Pole 4

Sciences Sociales et Santé - vol. IV - n° 3-4 - novembre 1986

29.07.87
O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire
N° : 23771
Cote : B 30 M

LES ENJEUX SOCIAUX DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
Les comités de santé à Pikine (Sénégal)

Didier Fassin*, Emile Jeannée**,
Gérard Salem***, Marc Réveillon**

La participation des populations, qui est l'un des principes fondamentaux proclamés à Alma Ata pour les soins de santé primaires [13], fait actuellement partie des déclarations d'intention de la plupart des actions sanitaires dans le Tiers-Monde : tout responsable d'un projet ou d'un plan de développement se doit de l'inscrire dans ses objectifs. Or, que ce soit dans les documents préparatoires ou dans les rapports d'évaluation où elle est discutée, la participation semble aller de soi, c'est-à-dire être à la fois souhaitée et réalisable.

A lire ces textes qui décrivent la communauté comme un groupe dont « les membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques économiques, sociales et culturelles communes, ainsi que par des intérêts et des aspirations communs » [13], on s'imagine volontiers les villageois [6] ou les citadins [7] vivant au milieu d'une collectivité homogène où chacun exerce égalitairement son droit à l'expression, et où

* Didier Fassin, médecin et sociologue, INSERM, U. 164, 44 chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet.

** Emile Jeannée, médecin épidémiologiste, Marc Réveillon, économiste, Projet Soins de Santé Primaires à Pikine, B.P. 10015, Dakar, Sénégal.

*** Gérard Salem, géographe, ORSTOM, UR 401, Urbanisation et Santé, B.P. 1386, Dakar, Sénégal.

Nous remercions pour l'aide qu'il nous a apportée M. Birama Ndiaye, président de l'Association pour la Promotion de la Santé à Pikine, et les membres des comités de santé qui nous ont permis d'en mieux comprendre le fonctionnement, ainsi que M. Abdoul Sow pour sa collaboration à l'enquête de M. Aosaka pour la préparation du manuscrit.

tous contribuent à l'effort commun pour une amélioration des conditions sanitaires. Cette vision, qui participe d'une représentation communautaire (référence implicite à la *Gemeinschaft* de Tönnies) des sociétés dites traditionnelles où les solidarités mécaniques contribuent à constituer une société unitaire et indifférenciée, pour parler comme Durkheim [4], semble négliger l'existence de groupes sociaux de statuts inégalitaires et d'intérêts divergents, depuis longtemps bien connue des anthropologues [2] : les sociétés africaines, asiatiques ou sud-américaines ne constituent pas plus des communautés et ne sont pas moins indemnes de tensions et de conflits que les sociétés occidentales.

Et de fait, partout où elle est mise en œuvre, la participation des populations aux actions sanitaires s'inscrit dans une structure sociale, une organisation politique et un système de représentations de la société et de sa santé, qui déterminent les modalités réelles de fonctionnement de cette participation [12]. Faute d'en tenir compte, les responsables de santé publique, étrangers ou autochtones, se condamnent souvent à accepter le discours de quelques hommes politiques, qui se déclarent représentants des populations, comme une émanation réelle de la volonté commune [8]. En étudiant comment sont choisis - ou se choisissent - ces représentants, et de qui ils sont les porte-parole, il ne s'agit pas de dénoncer des pratiques politiques ou sociales, mais de déterminer qui s'exprime, et pour qui. C'est-à-dire de comprendre les enjeux sociaux de la participation communautaire.

L'expérience de comités de santé menée à Pikine, dans la banlieue de Dakar, depuis une dizaine d'années, paraît intéressante, car elle illustre de manière exemplaire les questions que pose toute prise en charge de leur santé par les populations : qui parle - et de quoi - dans les comités ? A qui - et à quoi - sert la participation ? Questions d'intérêt théorique ayant en même temps des implications importantes pour les pratiques de développement.

Au départ, cette expérience pikinoise semble se fonder sur un jeu de mots qui restitue au terme « participation » son double sens : les populations participent aux soins en payant leur consultation, et participent aux décisions à travers leurs représentants. Les comités de santé, qui ont pour fonction de gérer l'argent encaissé dans les postes de soins et d'exprimer les opinions des habitants des quartiers, se situent bien sur ce double registre de la participation.

L'histoire des comités de santé

La population de Pikine s'est constituée, depuis le début des années cinquante où n'existait qu'un noyau villageois de quelques milliers d'habitants, selon un double mouvement : d'une part, les déplacements des bidonvilles de Dakar - « déguerpissements » dans le langage administratif - par vagues successives permettant un accès *régulier* à la propriété ; d'autre part, l'installation sur des terrains achetés aux propriétaires coutumiers selon un processus *irrégulier* puisqu'en dehors de la loi foncière sur le domaine national. En 1986, la population est estimée à environ 650 000 habitants - par extrapolation très approximative du recensement de 1976 - avec une période de doublement de cinq ans et une croissance qui se fait essentiellement sur le mode irrégulier depuis une dizaine d'années.

Le système de soins s'est développé en deux temps : jusqu'en 1975, les dispensaires et maternités du secteur public sont sous le contrôle de la Municipalité, alors que le secteur privé se compose de dispensaires de mission catholique à vocation humanitaire et de cliniques d'accouchement privées à but lucratif ; à partir de 1975, à la suite d'une mission d'évaluation, un projet de coopération belgo-sénégalais tente de coordonner et d'étendre l'ensemble du secteur public. L'expérience des soins de santé primaires de Pikine mérite un examen attentif en ce qu'elle a constitué un test pour les options ultérieures des programmes nationaux de développement sanitaire, mais aussi a contribué à la définition de la politique préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) à Alma Ata. