- CHANTELAT P. et PERRIN C., 2009, « Les médico-sportifs : une activité émergente, inscrite dans le monde médical ». *in* : DEMAZIÈRE D. et GADÉA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- CHAUVEL L., 2001. « Le retour des classes sociales ? » *Revue de l'OFCE*, (4), 315-59.
- CHAUVEL L., 2006, *Les classes moyennes à la dérive*, Paris, Seuil.
- CORNET A., 2011, *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda. 1920-1940*, Paris, Karthala.
- COLLECTIF COURTEPOINTE, 2006, *Pointe Saint-Charles : un quartier, des femmes, une histoire communautaire*, Montréal, les Éditions du remue-ménage.
- COLLIN J., 1992, « Les femmes dans la profession pharmaceutique au Québec : rupture ou continuité ? », *Presses universitaires de Laval*, 5 (2), 31-56.
- COLLOVALD A., GAITI B., 1991, « Des causes qui “parlent”... », *Politix*, (16), 7-22.
- COLLOVALD A., MATHIEU L., 2009, « Mobilisations improbables et apprentissage d'un répertoire syndical », *Politix*, (86), 119-143.
- CONTANDRIOPOULOS A.-P., 2008, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation par la performance », *Santé publique*, 2 (20), 191-199.
- COPANS, J., 1999, « L'enquête ethnologique de terrain », *Revue Tiers-Monde*, n°157, 40.
- COURTY G., 1997, « Norbert Elias et la construction des groupes sociaux : de l'économie psychique à l'art de se regrouper », *in* Garrigou, A., Lacroix, B. (dir.), *Norbert Elias. La politique et l'histoire*, Paris, La Découverte, 166-191.
- COURTY G., 2006, *Les groupes d'intérêt*, Paris, La Découverte.
- CRENSHAW KIMBERLÉ W., 1989, “ Demarginalizing the intersection of race and sex ; a Black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”, *University of Chicago legal forum*, 139-167.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.
- CUKIER A., 2016, « De la centralité politique du travail : Les apports du féminisme matérialiste », *Cahiers du Genre, HS n° 4(3)*, 151-173.

- DARBON, D. 2014, *Les classes moyennes en Afrique. Enjeux politiques d'une catégorie incertaine*, Karthala, Paris.
- DAVIS F., 1966, *The Nursing profession*, John Willey, Chicago.
- DAVIS F., WURTH A, 1993, « American interest group research: sorting out internal and external perspectives », *Political studies*, 43 (3), 435-452.
- DEBLOCK C., 2012, « Présentation du dossier : Innovation et développement chez Schumpeter », *Revue Interventions économiques*, (46).
- DE CERTEAU M., 1990 [1980]. *L'invention du quotidien, 1. : Arts de faire*. Paris, Gallimard.
- DELAUNAY B., 2007, « La formation initiale en service social, une instance de professionnalisation », *Vie sociale*, 59-78.
- DELGOULET, C. et MARQUIE, J.C., 1998, « Apprendre tout au long de la vie professionnelle ». Actes du 33^e Congrès de la SELF, Paris, 16-18 septembre, 541-551.
- DEMAILLY L., 2008, *Politique de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, Septentrion.
- DEMAZIERE D., 2008, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société*, (123), 15-35.
- DEMAZIERE D., 2007, « À qui peut-on se fier? Les sociologues et la parole des interviewés », *Langage et société*, (121-122), 85-100.
- DEMAZIERE D. et GADÉA C. (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- DEMOUSTIER, D., 2002, « Le bénévolat, du militantisme au volontariat », *Revue française des affaires sociales*, p. 97-116.
- DESANKER, P., 2006, « Chapitre 11. Vulnérabilité de l'Afrique subsaharienne » in : Pierre Jacquet éd., *Regards sur la Terre 2007. L'annuel du développement durable: Énergie et changements climatiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 175-186.
- DESCLAUX, A., 1999, « Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso », In : C. BECKER J.-P. *des inégalités sociales de santé*, Ouagadougou, Harmattan, Burkina Faso.
- DETIENNE M., 2003, *Comment être autochtone*, Paris, Le Seuil.
- DIALLO M., 2018, *Les déterminants de l'insatisfaction des besoins en contraception à Sédhiou*, Thèse de doctorat socio-anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- DIOUF L. G., 2018, « L'État, les syndicats de la santé et nous », in : www.lequotidien.sn ; [https:// www.lequotidien.sn/letat-les-syndicats-de-la-sante-et-nous/](https://www.lequotidien.sn/letat-les-syndicats-de-la-sante-et-nous/)
- DIOUF J.-L., 2003, *Dictionnaire wolof-français et français-wolof*, Karthala.

- DIOUF W., 2020, *Gouvernance de l'épidémie Ebola en Guinée et fabrique de la citoyenneté*, Thèse de doctorat de socio-anthropologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- DIAL F. B., 2008, *Mariage et divorce à Dakar: itinéraires féminins*, Karthala.
- DIOP M. C., DIOUF M., 1993, « Pouvoir central et pouvoir local. La crise de l'institution municipale au Sénégal », in : JAGLIN S. et DUBRESSON A. (dir.), *Pouvoirs et Cités d'Afrique noire. Décentralisations en question*, Paris, Karthala, 101-125.
- DIOP A. B., ANTOINE P., 1995, *La ville à guichet fermé ? : itinéraires, réseaux et insertion urbaine*, Dakar (SEN) ; Paris : IFAN ; ORSTOM.
- DIOP M.C., 2003, *La société sénégalaise entre le local et le globale*, Paris, Karthala, *Homme et Société*.
- DIOP, M.C., 2004, « Essai sur l'art de gouverner le Sénégal », *Gouverner le Sénégal. Entre ajustement structurel et développement durable*, in : Diop, M. C. (dir.) *Gouverner le Sénégal. Entre ajustement structurel et développement durable*, Paris, Karthala, 229-245.
- DIMÉ, M. N., 2005, « Crise économique, pauvreté et dynamique des solidarités chez les catégories sociales moyenne et populaire à Dakar (Sénégal). » Thèse de sociologie, Montréal: Université de Montréal.
- DOUMONT D., AUJOULAT I., 2002, « L'empowerment et l'éducation du patient », Louvain, *RESO*, 23 p.
- DOZON J.P., BECKER C., OBBO C. et TOURÉ M. (dir.), 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 541-558.
- DUBAR C., 1996, « Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité », *Éducation permanente*, (128), 37-43.
- DUBAR C., 1998a, « Trajectoires sociales et formes identitaires, clarification conceptuelles et méthodologique », *Société contemporaine*, (29), 73-85.
- DUBAR C., 1998b, *Socialisation, construction des identités sociale et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- DUBAR C., 2003, « Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif », in Menger, P.-M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Fondation, 51-60
- DUBAR C., TRIPIER P., BOUSSARD V., 2015, *Sociologie des professions*, 4e édition, Paris, Armand Colin.
- DURKHEIM E., 1893, *De la division du travail social*, Paris, Presses universitaires de France.
- DUTHE G., 2008, « Recrudescence du paludisme au Sénégal : la mesure de la mortalité palustre à Mlomp » *Population*, 3(3), 505-530.

- EBOKO F., 2015, « Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine », *Questions de recherche, Les Presses de Sciences Po*, (45), p.40.
- ELIASOPH N., 2010, *L'évitement du politique. Comment les Américains produisent l'apathie dans la vie quotidienne*, Economica.
- ELLIE S. et VAN KESSEL I., 2010, « Introduction », In : *Movers and Shakers : Social Movements in Africa*, Leiden, Boston, Brill.
- FALL A.S., GUËYE C., 2003, « *Derëm ak Ngërem* : le franc, la grâce et la reconnaissance. Les ressorts de l'économie sociale et solidaire en Afrique de l'Ouest », *Revue du MAUSS*, (23), 97-112.
- FALL A.S., VIDAL L., 2005, *Émergence d'une culture, déclin d'une profession : soigner et prévenir au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, CERIS, Université du Québec en Outaouais, série Recherche, (38).
- FALL A. S., 2007, *Bricoler pour survivre. Perception de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar*, Paris, Karthala.
- FALL-SOKHNA R., THIÉBLEMONT-DOLLET S., 2009, « Du genre au Sénégal », *Question de communication* [En ligne], mis en ligne le 22 septembre 2015, consulté le 19 avril 2019.
- FARNARIER C., SARRADON-ECK A., 2018, « Faire de la rue une innovation en santé mentale », In : HAXAIRE C., MOUTAUD B. et FARNARIER C., *L'innovation en santé*, Presses universitaires de Rennes.
- FASSIN D., FASSIN E., 1989, « La santé publique sans l'Etat ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal », *Tiers-monde*, 30 (120), .881-891.
- FASSIN D., 2012, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FAYE S. L., 2009, « L'anthropologue et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyse des mises en actes du personnel soignant et usages des savoirs produits », *Revue de sociologie, anthropologie et psychologie*, (1), 137-163.
- FAYE S. L., 2011, « Quand les tradithérapeutes ouest-africains soignent l'infertilité conjugale à Dakar (Sénégal) : recomposition et dynamiques entrepreneuriales », *Anthropologie et Santé* [En ligne], consulté le 10 mars 2021.
- FAYE S. L., 2012, « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : Enjeux, Modalités, Défis, » *Autrepart*, (60), 129-146.
- FAYE S. L., 2015, « L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie & Santé* [En ligne], consulté le 27 février 2017.
- FAYE S. L., 2017, « Pratique de mobilisation des communautés dans l'urgence sanitaire par

- les humanitaires en Afrique de l'Ouest », in : FOUQUET T., TROIT V., *Transition Humanitaire en Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, 123-145.
- FEDERICI S., 1975, *Wages against Housework*, Bristol and London, Power of Women Collective and Falling Wall Press.
- FERDINAND EZEMBE, 2009, « Les représentations de la maladie et du soin », *L'enfant africain et ses univers*, 211-245.
- FERRI J. M., 1988, "The Use of Volunteers in Public Services Production: some Demand and Supply Considerations", *Social Sciences Quarterly*, (69), 3-23.
- FERRAND-BECHMANN D., 1992, *Bénévolat et Solidarités*, Syros Alternatives.
- FILLIEULE O., MATHIEU L. et PÉCHU C., 2009, *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses Sciences Po.
- FILLIEULE O., AGRIKOLIANSKY É., SOMMER I., 2010, *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte.
- FLIGSTEIN N., MC ADAM D., 2012, *Toward a general theory of strategic action fields*, Oxford University press.
- FOLEY, E.E., 2010, *Your pocket is what cures you: the politics of health in Senegal*, Piscataway, Rutgers Press
- FORTIN A., GAGNON É., FERLAND-RAYMOND A.-E., MERCIER A., 2007, « Les temps du soi. Bénévolat, identité et éthique », *Recherches sociographiques*, 48(1), 43-64.
- FOURNIER P., POTVIN L., 1995, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, 13 (2), 39-59.
- FREIDSON E., 2001, *Professionalism, the third logic : on the practice of knowledge*, Chicago (IL), The University of Chicago Press.
- FRIEDBERG E., 1992, « Les quatre dimensions de l'action collective », *Revue française de sociologie*, 33 (4), 531-557.
- FRIEDMANN G., 1956, *Le Travail en miette : spécialisation et loisirs*, Paris, Gallimard.
- FRIOT B., 2019, *Le travail, enjeux des retraites*, Paris, La Dispute.
- GADÉA C., 2003, *Les cadres en France. Une énigme sociologique*, Belin.
- GADÉA C., BOUFFARTIGUE J., POCHIC S., 2011, *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?* Paris, Armand Colin.
- GAGNON É., SÉVIGNY A., 2000, « Permanence et mutation du monde bénévole », *Recherches sociologiques*, 41 (3), 529-544.

- GALERAND E., KERGOAT D., 2014, « Les apports de la sociologie du genre à la critique du travail », *La nouvelle revue du travail*, 4.
- GALLOUJ F., WEINSTEIN O., 1997, « Innovation in Services », *Research Policy*, 26 (4-5), 537-556.
- GARDIN L. et LAVILLE J.-L., 2017, « L'économie solidaire », in : Defourny J. et Nyssens M. (eds), *Économie sociale et solidaire, Socioéconomie du Troisième secteur*, Bruxelles, De Boeck, 187-220.
- GAUDIN J.P., 2007, *La démocratie participative*, Paris, Armand Collin. .
- GAUDART, C., 2003, « La baisse de la polyvalence avec l'âge : question de vieillissement, d'expérience, de génération ? », *Actes du Forum La rotation, est-ce une solution ?* Chaire GM en ergonomie de l'UQAM.
- GLAYMANN D., 2014, « Le stage dans l'enseignement supérieur, un dispositif riche de promesses difficiles à tenir », *Education et socialisation* [En ligne], 35 | 2014, consulté le 11 juin 2021.
- GNING S. B., 2011, « De l'éthique mouride au travail informel à Dakar », *Les mondes du travail*. (9-10), 1-29.
- GOBATTO I., 1999, *Être médecin au Burkina Faso : dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Santé et sciences humaines.
- GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, (2 tomes), Paris, Minuit.
- GOFFMAN E., 1974, *Les rites d'interactions*, Paris, Minuit.
- GOFFMAN E., 2002, « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherches en sciences sociales*, (143), 80-87.
- GODBOUT J.T., MARTIN N. V., 1982, « Participation et innovation », In : HAMEL P., LEONARD JP. et MAYER R. (dir.), *Les mobilisations populaires urbaines*, Montréal : Les Éditions Nouvelle Optique, 217-237.
- GRANCHAMP L., PFEFFERKORN R. (dir.), 2017, *Résistances et émancipation des femmes du sud*. Travail et luttes environnementales, L'Harmattan.
- GROSSETI M., 2006, « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 120 (1), 5-28.
- GUEGUEN, H., 2014, « Reconnaissance et légitimité: Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de l'ortina reconnaissance », *Vie sociale*, 8(4), 67-82.
- GUEYE, C., 2002, *Touba, la capitale des Mourides*, Paris, Karthala.
- GUIONNET C. et NEVEU E., 2004, *Féminin/Masculin. Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin.
- HANE F., 2007, « *Emergence de la fonction soignante. Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal* », Thèse de Doctorat d'anthropologie sociale, Marseille, EHESS.

- HANE F., 2017, « Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs », *Santé publique*, (29), 879-886.
- HANE F., 2018, *Anthropologie des dynamiques professionnelles en Afrique de l'Ouest. Construction de la fonction soignante dans la prise en charge de la Tuberculose au Sénégal*, Universitaires Européenne.
- HANE F., 2020, « Les invisibles du système de santé au Sénégal », dans *The Conversation*, en ligne consulté le 8 juin 2020.
- HAXAIRE C., MOUTAUD B., FARNARIER C., 2018, *L'innovation en santé*, Presses universitaire de Rennes.
- HELY M., 2009, *Les métamorphoses du monde associatif*, Presses universitaire de France.
- HENAUT L., POULARD F., 2018a, « Faire groupe au sein d'un groupe : la structuration des segments professionnels », *SociologieS* [En ligne], in : Perrenoud M. et Sainsaulieu I., *Identité au travail, identités professionnelles*, mis en ligne le 15 novembre 2018, consulté le 23 juin 2020.
- HENAUT L., POULARD F., 2018b, « Réformes publiques et autonomie des groupes professionnels : le jeu des segments », *Revue française de sociologie*, 59 (2), 259-284.
- HERMANN K., VAN DAMME W., PARIYO GW., SCHOUTEN E., ASSEFA Y., CIRERA A., 2009, Community health workers for ART in sub-Saharan Africa: learning from experience--capitalizing on new opportunities. *Hum Resour Health*, 7 (31),1478-4491, in : LEFEUVRE D., DIENG M., LAMARA F., RAGUIN G. & MICHON, C. (2014). Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida. *Santé Publique*, 26(6), 879-888.
- HENRY E., BOUDIA S. (eds), 2015, *La mondialisation des risques. Une histoire politique et transnationale des risques sanitaires et environnementaux*, Presses Universitaires de Rennes, pp. 109–21.
- HILGERS, M., 2011, « L'autochtonie comme capital : appartenance et citoyenneté dans Afrique urbaine », *Social Anthropology / Anthropologie sociale*, 19 (2), 143-158.
- HIRATA H., 2018, « Care et intersectionnalité, un enjeu politique », in : Margaret MARUANI (dir.), *Je travaille donc je suis*, Paris, La Découverte.
- HIRSCHMAN A., 1995, *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard.
- HOMOLLE P., 2011. « D'ici et de là-bas. Les fils d'une négociation invisible », *Journal des anthropologues*, hors-série.
- HONNETH A., 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf.
- HOUETO D., VALENTINI H., 2014, « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir », *Santé Publique*, s1 (SH), 9-20.
- HOURS B., 2016, « La bonne gouvernance entre terreur et marché », *L'Homme et la Société*, 1 (199), 9-19.

- HUGHES E.C., 1958, *Men and their Work*, Glencoe, The Free Press.
- HUGHES E. C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS.
- HUGON A., 2005, « L’historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 21 | 2005, mis en ligne le 01 juin 2007, consulté le 30 mars 2021. URL : <http://journals.openedition.org/cli/1466>.
- HUGON P., 2018, « Politiques éducatives et développement en Afrique », *Marché et organisations*, 2(2), 195-223.
- ION J., 2005, « Brève chronique des rapports entre travail social et bénévolat », *Pensée plurielle*, 2 (10), 149-157.
- JANZEN JM., ARKINSTALL W., 1982, *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkeley & London. University of California Press, Paperback edition.
- JAFFRÉ, Y., 2003, « Chapitre 5. Le rapport à l’autre dans des services sanitaires d’Afrique de l’Ouest (Bamako, Dakar, Niamey) », *Journal International de Bioéthique*, 14 (1-2), 101-119.
- JAFFRÉ, Y., 1999, « Les services de santé “pour de vrai ». Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l’APAD*, (17), 3-17.
- JAFFRE Y., PRUAL A., 1993, « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale. In: *Sciences sociales et santé*, 11 (2), Aspects des systèmes de santé dans les pays du Sud, sous la direction de Bernard Hours et Jérôme Dumoulin., 63-80
- KALIS S., 1997, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Sereer Siin du Sénégal. La connaissance de la nuit*, Paris, L’Harmattan.
- KANE H., JABOT F., 2014, « La promotion de la santé, une problématique au cœur de nos préoccupations éditoriales », *Santé Publique*, s1(HS), 7-8.
- KERGOAT D., 2007, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », In : Helena HIRATA, Françoise LABORIE, Hélène LE DOARÉ et Danièle SÉNOTIER, *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, 37.
- KERGOAT D., 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux », In : DORLIN E. (dir.), *Sexe, Race, Classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, PUF, « Actuel Marx Confrontation », 111-125.
- KERGOAT D., 2018, « Le travail, un concept central pour les études de genre », In : Margaret MARUANI (dir.), *Je travaille donc je suis*, Paris, La Découverte.
- KI-ZERBO J., HOLENSTEIN R., 2003, *À quand l’Afrique. La Tour d’Aigues*. Genève, Editions de l’aube ; Editions d’en bas.
- KROEKER L., O’KANE D.,SCHARRER T., 2018, *Middle Classes in Africa: Changing Lives and Conceptual Challenges*. Cham: Springer.

- LABONTE R., LAVERACK G., 2008, « Health Promotion Practice : Power, Empowerment and the Social Déterminants of Health. in : Health Promotion in Action. Palgrave Macmillan, London.
- LALLEMENT M., 2007, *Le travail, une sociologie contemporaine*, Paris Gallimard.
- LASSERRE G., 1958, *Libreville, la ville et sa région*, Gabon, AEF.
- LAVILLE J-L., SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*, Sociologie économique, *Declée de Brouwer*.
- LAPEYRE N., LE FEUVE N., 2009 « Avocat et médecin : Féminisation et différenciation sexuée des carrières », In. DEMAZIÈRE D. et GADÉA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 424-432.
- LATOUB B., 1991, *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, La Découverte.
- LAUNCMAN S., 2007, « Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose », *Travailler*, (17), 94-124.
- LEFRANC S., MATHIEU L., 2009, *Mobilisation des victimes*, Paris, Presses Universitaires de Rennes.
- LE GALL L., OFFERLÉ M., PLOUX F., 2012, « La politique sans en avoir l'air », Presses universitaires de Rennes.
- LE GUERINEL, 1980, « Note sur la place du corps dans les cultures africaines », *Journal des Africanistes*, 1 (50), 1113-1119.
- LEGONOU M. G., 2019, *Dynamique de gouvernance du relais communautaire dans la zone sanitaire Djidja, Abomey et Agbangnizoun : logiques et jeu des acteurs*, Thèse de doctorat d'anthropologie, Université d'Abomey-Calavi.
- LENTZ C., 2016, « African middle classes: Lessons from transnational studies and a research agenda ». In *The rise of Africa's middle class: Myths, realities and critical engagements*, Zed Books, 17–53. London: Henning Melber.
- LEVITT J., 2010, « *A citizen's guide to redistricting* », New York: Brennan center for justice.
- LUHMANN N., 2006, *La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale*, Paris, Economica.
- LY M. L., 2013, « Enjeux et perspectives de la réforme hospitalière au Sénégal », paru dans : <https://blog.médiapart.fr/mouhamet-lamine-ly/blog/091113/enjeux-et-perspective-de-la-reforme-hospitaliere-au-senegal>
- MACE E., 2015, *L'après-Patriarcat*, Paris, Seuil.
- MADÉLIN B., 2001, « Les femmes-relais, les “sans-papiers” du travail social ? » *VEI Enjeux*, (124), 81-91.

- MAGNI-BERTON R., PANEL S., 2020, *Le choix des armes*, Paris, Les Presses de Sciences Po.
- MALOU A., PANAVEYI V., 2019, « Modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo) », *Santé Publique*, 31 (2), 315-326.
- MAMDANI M., DIA WAMBA E. (ed.), 1995, *African Studies in Social Movements and Democracy*, Dakar, Codesria.
- MANÉ P. Y., 2012, « Performance des centres de santé publics au Sénégal ». *Santé Publique*, 24(6), 497-509.
- MARIE A., (éd.), VUARIN R., LEIMDORFER F., WERNER J.-F., GERARD E., O. TIEKOURA. O., 1997, *L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, Paris, Karthala.
- MARX K., 1993, *Le Capital*, livre I, Paris PUF
- MWANZA H., KABAMBA K., « Pauvreté et marginalisation rurales en Afrique au sud du Sahara », *Belgeo* [En ligne], 1 | 2002, mis en ligne le 31 mars 2002, consulté le 10 décembre 2020.
- MAYOUKOU C., 1996). « La réputation, un mécanisme incitatif dans la fonction d'intermédiation des tontiniers en Afrique subsaharienne », Réseaux de Recherche sur l'entrepreneuriat, AUPELF-UREF, note de recherche, 96-57.
- MBOW M., 2017, *Les défis de l'agriculture sénégalaise dans une perspective de changements climatiques*, mémoire de maîtrise en environnement, Université de Sherbrooke.
- MC ADAM D., 1964, « *Freedom Summer. Luttés pour les droits civiques* », Mississipi, trad. Célia Izoard, coll. « *L'ordre des choses* », Agone, Marseille, 2012.
- MCCOY D., J.A. HALL et M. RIDGE, 2012, "A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries", *Health Policy & Planning*, 27 (6), 449-466.
- MCDONALD T., 1996, (dir), *The Historic Turn in Human Sciences*, The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- MC PAKE B., HANSON K., et al., 1992, *Implementing the Bamako Initiative in Africa, a review and five case studies*, London School of Hygiene and Tropical Medicine PHP Department Publication.
- MC PAKE, B., J. KUTZIN J., 1997, *Méthodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé*. Geneva, OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation).
- MERTON R., 1965, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, édition Plon.

- MODESTE G. K. B., 2019, « La problématique de l'implication des agents de santé communautaire dans la gestion du VIH/ SIDA. Analyse anthropologique », *Européenne Scientifique Journal*, 06 (15), 32-45.
- MOLINER P., 2013, *Le travail de care*, Paris, La Dispute.
- MOSCONI N., MARION P., 2017, « Dépasser le patriarcat? », *La Découverte, Travail, genre et sociétés*, 2 (38), 171-174.
- MIDGLEY J., ROUGE B., LOUISIANA, 1995, *Social development. The developmental perspective in social welfare*, Sage publication, London.
- MWANZA H., KABAMBA K., 2002, « Pauvreté et marginalisation rurales en Afrique au sud du Sahara », *Belgeo* [En ligne], 1 | 2002, mis en ligne le 31 mars 2002, consulté le 04 novembre 2020.
- NAUDIER D., 2013, « La construction sociale d'un territoire professionnel : les agents artistiques », *in : Le Mouvement Social*, 2 (243), 41-51.
- NEVEU E., 1996, *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte.
- NEVEU, E., SURDEZ, M. (eds) (2020). *Globalizing Issues. How Claims, Frames, and Problems Cross Borders*. Palgrave Macmillan.
- NDIAYE M., 1998, « L'Éthique *ceddo* et la société d'accaparement ou les conduites culturelles des Sénégalais d'aujourd'hui », vol. 2 : *Le móodu móodu* ou l'éthos du développement au Sénégal, *Presses Universitaires de Dakar*.
- NDOYE T. et POUTRAIN V., 2004, « L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal », *Autrepart*, 81-98.
- NDOYE T., 2009, *La société sénégalaise face au paludisme. Politiques, savoirs et acteurs*. Paris, Karthala (« Hommes et Sociétés »).
- NDOYE T., 2013, « Enquêter en structure de santé : approche réflexive sur des terrains de santé », *Ethiopique*, (91), 215-236.
- NGOM S., 2021, *Femmes et politiques au Sénégal*, Paris, L'Harmattan.
- NIANG M., DUPÉRE S., BÉDART E., 2015, « Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso », *Santé publique*, (27), 405-414.
- OFFERLÉ M., 1998, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien.
- OFFERLÉ M., 2008. « Retour critique sur les répertoires de l'action collective, 18e-19e siècles », *Politix*, 81 : 181-202.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. et BIERSCHENK T., 1993, « Les courtiers locaux du développement », *Bulletin de l'APAD*, [En ligne], mis en ligne le 04 juin 2008, consulté le 21 octobre 2020.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1993, « Le développement local comme champ politique local », *Bulletin de l'APAD* 6, Marseille, 11-18.

- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1995a, « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête* 1, pp 71-109.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1995b, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2002, « Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue Tiers-Monde*, (168), 737-762.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., JAFFRÉ Y. (ed.), 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignant et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 2008a, « Á la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », Discussion Paper 5. Londres: Africa Power and Politics Programs.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008b, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 2009, « Les huit modes de gouvernance locale en Afrique de l'Ouest », « Working paper », (4).
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., DIARRA A. et MOHA M., 2017, "Travelling models and the challenge of pragmatics contexts and practical norms : the case of maternal health ", Health Recherche Policy Sys.
- OLLION É., 2015. « Des mobilisations discrètes : sur le plaidoyer et quelques transformations de l'action collective contemporaine », *Critique internationale*, 67 : 17-31.
- OLLIVIER C., 2009, « Les écrivains publics : l'impossible naissance d'un vieux métier », in : DEMAZIÈRE D. et GADÉA C. (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- OLSON M., 1978, « Logique de l'action collective, Paris, *Presses Universitaires de France*.
- OZA S., LAWN J.E., HOGAN D.R., MATHERS C., COUSENS S.N., 2015, "Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, (93), 19-28.
- PAMBÉ M.W., SAWADOGO N., 2017, « Dépasser le patriarcat pour mieux définir les féminismes africains ? », *La Découverte*, Travail, genre et sociétés, 2 (38), 187-192.
- PARADEISE C., 1985, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, 27 (1), 17-31.
- PARSONS T., 1939, « The profession and the social structure », *Essays in Sociological Theory*, New York, Free Press, 34-49.
- PASSARD C., 2019, « Politisation », *Publictionnaire*. Dictionnaire encyclopédique et

critique des publics. Mis en ligne le 18 septembre 2019. Dernière modification le 25 novembre 2019.

PASSERON J-C., 1989, « Biographie, flux, trajectoires », *Enquête* [en ligne], 5, mis en ligne le 27 juin 2013, consulté le 3 octobre 2019, URL : <http://journals.openedition.org/enquête/77>.

PAWSON R., TILLEY N., 1997, *“Realistic Evaluation”*, London, UK: Sage Publications.

PÉCHU C., 1996, « Quand les ‘exclus’ passent à l’action », *Politix*, (34), 114-133.

PENEFF J., 2009, *Le goût de l'observation - Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris, La Découverte.

PENEFF J., 1992, *L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Paris, Métalié.

PEREZ F., BA H., DASTAGIRE S.G., ALTMANN M., 2009, *“The Role of Community Health Workers in Improving Child Health Programmes in Mali”*, *BMC International Health and Human Rights*, (9), 28-40.

PERRENOUD M., SAINSAULIEU I., 2018, « Pour ne pas en finir avec l’identité au travail », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Identité au travail, identités professionnelles, mis en ligne le 15 novembre 2018, consulté le 30 novembre 2020.

PICKSTONE J., 1992, *Medical innovations in Historical perspective*, New York, St Martin’s Press.

PIERRU F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Edition du Croquant.

PIERMAY J-L, 2012, « Les frontières de l'autochtonie, de l'enracinement villageois à la construction de la ville africaine » In: Bulletin de l'Association de géographes français, 89e année, 2012-3. Terres et tensions en Afrique, 399-411.

PIETERSE J. N., 1996, “ Globalization and Culture. Three paradigms ”, *Economic and Political weekly*, 31 (23), 1389-1393.

PINAUD S., 2016, « L’émergence d’un gouvernement humanitaire de la pauvreté nutritionnelle en Afrique de l’Ouest. Le cas de l’administration des produits laitiers (1939-1980) », *Revue d’anthropologie des connaissances*, 10 (2), 147-170.

PROUTEAU L., 2001, « Les figures du bénévolat », In: *Recherches et Prévisions*, (63), 19-32.

PROUTEAU L., 1999, *Économie du comportement bénévole*, Paris, Economica.

PROTH B., 2014, « Prêter main forte au traitement du VIH au Tchad. Un sociologue parmi des cliniciens », *Journal des anthropologues*, (138-139), 183-203.

PUEYO V., 1998, « Construction et évolution des compétences : l’exemple des auto-contrôleurs dans la sidérurgie », Actes du 33^e Congrès de la SELF, Paris, 16-18 septembre, 561-571.

- RAVEN J., AKWEONGO P., BABA A., OLIKIRA BAINE S., SALL M. G., BUZIZU, MARTINEAU, 2015, “Using a human resource management approach to support community health workers: expériences from five African countries”, Human Resources for Health, [En ligne].
- RENAHY N., 2005, *Les Gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*, Paris, La Découverte.
- RENARD, E, ROUSSIAU, N et FLEURY-BAHI, G, 2012, « Engagement de groupe, transformation des représentations sociale et modifications comportementales », *Bulletin de psychologie*, 521 (5), 467-477.
- RÉTIÈRE J-N., 2003, « Autour de l’autochtonie. Réflexion sur la notion de capital social populaire », *Politix*, (63), 121-143.
- RICOEUR P., 1969, *Le conflit des interprétations, Essais d’herméneutique*. Paris, Le Seuil.
- RIDDE V., 2003, “Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative”, *Bulletin of the World Health Organization*, 81, (7), 532-538.
- RIDDE V., GIRARD J.-E., 2004, « Douze ans après l' initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l' équité d' accès aux services de santé pour les indigents africains », *Santé publique*, (15), 37-51.
- RIDDE V., 2006, « L' accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? », *Lien social et Politiques*, (55), 149-163.
- RIDDE V., 2011, « Politiques publiques de santé, logiques d' acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 201 |, mis en ligne le 05 mai 2013, consulté le 23 avril 2018.
- RIDDE V., 2012, « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 34-36 |mis en ligne le 19 juillet 2013, consulté le 21 novembre 2020.
- RIDDE V., 2013, *A quoi sert la promotion de la santé ? Essai introductif sur la réduction*, Ouagadougou, Burkina : Harmattan.
- RIDDE V., DRUEZ T., 2016, « La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle. La santé communautaire dans tous ses états ». <https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fhal.archives-ouvertes.fr%2Fhal-01673601>.
- ROLLAND D., 2007, *Glissements de terrain. Une ethnologue dans la vallée de la Matitanana*. Bordeaux, Elytis.
- RUSSEL S. et GILSON L., 1997, “User fee policies to promote health access for the poor: a wolf in sheep's clothing?”, *International Journal of Health Services*, 27 (2), 359-379.
- SAINSAULIEU I., 2006, « Les appartenances collectives à l’hôpital », *Sociologie du travail*, 48 (1), 72-87.

- SAINSAULIEU I., 2009, « Le bon patient est sous contrôle. Communautés de services et pratiques soignantes à l'hôpital », *Revue Suisse de sociologie*, 35(3), 551-570.
- SAINSAULIEU I., AMIOTTE-SUCHET L., SALZBRUNN M., (Eds.), 2010, *Faire communauté en société : Dynamique des appartenances collectives*, Presses universitaires de Rennes.
- SAINSAULIEU I., 2012, « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? », *Revue française de sociologie*, 53-3, 461-492.
- SAINSAULIEU I., SURDEZ M., (dir.), 2012, *Le sens politique du travail*, Paris, Armand Colin.
- SAINSAULIEU I., 2017, *Conflit et résistance au travail*, Paris, Presses de Sciences Po.
- SAINSAULIEU I., SAINT-MARTIN A., dir., 2017, *L'innovation en eaux troubles. Sciences, techniques, idéologies*, Editions du croquant.
- SAINSAULIEU I., SURDEZ, M., ZUFFEREY, E., 2019, " The political socialization of engineers at work. Technoscientific worldviews, professional careers and family life ", *Revue française de science politique*, 69 (3), 439-459.
- SAINSAULIEU I., 2020, *Petite bréviaire de la lutte spontanée*, Paris, Croquant.
- SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail: Les effets culturels de l'organisation*, Paris: Presses de Sciences Po.
- SANÉ Y., 2016, « La décentralisation au Sénégal, ou comment réformer pour mieux maintenir le *statu quo* », *Cybergeog : European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 796, mis en ligne le 05 décembre 2016, consulté le 07 novembre 2020.
- SARR, Fatou, 1998, *Entreprenariat féminin au Sénégal : la transformation des rapports de pouvoir*, Paris, L'Harmattan.
- SARR Felwine, 2016, *Afrotopia*, Paris, Philip Rey.
- SCHRECKER C., 2006, *La communauté, histoire critique d'un concept dans la sociologie anglo-saxonne*, Paris, L'Harmattan.
- SCHNEIDER H., HLOPHE H., VAN RENSBURG D., « Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa : tensions and prospects », *Health Policy and Planning*, 23 (3), 179-187.
- SCHWARTZ O., 2009, « Vivons-nous dans une société de classe », dossiers classes sociales et inégalités : portrait d'une France éclatée, *la vie des idées*, [En ligne], consulté le 03 mars 2021.
- SCOTT J. C., 2019, *La Domination et les arts de la résistance, Fragments du discours subalterne*, Paris, Amsterdam.
- SECK A., 2010, « Sénégal », *Recherche en soins infirmiers*, 90-93.

- SEGRESTIN D., 1984, *Le phénomène corporatiste: essai sur l'avenir des systèmes professionnels fermés en France*, Paris, Fayard.
- SHIBUTANI T., 1986, *Social Processes*, Berkeley, University of California Press, 109-117.
- SIMÉANT J., 2013, « Protester/Mobiliser/Ne pas consentir. Sur quelques avatars de la sociologie des mobilisations appliquée au continent africain », *Revue internationale de politique comparée*, 20 (2), 125-143.
- SIMONET M., 2002, « Give back to the community : le monde du bénévolat américain et l'éthique de la responsabilité communautaire », *Revue française des affaires sociales*, 167-188.
- SIMONET M., 2004, « Penser le bénévolat comme travail pour repenser la sociologie du travail », *Revue de l'ires*, (44), 142-155.
- SIMONET M., 2010, *Le travail bénévole. Engagement citoyen ou travail gratuit ?* Paris, La Dispute.
- SIMONET M. et KRINSKY J., 2012, « Dénis de travail : l'invisibilisation du travail aujourd'hui Introduction », *Sociétés contemporaines*, (87), 5-23.
- SIMONET M., 2018a, « Le revenu universel à l'épreuve du travail bénévole des femmes », *Travail, genre et sociétés*, (40), 169-174.
- SIMONET M., 2018b, *Travail gratuit. La nouvelle exploitation ?* Textuel.
- SINGLY F., 2003, *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin.
- SMITH S., 2018, *La ruée vers l'Europe*, Grasset et Fasquelle.
- STADERINI N., 2011, « Représentations locales du rôle des matrones au Tchad. Une perspective sur les décideurs », In : HANCAR PETITET P. (dir.), *L'art des matrones revisitée. Naissance contemporaines en question*, Faustroll Descartes.
- STARR P., 1982, *The social transformation of american medicine. The rise of a sovereign Profession and the making of a vast industry*, New York, Basic Books.
- STRAUSS A., 1978, "A Social World Perspective", In: DENZIN N. (dir.), *Studies in Symbolic Interaction*, Greenwich, CT, JAI Press, (1), 119-128.
- STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- STROOBANT M., 2013, *Sociologie du travail*, Paris, Armand Colin.
- TAYLOR F. W., 1911, *The principles of scientific management*, Harpers and Brother.
- TALPIN J., 2016, *Une répression à bas bruit. Comment les élus étouffent les mobilisations dans les quartiers populaires*, Métropolitiques.

- TCHANTCHOU YAKAM J.C., 2008, « Les nouveaux acteurs de la lutte contre le VIH/sida : chevauchement et revendication d'utilité au sein des structures existantes », *Médecine tropicale*, (68), 300-305.
- THOEMMES J., 2008, « Sociologie du travail et critique du temps industriel », *Temporalités* [En ligne], 8 | 2008, mis en ligne le 09 juillet 2009, consulté le 03 mai 2019.
- THOMPSON E. P., 1990 [1971]. « L'économie morale de la foule dans l'Angleterre du XVIIIe siècle », in IKNI G.-R. & GAUTHIER F. (dir.), *La Guerre du blé au XVIIIe siècle. La critique populaire contre le libéralisme économique*. Montreuil, Éd. de la Passion : 31-92.
- TILLARD B., 2014, « L'espace domestique des familles populaires : l'enfant vu comme acteur du groupe familial », Presses universitaires de Caen, 2 (46), 135-151.
- TIZIO S., FLORI Y.-A., 1997, « L'initiative de Bamako : "santé pour tous" ou "maladie pour chacun" ? », *Revue Tiers-Monde*, (38), 837-858.
- TIZIO S., 1999, *La coordination dans les économies en développement. Une contribution théorique à la régulation des systèmes de santé subsahariens*, Thèse de Doctorat ès Sciences Economique, Université de Bourgogne.
- TIZIO S., 2003, « Les deux modèles de politique sanitaire dans les pays en développement », *Économie et Société*, (41), 1261-1278.
- TIZIO S., 2004, « Quelle légitimité pour les politiques de santé face aux objectifs de développement durable ? », *Développement durable et territoires*, [En ligne], Dossier 3, mis en ligne 1 mars 2004, consulté le 19 avril 2019.
- TONNIES, F., [1887] 2010, *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure*, Paris, Presses universitaires de France.
- TRONTO J., 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- VAN LERBERGHE W., DE BROUWERE V., 2000, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », In ME. Gruénais et R. Pourtier (Eds.), *La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis*, Paris : La Documentation Française, 175-190.
- VELLEMAN Y., MASON E., GRAHAM W., BENOVA L., CHOPRA M., CAMPBELL O.M.R. et al., 2014, "From joint thinking to joint action: A call to action on improving water, sanitation, and hygiene for maternal and newborn Health". *PLoS Medicine*.
- VERMEERSCH S., 2004, « Entre individualisation et participation : l'engagement associatif bénévole », *Revue française de sociologie*, (45), 681-710.
- VÉZINAT N., 2016, *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, Armand Colin, Malakoff (hauts-de-Seine).
- VIDAL L., FALL A.S., GADOU D. (dir.), 2005, *Les Professionnels de la santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan.

- VIGARELLO G., 1999, *Histoire des pratiques de santé*, Paris, Seuil.
- VIGIL-RIPOCHE, M., 2012, « Prendre soin, care et caring » In : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*, Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers, 244-249.
- VOIROL O., 2005, « Les luttes pour la visibilité. Esquisse d'une problématique », *Réseaux*, 129-130 (1), 89-121.
- VOLLMER H., MILLS D. (eds.), 1966, *Professionalization*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
- WEBER M., 1959, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon.
- WEBER M., 1971, *Economie et société*, Paris, Plon.
- WEBER M., 2003, *Le savant et le politique*, Paris, La Découverte.
- WELLER J.-M., 1999, *L'État au guichet : sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Desclée de Brouwer, Sociologie économique.
- WONE I., HAMED M. N., DIA A.T., 2012, « Gestion axée sur les résultats et stratégies de développement sanitaire en Afrique », *Santé Publique*, (24), 459-464.
- WITORSKI R., 2008, *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris, L'Harmattan.
- YIN R. K., 2003, *Case study research: design and methods*. London: Sage Publications.
- ZOLELIO E., 2011, « Anonymiser les enquêtes. Interrogations ? », *Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, Interrogations, 174-183.

2. RAPPORTS INSTITUTIONNELS

- Note conceptuelle, conférence régionale sur le district sanitaire, Saly, Sénégal, Octobre 2013.
- OMS (1999a). Rapport sur la santé dans le monde, 1999, pour un réel changement: 131.
- OMS (1999b). Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali)
Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger, OMS (Afrique): 4.
- OMS/IWA, (2011). Water safety plan quality assurance tool. Genève, Organisation mondiale de la santé, consulté le 9 février 2015.
- OMS/UNICEF, (2012). Report of the second consultation on Post-2015 monitoring of drinking-water, sanitation and hygiene. La Haye, 3-5 décembre, (http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/WHO,UNICEF,JP,MP,Hague,Consultation,Dec2013.pdf, consulté le 9 février 2015).
- OMS, (2013a). Discours du directeur général. Ouverture du Sommet mondial de l'eau à

Budapest, Budapest (Hongrie).

OMS/UNICEF, (2013b). Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025 (Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée). Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95480/1/9789242505238_fre.pdf?ua=1, consulté le 9 février 2015).

OMS, (2014a). Couverture sanitaire universelle – aide-mémoire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/>, consulté le 9 février 2015).

OMS/ONU-Eau, (2014b). UN-Water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2014 report. Investing in water and sanitation: increasing access, reducing in inequalities. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

OMS/UNICEF, (2014c). WASH POUR L'APRÈS-2015 : Propositions de cibles et d'indicateurs pour l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://www.wsscc.org/sites/default/files/wash_consolidated_factsheet_12pp_web_fr.pdf, consulté le 9 février 2015).

OMS/UNICEF, (2014d). Progrès en matière d'alimentation en eau et d'assainissement : rapport 2014. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 4 September 2015).

OMS/UNICEF, (2015). Meeting the fundamental need for water, sanitation and hygiene services in health care facilities. Réunion mondiale organisée à Madrid, 2014, http://www.who.int/water_sanitation_health.

OMS, (2016). L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Programmes d'agents de santé communautaires dans la Région africaine de l'OMS : données factuelles et options — note d'orientation. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017.

UNICEF, (2019). Politiques et programmes de santé communautaire d'Afrique de l'Ouest et du Centre, 140 p.

World Health Organization (WHO), (1989). “*Strengthening the Performance of Community Workers in Primary Health Care: Report of a WHO Study Group*”, *World Health Organization Technical Report Series*, n 780 [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_780.pdf], Genève, 48 p.

World Bank group by KAR A., SLAVCHESKA V., (1998), Male outmigration and women's work and empowerment in agriculture: the case of Nepal and Senegal, food and Agriculture Organization of the United Nations.

3. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET ARCHIVES

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Sénégal, 2018.
- Bibliothèque Institut Fondamentale de l'Afrique Noire (IFAN)
- Bibliothèque département histoire, UCAD
- Direction de la Prévision et des Études Économiques (DPEE), 2014.
- Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS), Sénégal, 2018.
- Guide de gestion de la réunion mensuelle de coordination du poste de santé.
- Les systèmes d'information en démographie et en sciences sociales. Nouvelles questions, nouveaux outils ? Chaire Quételet 2006.
- Manuel de gestion des médicaments dans les cases de santé.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), annuaire statistique 2015.
- Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC), 2014-2018.
- Programme National de Développement Sanitaire (PNDS), 2009-2018, Sénégal.
- Rapport Sénégal PQIP/DCTP, ABIDJAN 2014.
- Recensement Général de la Population de l'Habitat de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE), Sénégal, 2013.

4. WÉBOGRAPHIE

- Site organisation Mondiale de la santé, secteur Afrique :
<https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/resolutions/AFR-RC58-11,fr,0.pdf>
- <https://pfongue.org/+Kaolack+.html>
- Site de vulgarisation de travaux scientifiques The conversation :
<https://theconversation.com/les-invisibles-du-systeme-de-sante-au-senegal-137456>
- Site web Dakar actu : <https://www.dakaractu.com/M-Le-president-%C2%A0DEUKBI-METINA-TROP%C2%A0Par-Lass-Badiane,a179852.html>
- Site ministère de la Santé du Sénégal : <https://www.msn.com/fr-xl/westafrika/other/les-bajenu-gox-au-front-pour-des-r%C3%A9sultats-salutaires/ar-BB16Loa2>
- Site centre de recherches pour le développement international :
<https://www.quebecscience.qc.ca/sante/bajenu-gox-sante-senegal/>
- Site www.lemonde.fr

TABLE DES ANNEXES

Annexe n° 1 : Livres des codes utilisés dans le document

CODES	CORRESPONDANCES
ESS	Entretien semi-structuré
RDV	Récit de vie
FOCUS GROUP	Focus group numéro
R, 1, 2, 3...	Répondant-e numéro 1
JDT	Journal de terrain
Trad.	traduction
STYLE DE REFERENCEMENT DES DONNEES EMPIRIQUES	
<i>Outils</i>	<i>Exemples de label pour chaque outil</i>
<i>Entretiens semi-structurés (ESS)</i>	outil, initiales, sexe, fonction, âge, nombre d'années d'expérience, milieu de résidence ; Exemple : ESS,AD,Femme,Matrone,34 ans,5 ans d'expérience, ZU
<i>Récit de vie (RDV)</i>	outil, initiales, sexe, fonction, âge, nombre d'années d'expérience, milieu de résidence ; exemple : RDV,AD,Femme,Matrone,34 ans,5 ans d'expérience, ZU
<i>Focus groups</i>	outil, numéro, cible, zone de résidence. ; exemple : focus group, femmes enceintes
<i>Observations</i>	lieu, journal de terrain, année ; exemple : Salle de consultation, JDT, 2017

Annexe n° 2 : Quelques actions/résolutions/déclarations en faveur de la promotion de la sante dans la région africaine de l’OMS

<i>Année</i>	Action/Résolution/Déclaration
1997	1re participation africaine à la conférence mondiale OMS sur la Promotion de la Santé - PS (Jarkata)
2000	Les États Membres demandent à l’OMS/AFRO de produire une stratégie régionale de PS
2001	Adoption de la stratégie régionale de PS par les États
2002	Adoption des lignes directrices de mise en œuvre PS
2008	Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire
2008	Déclaration d’Alger : Réduire le déficit des connaissances pour améliorer la santé en Afrique
2008	Déclaration de Libreville sur la Santé et l’Environnement en Afrique
2009	Organisation de la 7e Conférence mondiale sur la Promotion de la santé au Kenya
2010	La stratégie pour la région africaine d’action sur les principaux déterminants de la santé
2010	Les orientations stratégiques pour l’OMS 2010-2015
2011	Création de la Direction (Cluster) de promotion de la santé au Bureau régional
2012	Adoption de la nouvelle stratégie de promotion de la santé

Source : Houéto et Valentini (2013).

Annexe n° 3 : Typologie des ASC, OMS

NATURE DU TRAVAIL (EXEMPLES)	IDENTITÉ DES AGENTS ET CONDITIONS		TEMPS DE TRAVAIL
	CONDITIONS MINIMALES	CONDITIONS MINIMALES	
Distribution de médicaments de chimio préventif à la population générale, dans le cadre de la lutte contre les maladies parasitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau d'instruction - Orientation minimale lors de chaque intervention - Supervision minimale 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'instruction moyen - Formation initiale - Formation lors de chaque intervention - Supervision moyenne 	Épisodique, 1 à 2 fois par an, en général à plein temps
Distribution de moustiquaires à imprégnation durable dans le cadre de la lutte contre les vecteurs du paludisme dans la population générale			
Administration du vaccin antipoliomyélitique oral pour éradiquer la poliomyélite chez les enfants de moins de cinq ans	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement de rapports minimaux - Volontariat 	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement de rapports minimaux - volontariat ou appointement symbolique 	Épisodique, 3 à 6 fois par an, en général à plein temps
Mobilisation de la population pour des activités de promotion de la santé et d'assainissement de l'environnement			
Surveillance communautaire et consignation des naissances et des décès	<ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau d'instruction - Formation initiale et perfectionnement occasionnel nécessaires - Supervision moyenne 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'instruction moyen - Bénéficie d'une formation initiale et continue approfondie - Vision de haut niveau 	Mensuel, en général à temps partiel
Visite des femmes enceintes à domicile pour les encourager à rechercher des soins qualifiés pour la période prénatale et l'accouchement			
Visite à domicile des femmes au cours du post-partum, et de leurs nouveau-nés, à des fins d'éducation à la santé et de dépistage de maladies	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement de rapports minimaux - Logistique minimale pour les articles de base et autres fournitures 	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement de rapports détaillés - Logistique régulière pour les articles de base et autres fournitures - Une indemnité de transport peut être nécessaire pour les 	Hebdomadaire, en général à temps partiel
Prise en charge intégrée des maladies courantes de l'enfance, telles que les pneumonies et les diarrhées			
Traitement sous observation directe de la tuberculose			Quotidien, temps partiel ou plein

Recherche des contacts dans les cas suspects et confirmés de maladie à virus Ébola, aide aux enquêtes lors des flambes, promotion de la santé, etc.	- Volontariat, appointement régulier ou incitation fondée sur la performance	visites à domicile et la soumission des rapports - Appointement régulier ou incitation fondée sur la performance	temps Selon les besoins
---	--	---	----------------------------

Source : Programmes d'agents de santé communautaires, Région africaine de l'OMS 2017.

Annexe n° 4

Guide d'entretien	Acteurs institutionnels : agents ministères, membres ONG intervenant, élus locaux.
--------------------------	---

Section 1 : Situation globale du système sanitaire (1.1. jusqu'à 1.4.)

Selon vous, quels sont les acquis et les faiblesses principales du système de santé publique au Sénégal ?

- *Est-ce spécifique au Sénégal ou commun avec d'autres pays ?*
- *Quelles sont les évolutions majeures du système de santé publique ces dernières années selon vous ? (On veut voir sur quoi il met l'accent)*
- *Qui prend part aux discussions sur la politique de santé au Sénégal (ministres, ONG, organismes privés...) ? Vous par exemple avec qui vous en parlez ?*
- *Et au niveau régional (Afrique francophone, organisations internationales et africaines) ?*
- *Les ACS sont-ils un dispositif important de la santé publique au Sénégal ?*
- *Quelle évolution majeure a connu le dispositif des ACS selon vous ?*
- *Quels sont les déceptions ou contentements par rapport aux résultats obtenus ? (Avantages et inconvénients de ce dispositif)*

Quelles sont les raisons qui expliquent le recours aux intermédiaires de santé (contexte : socio-politique, financier, structurel) ?

- *Pourquoi le choix de l'amélioration de la santé publique n'a pas porté sur les acteurs classiques (par exemple : les chefs de villages, les imams, les pasteurs, les professionnel de santé) ?*
- *Que pensez-vous des ACS élus au sein de leur population ?*
- *Que pensez-vous des ACS désignés par le personnel soignant ? Laquelle vous paraît plus conciliable avec les attentes sur l'action publique ? Pourquoi ?*
- *Quelle place occupe les ACS dans le système sanitaire ?*
- *Quelle analyse faites-vous du travail des ACS ?*
- *Qu'en est-il de leur engagement dans la prise en charge de la SMNI ?*
- *Pouvez-vous nous raconter un cas typique dans lequel le rôle des ACS a été déterminant pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant ?*
- *Que pensez-vous de leur statut actuel ?*

Comment le travail des ACS est-il encadré ?

- *Qui doivent superviser leur travail ? A quelle fréquence ?*
- *Pourquoi les ACS prodigue de plus en plus des soins ?*
- *Comment jugez-vous cette responsabilisation ?*
- *Sur quoi se basent les ACS pour dérouler des activités ?*

- *Comment les compétences des ACS sont-elles renforcées (sonder : document de référence, apprentissage sur le tas, formation de proximité avec responsable de tutelle)? ?*
- *Comment sont formés les ACS ? Par qui ? A quelle fréquence ?*

Quelles sont les possibilités pour les ACS pour devenir formellement des salariés ?

- *S'il vous plait, prenons cas par cas : 1) bàjjenu gox ; 2) matrone ; 3) relais ; 4) ASC.*
- *Si oui par quelle voie ? Si non, pourquoi ?*

Section 2 : Mode de formatage de l'action publique (2.1. jusqu'à 2.2.)

Quelle est votre perception sur les associations d'ACS ?

- *Quels sont les avantages des associations ?*
- *...et les inconvénients ?*
- *Quel est selon vous le but poursuivi par ces associations érigées à côté du système sanitaire ?*
- *Trouvez-vous ces associations légitimes ou non ? Pourquoi ?*

Comment collaborez-vous avec les ACS (directement ou indirectement) ?

- *Quelle appréciation faites-vous de cette collaboration ?*
- *Quelle importance y a-t-il de collaborer avec les ACS ?*
- *Quel bilan faites-vous de l'action publique basée sur des bénévoles ?*

Quelles appréciations faites-vous des tensions (boycott, faible engagement...) lors de la mise en œuvre des programmes de santé dans certaines zones transfrontalières ?

- *Quelles sont les raisons des boycotts ?*
- *Qu'est-ce qui explique parfois le faible engagement des ACS?*
- *Comment résolvez-vous ces tensions (mécanismes d'apaisement, de contrôle et de tri) ?*
- *Pouvez-vous me donner un exemple précis ?*

QOG⁹² : Voulez-vous partager avec moi d'autres informations supplémentaires ?

Section 3 : Identification

Nom, Prénom, Sexe, Age, Profession, Durée dans la profession.

Heure de début :, Heure de fin :

⁹² Q : Question ; O : Ordre ; G : Général

Annexe n° 5

Récit de vie	Acteurs communautaires de santé (ACS)
---------------------	--

Section 1 : Description du travail des ACS dans le dispositif sanitaire

Quels sont vos différents rôles en tant que ACS ?

- *Pouvez-vous nous décrire votre rôle au niveau communautaire*
- *...et dans la structure de santé (case, poste ou centre) ?*
- *Dans quelles activités êtes-vous sollicités ?*
- *Quelles tâches effectuez-vous ? Pouvez-vous me donner des exemples ?*
- *Pouvez-vous me dire quelles sont les tâches que vous effectuez le plus volontiers ? pourquoi ?*

Combien de temps vous prennent ces activités ?

- *Combien de temps vous prennent chacune de ces activités dans la journée ?*
- *Exercez-vous une autre activité ?*
- *Existe-t-il un lien de causalité entre vos activités sanitaires et cette autre occupation connexe ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?*
- *Laquelle de ces activités souhaiteriez-vous continuer à exercer ?*
- *Pensez-vous continuer à être ACS l'année prochaine ? Que pensez-vous faire dans 5 ans ?*

Section 2 : Perceptions autour de l'engagement communautaire bénévole

Quel est votre entendement l'engagement communautaire bénévolat ?

- *Qu'est-ce que le bénévolat selon vous ?*
- *Quelles sont ses principaux avantages pour vous ?*
- *... et ses inconvénients ?*
- *Est-ce que vous vous considérez comme un bénévole ? Si oui, dans quelle mesure ? Si non, comment définissez-vous votre statut actuel ?*

Comment avez-vous été impliqué dans le dispositif de santé communautaire ?

- *Qui vous a proposé de devenir ACS ? Comment ça s'est passé ?*
- *Qu'est-ce qui vous a donné envie de vous engager ?*
- *Votre engagement a-t-il augmenté ou diminué avec le temps ? Pouvez-vous nous donner des exemples précis ?*

Section 3 : Nature du lien entre les ACS et les populations locales

Quelle perception avez-vous de la population locale ?

- *Quelle perception avez-vous de la population circonscrite dans votre zone de responsabilité sanitaire ?*
- *Quelles limites donnez-vous à la santé communautaire (familiale, tribale, ethnique ou autre) ? Pourquoi ?*
- *Est-ce un membre de la population vous a déjà aidé parce que vous étiez ACS ?*
- *Recevez-vous régulièrement des aides venant de la population ? En quoi cela consiste ? Qu'est-ce que cela vous apporte ?*
- *Comment appréciez-vous ces faveurs ? Pensez-vous que ces faveurs sont à la hauteur des services que vous les rendez ?*

Quelles sont vos relations avec la population locale dans la mise en œuvre de la SMNI ?

- *Comment sont vos relations avec les parents (Mères, gardiennes d'enfant, père) des enfants bénéficiaires des campagnes de santé dans le village ?*
- *Quel groupe est le plus collaboratif à votre endroit ? Pourquoi selon vous ?*
- *Selon vous, à quoi est dû le manque de collaboration des autres groupes ?*
- *Y'a-t-il des moments de tension ? Qu'est ce qui se passe dans ces cas-là ? Avez-vous un exemple qui vous vient à l'esprit ? Une anecdote que vous pourriez me raconter ?*
- *Comment faites-vous pour gérer ces problèmes/tensions ?*

Quels sont vos rapports avec les autorités locales ?

- *Qui sont les autorités que vous invitez dans vos mobilisations sociales ? De manière générale, qui sont celles qui répondent favorablement à vos invitations ?*
- *Quelles sont les réunions publiques que votre casquette d'ACS vous permet de participer ? Comment appréciez-vous vos participations à ces rencontres ?*

Section 4 : Division du travail, formes et procédés de professionnalisation

Comment vous vous partagez le travail avec le personnel soignant?

- *Quelles sont les tâches qui vous sont déléguées par votre responsable de tutelle (Médecins, infirmiers ou Sages-femmes) ? A quelles occasions ?*
- *Qu'est-ce que cela vous fait de devoir réaliser cette tâche ?*
- *Selon vous, pourquoi le personnel soignant vous délègue ces tâches ?*

Comment le personnel soignant vous nomme-t-il ? Pourquoi ?

- *Quelle appréciation faites-vous de cette manière de vous nommer ?*
- *Selon vous, sur quel critère repose cette appellation (sonder : genre, ancienneté, compétence, etc.) ? Pour vous qu'est-ce qui explique l'accentuation sur ce critère ?*

Avez-vous noté des avancés sur votre situation socioprofessionnelle depuis votre engagement jusqu'à nos jours ? Lesquels ?

- *Est-ce qu'il vous arrive de prendre des initiatives ? Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé la dernière fois que vous aviez pris une initiative ?*
- *Est-ce que vous avez pris cette initiative tout (e) seul (e) ? Est-ce que vous vous êtes concerté avec quelqu'un avant de le faire ? Si oui, qui ? Si non, pourquoi ?*
- *Qu'est-ce qui vous intéresse dans le fait d'être ACS ?*
- *Comment s'est passé votre intégration à la communauté hospitalière ? Quels sont les éléments qui montrent votre intégration ?*
- *Avez-vous ressenti des freins au moment de vous intégrer ? Si oui, lesquels ?*
- *Quelles sont, selon vous, les raisons de boycotts ou faibles engagements observés chez certains ACS ?*

Quels sont les défis liés à votre situation d'homme, de femme ou de jeune ?

- *Quelles barrières rencontrez-vous dans l'exercice des activités ACS ?*
- *Quelle place accordez-vous à votre sexe (homme ou femme) dans l'exercice de votre fonction ACS ?*
- *Qu'en est-il de votre âge ?*
- *... et votre statut de marié (e) (chef de ménage) ?*

Annexe n° 6

Guide d'entretien	Acteurs populations locales : mères, gardiens (nes) d'enfant, autorités locales.
--------------------------	---

Section 1 : Perceptions autour du bénévolat

Quel est votre entendement du bénévolat ?

- *Quel sens donnez-vous au bénévolat ?*
- *Quelles sont ses principaux avantages selon vous ?*
- *... et ses inconvénients ?*
- *Comment vous considérez votre ACS ? Si oui, dans quelle mesure ?*
- *Comment définissez-vous son statut actuel ?*

Comment votre ACS a été impliqué dans le dispositif de santé communautaire ?

- *Pouvez-vous revenir de façon détaillée sur l'épisode de son implication ?*
- *Quelle appréciation faites-vous de cette modalité d'implication ?*

Quels sont les différentes prestations de services effectuées par les ACS : *bàjjenu gox*, matrone, relais, ASC ?

- *Quelles appréciations faites-vous de ces services pour la mère et l'enfant ?*
- *Comment appréciez-vous la sensibilisation pour adopter les bons comportements de santé ?*
- *Quels sous-groupe d'ACS est plus collaboratif ? Pourquoi ?*
- *Pouvez-vous me donner un exemple précis ?*

Section 2 : Nature du lien entre les populations locales et les ACS

Comment définissez-vous la nature de vos relations avec les ACS ?

- *Avez-vous déjà eu à rendre service à un ACS ? Si oui, en quoi ? Si non pourquoi ?*
- *Comment appréciez-vous ces faveurs ? Pensez-vous que ces faveurs sont à la hauteur des services que vous les rendez ?*

Quelles sont vos relations avec les ACS dans pour améliorer la SMNI ?

- *Quelle est la place de l'enfant ? Quelles compétences doit avoir un ACS pour répondre à vos attentes ?*
- *Comment interagissez-vous avec les ACS dans la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire ?*
- *Quel sous-groupe est le plus collaboratif selon vous ? Pourquoi ?*
- *Selon vous, à quoi est dû le manque de collaboration des autres groupes ?*
- *Quelles catégories (femme/homme) sont le plus collaboratives selon vous ? Pourquoi ?*
- *Y'a-t-il des moments de tension ? Qu'est ce qui se passe dans ces cas-là ? Avez-vous un exemple qui vous vient à l'esprit ? Une anecdote que vous pourriez me raconter ?*
- *Comment faites-vous pour gérer ces problèmes/tensions ?*

Quels sont les rapports entre les autorités locales et les ACS ?

- *Qui sont les ACS qui vous invitent dans leurs rencontres ?*
- *Quelles sont les réunions publiques dont les ACS sont conviés ?*
- *Comment appréciez-vous la participation des ACS à ces réunions ?*

Section 3 : Sens donné aux associations et à la mobilisation collective des ACS

Comment percevez-vous les associations d'ACS : *bàjjenu gox*, matrone, relais, ASC ?

- *Quelles sont les activités de ces associations ?*
- *Comment jugez-vous ces activités ?*

A partir de quel moment les ACS se mobilisent-ils ?

- *Quelles sont les principales modes d'action lors de mobilisations des ACS ?*
- *Comment percevez-vous la mobilisation collective des ACS ?*

QOG⁹⁴ : Voulez-vous partager avec moi d'autres informations supplémentaires ?

Section 4 : Identification

Nom, Prénom, Sexe, Age, Situation matrimoniale, Religion, Fonction, Durée dans le village, Durée dans la profession,

⁹⁴ Q : Question ; O : Ordre ; G : Général

Comment votre ACS a été impliqué dans le dispositif de santé communautaire ?

- *Pouvez-vous revenir de façon détaillée sur l'épisode de son implication ?*
- *Quelle appréciation faites-vous de cette modalité d'implication ?*

Quels sont les différentes prestations de services effectuées par les ACS : bàjjenu gox, matrone, relais, ASC. ?

- *Quelles appréciations faites-vous de ces services pour la mère et l'enfant ?*
- *Comment appréciez-vous la sensibilisation pour adopter les bons comportements de santé ?*
- *Quels sous-groupe d'ACS est plus collaboratif ? Pourquoi ?*
- *Pouvez-vous me donner un exemple précis ?*

Section 3 : Division du travail, formes et procédés de professionnalisation

Comment vous vous partagez le travail avec les ACS?

- *Quelles sont les tâches que vous leur déléguez? A quelles occasions ?*
- *Qu'est-ce que cela fait aux ACS de devoir réaliser cette tâche ?*
- *Pourquoi vous leur déléguez ces tâches ?*

Comment nommez- vous les ACS ? Pourquoi ?

- *Selon vous, sur quel critère repose cette appellation (sonder : genre, ancienneté, compétence, etc.) ?*
- *Pour vous qu'est-ce qui explique l'accentuation sur ce critère ?*

Avez-vous noté des avancés sur la situation socioprofessionnelle des ACS? Lesquels ?

- *Est-ce qu'il arrive aux ACS de prendre des initiatives ? Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé la dernière fois qu'un ACS vous avait pris une initiative ?*
- *Est-ce qu'il avait pris cette initiative tout (e) seul (e) ? Est-ce qu'il s'est concerté avec quelqu'un avant de le faire ? Si oui, qui ? Si non, pourquoi ?*
- *Qu'est-ce qui les intéresse dans le fait d'être ACS ?*
- *Comment s'est passé leur intégration à la communauté hospitalière ? Quels sont les éléments qui montrent leur intégration ?*
- *Quels étaient les freins au moment de les intégrer ?*

Annexe n° 8

Guide <i>focus-group</i>	Acteurs communautaires de santé (ACS) et saisonniers
---------------------------------	---

Section 1 : Description du travail des ACS dans le dispositif sanitaire

- *Quels sont vos différents rôles en tant que ACS ?*
- *Combien de temps vous prennent ces activités ?*

Section 2 : Perceptions des ACS autour du bénévolat

- *Quel est votre entendement du bénévolat ?*
- *Comment avez-vous été impliqué dans le dispositif de santé communautaire ?*

Section 3 : Nature du lien entre les ACS et les populations locales

- *Quelle perception avez-vous de la population locale ?*
- *Quelles sont vos relations avec la population locale dans la mise en œuvre de la SMNI ?*
- *Quels sont vos rapports avec les autorités locales ?*

Section 4 : Division du travail, formes et procédés de professionnalisation

- *Comment le personnel soignant vous nomme-t-il ? Pourquoi ?*
- *Avez-vous noté des avancés sur votre situation socioprofessionnelle depuis votre engagement jusqu'à nos jours ? Lesquels ?*
- *Quels sont les défis liés à votre situation d'homme, de femme ou de jeune ?*
- *Comment vous vous partagez le travail avec le personnel soignant ?*

Section 5 : Associativité, politisation et mobilisation collective des ACS

- *Que pensez-vous des associations d'ACS ?*
- *Quelles occasions nécessitent une mobilisation collective ?*
- *Quelles sont, selon vous, les raisons de boycotts ou faibles engagements observés chez certains ACS ?*
- *Quelle place occupe la politique dans votre vie ?*
- *Qu'est ce qui a accentué votre politisation ?*

- *Pour quel parti militez-vous ? Pourquoi ?*
- *Qu'est-ce que cette politisation à changer dans votre condition de bénévole ?*

QOG⁹⁶ : Voulez-vous partager avec moi d'autres informations supplémentaires ?

Section 6 : Identification

Fiche des participants								
Nom du village :								
Caractéristiques du groupe :								
Date :								
Heure :								
Lieu de l'interview :								
N°	Nom	Prénom	Age	Situation Matrimoniale	Niveau d'étude	Fonction	Durée Dans fonction	Durée dans le village
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

⁹⁶ Q : Question ; O : Ordre ; G : Général

Observations spécifiques :

Annexe n° 9 : Formulaire de cartographie des acteurs sociaux de santé

Nom/ Sigle
Conditions et date de création
Nombre de membres	Homme : .../.../.../ Femme : .../.../.../
Domaine d'intervention
Bilan d'activités
Mode de fonctionnement : financier, administratif, etc.
Acteurs en collaboration
Organigramme
Statut juridique
Autres commentaires

Annexe n° 10 : Lettre administrative d'introduction



Université Cheikh Anta Diop (UCAD) Laboratoire de Sociologie et d'Economie

Département de sociologie

Lettre d'introduction pour des recherches doctorales

Objet: Mobilisation collective des ACS dans l'organisation sanitaire au Sénégal : De l'engagement bénévole à l'émergence d'un groupe professionnel ?

Inscrit, dans une perspective éclectique à cheval entre la santé publique, la science politique, l'anthropologie, la sociologie ; cette thèse se mène en codirection entre l'UCAD et l'Université de Lille.

Axée sur une réflexion autour du changement social provenant de « mobilisations à bas-bruits », cette thèse se vise à comprendre les facettes de l' « engagement bénévole ». L'objectif principal est de fournir une typologie des engagements des individus dans la cause des communautés qui prend en compte les oscillations entre les parties prenantes de l'action publique (acteurs institutionnels, organisationnels et communautaires). Cette découverte permettra, d'une part, de repenser le développement local à l'aune des attentes des autochtones et, d'autre part, d'appréhender un modèle communautaire de cogestion des secteurs d'activités porteurs de croissance.

A cet égard, des séjours alternatifs sont prévus pour des phases de collectes de données (dans les districts de Kaolack et Kolda) et des phases de production Scientifique (articles, chapitre d'ouvrage, etc.). Cette recherche sera menée par M. Abdoulaye Moussa Diallo, doctorant et chercheur au Centre Lillois d'Etudes et de Recherches Sociologiques et en Economiques (CLERSE, UMR 8019).

L'intéressé prendra contact avec vous afin d'échanger sur attentes autour de l' « engagement bénévole » des Acteurs Communautaires de Santé (les individualités : *bàjjenu gox* (marraine de village/quartier), les relais polyvalents, les matrones et les agents de santé communautaire (ASC) ; les groupes : sont le cercle des maris, le groupe stratégique des grands-mères et les membres de comité de santé).

Ainsi, vous saurais-je gré des informations que vous voudriez bien mettre à sa disposition dans le cadre de ce travail important pour l'organisation sanitaire et la dynamique de professionnalisation.

Ampliations

Responsables des collectivités territoriales

Médecins Chefs de Région (Kaolack et Kolda)

Médecins Chefs de Districts (Kaolack, Guiguinéo, Kolda et MYF) Chef de département de sociologie

Personnel soignant

Acteurs communautaires

ONG et intervenants dans la santé communautaire

Annexe 11 : Exemples d'attestations d'ACS livrées par les districts sanitaires et la Croix Rouge


République du Sénégal
Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Région Médicale de Kolda
District Sanitaire de Kolda


ATTESTATION

Décernée à ASTOU KOMBE BOYE

pour reconnaissance du mérite à sa participation avec succès du
25 au 27 Octobre 2013 aux Journées Nationales de Vaccination Synchronisée
contre la Poliomyélite.

Le Médecin Chef de Région
Le Médecin Chef de District








PROJET : 2017/PRYC/000864
« RENFORCEMENT DES CAPACITES POUR UNE GOUVERNANCE LOCALE PARTICIPATIVE AVEC UNE APPROCHE GENRE DANS
8 COMMUNES DES REGIONS DE ZIGUINCHOR ET KOLDA »

ATTESTATION

Décernée à

M né(e) le à

Pour sa participation à l'atelier de formation des Membres du cadre de concertation sur l'organisation, les missions, le fonctionnement du cadre de concertation et l'élaboration du budget participatif.

Tenu du au 2019

À

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

COORDONNATEUR
FORMATEUR

Ansoumana SANE
Tidiane NDIAYE

Annexe 12 : Exemple de badge confectionné par le ministère de santé et de l'action sociale



Annexe 13 : Espace de sensibilisation/counselling dédié aux acteurs communautaires



Annexe 14 : Liste des cibles touchées et présentation synthétique des enquêtés

Les tableaux ci-dessous présentent l'ensemble des enquêtés que nous avons interviewés et les regroupent selon certaines caractéristiques majeures : la carrière pour les ACS, la fonction et la rhétorique du bénévolat pour les acteurs institutionnels et les attentes envers les ACS pour les populations locales. Ce classement vise en premier lieu à présenter l'échantillon ainsi que sa structure, de manière claire et intelligible. Il ne reprend donc pas l'ensemble des catégories analytiques présentées dans ce travail.

1. Les carrières caractérisées par une articulation entre légitimité et identité professionnelle

<i>Statut dans la santé communautaire ; personnel bénévole de soutien</i>									
Enquêté	Âge	Situation familiale	Années d'expérience	Mode d'implication	Sous-catégorie	Membre association	Orientation professionnelle	Identité projetée	Carrière ACS
F	27	Célibataire sans enfant	3	Désignée par Sage-femme	Matrone	Non	Emploi EPS	Diplôme de sage-femme	Peu satisfaisante
H	51	Marié polygame 5 enfants	10	Élu par la population	Relais, chargée de l'éducation pour la santé	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
F	49	Mariée avec 4 enfants	7	Élue par la population	Relais/DSDOM	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
F	53	Mariée avec 7 enfants	20	Élue par la population	Relais	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
F	33	Divorcée avec 3 enfants	9	Élue par la population	Aide-soignante	Oui	Recrutement ONG	Salariée	Satisfaisante
F	27	Célibataire 1 enfant	5	Désignée par l'infirmier	Aide-soignante	Oui	Emploi EPS	Volontaire	Très satisfaisante
H	45	Marié avec 2 enfants	13	Élu par la population	Aide-soignante	Oui	Recrutement ONG	Salarié	Satisfaisante
F	54	Mariée avec 6 enfants	6	Désignée par la population	Relais	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante

H	43	Marié polygame, 3 enfants	6	Désignée par la population	<i>Bàjjenu gox</i>	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Peu satisfaisant
F	37	Divorcée avec 1 enfant	5	Désignée par le chef du village	Relais/DSDOM	Oui	Recrutement ONG	Salarié	Très satisfaisante
F	41	Mariée, 5 enfants	4	Désignée par la population	<i>Bàjjenu gox</i>	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
F	48	Mariée, 8 enfants	8	Désignée par la population	<i>Bàjjenu gox</i>	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
H	41	Célibataire sans enfant	7	Désigné par l'infirmière	Aide-soignant	Non	Emploi EPS	Volontaire	Peu satisfaisante
F	38	Divorcée avec 2 enfants	9	Désigné par l'infirmière	Relais/aide-soignante	Oui	Emploi EPS, Recrutement ONG	Salarié	Très satisfaisante
F	47	Veuve, 8 enfants	6	Désignée par la population	<i>Bàjjenu gox</i>	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
H	41	Marié monogame, 4 enfants	8	Désigné par l'infirmier major	Aide-soignant	Non	Emploi EPS	volontaire	Satisfaisante
H	40	Célibataire sans enfant	11	Élu par la population	Aide-soignant	Non	Emploi EPS	volontaire	Peu satisfaisante
H	45	Marié monogame, 3 enfants	10	Désigné par l'infirmière	Aide-soignant	Non	Emploi EPS	Diplôme d'infirmier	Satisfaisante
F	35	Mariée, 3 enfants	6	Désignée par sage-femme	Matrone	Non	Emploi EPS	volontaire	Satisfaisante
F	28	Mariée, 1 enfant	1	Désignée par sage-femme	Matrone	Non	Emploi EPS	Diplôme de sage-femme	Satisfaisante
F	56	Mariée, 9 enfants	11	Désignée par la population	<i>Bàjjenu gox</i> , présidente réseau national	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante

F	32	Célibataire sans enfant	5	Désigné par l'infirmière	Aide-soignante	Non	Emploi EPS	volontaire	Satisfaisante
F	31	Mariée, 1 enfants	2	Désigné par l'infirmière	Matrone	Non	Emploi EPS	Diplôme de sage-femme	Très satisfaisante
H	44	Marié monogame, 3 enfants	15	Élu par la population	Aide-soignant, président ARPV	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Très satisfaisante
H	47	Marié monogame, 1 enfant	12	Élu par la population	Aide-soignant/relais	Oui	Emploi EPS	-	-
F	50	Mariée, 2 enfants	11	Élu par la population	Matrone-relais	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	-
H	39	Marié monogame, 1 enfant	8	Désignée par la population	Dépositaire	Non	Emploi EPS	volontaire	Satisfaisante
H	40	Marié monogame, 1 enfant	10	Désignée par la Mairie	Gestionnaires trésoriers	Oui	Fonctionnaire municipal	Responsable politique	Très satisfaisante
F	44	Divorcée, 2 enfants,	7	Désigné par l'infirmière	Ancienne aide-soignante, actuelle superviseur de projet de santé	Oui	Recrutement ONG ; Auto-salariat, tâcheronnat	volontaire	Peu satisfaisante
F	49	Divorcée, 4 enfants,	14	Élu par la population	Ancienne matrone, devenue vendeuse	Oui	Auto-salariat, tâcheronnat	Entrepreneur développement local	Satisfaisante

2. Des rhétoriques sur le rôle d'ACS caractérisées par l'articulation entre utilité et attente

<i>Statut dans la santé communautaire : autorité de tutelle des ACS</i>						
Enquêté	Institution	Fonction	Contrat proposé aux ACS	Formes de négociation avec ACS	Orientation professionnelle	Appréciation carrière ACS
F	MSAS	Coordonnatrice cellule de santé communautaire	Bénévolat	Insignes professionnels	Mise sous tutelle	Très satisfaisante
H	Région médicale	médecin	Bénévolat	Insignes professionnels	Formation (communication et sensibilisation)	Très satisfaisante
H	CLM	Chargé de la SMNI	Volontariat	Per diem	Formation (prise en charge nutrition)	Très satisfaisante
F	Unicef	Agent	Volontariat	Per diem	Prestataire	Très satisfaisante
H	<i>Africare</i>	Facilitateur de projet	Volontariat	Per diem	Prestataire	Très satisfaisante
H	Croix rouge	Responsable de zone	Volontariat	Per diem	Formation scoutisme	Très satisfaisante
H	<i>Ofad Naforé</i>	Agent	Volontariat	Per diem	Formation paramédicale	Très satisfaisante
H	Micronutriments Initiative	Chargée du partenariat	Volontariat	Per diem	Prestataire	Très satisfaisante
H	Mairie Kaolack	Chargé commission de santé	Bénévolat	Militant politique	Fonctionnaire municipal	Peu satisfaisante
H	Mairie Kolda	Secrétaire municipal	Bénévolat	Militant politique	Fonctionnaire municipal	Peu satisfaisante
H	Centre de santé	Médecin	Bénévolat/ Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
H	Centre de santé	Infirmier, chargé des soins primaires	Bénévolat/ Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
H	Centre de santé	médecin	Bénévolat/ Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
F	Centre de santé	Maitresse sage-femme	Bénévolat/ Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
F	Poste de santé	Sage-femme	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante

H	Poste de santé	Infirmier-chef	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
F	Poste de santé	Sage-femme	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
H	Poste de santé	Infirmier-chef	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
F	Poste de santé	Sage-femme	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
H	Poste de santé	Infirmier-chef	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
F	Poste de santé	Sage-femme	Volontariat	Gratification mensuelle	Prestataire	Satisfaisante
H	Mosquée	Imam	Travail	Salaire	Travailleur	Peu satisfaisante
H	Quartier	Chef de quartier	Travail	Salaire	Travailleur	Peu satisfaisante
H	Village	Chef de village	Travail	Gratification mensuelle, <i>per diem</i> , salaire	Prestataire	Satisfaisante

3. Les opinions des femmes en âge de reproduction envers des ACS reposant sur l'évaluation de leur utilité sociale

<i>Statut dans la santé communautaire ; bénéficiaires de soin</i>						
Enquêté	Âge	Situation familiale	Expérience avec ACS	Zone de résidence	Perception statut ACS	Appréciation utilité ACS
F	22	Mariée, 2 enfants, ménage monogame, époux ouvrier, revenus modeste	Accompagnement consultation durant la grossesse	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	26	Mariée, 3 enfants, ménage monogame, époux agriculteur, revenus modeste	Rappel du calendrier vaccinal	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	27	Mariée, 3 enfants, ménage monogame, époux tailleur, revenus moyen	Respect de l'intimité durant l'accouchement	Urbaine	Fonctionnaire municipal	Très satisfaisante

F	19	Mariée, 1 enfant, ménage polygame, époux fonctionnaire municipal, revenus moyen	Sensibilisation, <i>counselling</i> (contraception)	Rurale	Volontaire représentant population	Très satisfaisante
F	20	Mariée, 2 enfants, ménage polygame, époux maçon, revenus modeste	Récupération nutritionnelle	Rurale	Employé ONG	Très satisfaisante
F	29	Mariée, 4 enfants, ménage monogame, époux vendeur ambulant, revenus modeste	Accès à crédit aux médicaments et prestations médioco-pharmaceutique	Urbaine	Fonctionnaires municipaux	Très satisfaisante
F	32	Mariée, 2 enfants, ménage monogame, époux chauffeur particulier, revenus moyen	Respect de l'intimité durant l'accouchement	Urbaine	Volontaire représentant population	Très satisfaisante
F	33	Mariée, 5 enfants, ménage polygame, époux transporteur moto, revenus modeste	Accès à crédit aux médicaments et prestations médioco-pharmaceutique, Récupération nutritionnelle	Urbaine	Employé ONG	Très satisfaisante
F	44	Veuve, 7 enfants, vendeuse restaurant, revenus modeste	Rappel du calendrier vaccinal de l'enfant	Urbaine	Employé ONG	Très satisfaisante
F	31	Mariée, 4 enfants, ménage monogame, époux apiculteur, revenus modeste	Respect de l'intimité durant l'accouchement	Rurale	Employé ONG	Très satisfaisante
F	22	Célibataire, 2 enfants, employée dans service	Sensibilisation, <i>counselling</i> (contraception)	Urbaine	Employé ONG	Satisfaisant
F	20	Célibataire, 1 enfant, vit chez ses parents retraités	Sensibilisation, <i>counselling</i> (contraception)	Rurale	Employé ONG	Très satisfaisante
F	39	Divorcée, 3 enfants, vit chez ses parents	Rappel du calendrier vaccinal de l'enfant	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	33	Mariée, 4 enfants, ménage polygame, époux maraicher, revenus moyen	Récupération nutritionnelle	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	30	Mariée, 2 enfants, ménage polygame, époux agriculteur, revenus modeste	Récupération nutritionnelle	Rurale	Employé ONG	Très satisfaisante
F	28	Mariée, 2 enfants, ménage polygame, époux agriculteur, revenus moyen	Accompagnement consultation durant la grossesse	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante

F	49	Mariée, 8 enfants, ménage monogame, époux commerçant, revenus moyen	Sensibilisation, <i>counselling</i> (contraception)	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	36	Mariée, 5 enfants, ménage monogame, époux pompiste station-service, revenus moyen	Accès à crédit aux médicaments et prestations	Urbaine	Fonctionnaires municipaux	Très satisfaisante
F	35	Mariée, 3 enfants, ménage polygame, époux transporteur moto, revenus modeste	Accès à crédit aux médicaments et prestations	Urbaine	Volontaire représentant population	Très satisfaisante
F	23	Mariée, 1 enfants, ménage monogame, époux vendeur, revenus modeste	Accompagnement consultation durant la grossesse	Urbaine	Volontaire représentant population	Très satisfaisante
F	40	Mariée, 3 enfants, ménage polygame, époux sans emploi, revenus modeste	Récupération nutritionnelle	Rurale	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	41	Mariée, 5, enfants, ménage polygame, époux mécanicien, revenus modeste	Accès à crédit aux médicaments et prestations	Urbaine	Employé des EPS	Très satisfaisante
F	32	Mariée, 2 enfants, ménage monogame, époux agriculteur, revenus moyen	Respect de l'intimité durant l'accouchement	Rurale	Employé ONG	Très satisfaisante

© 2021.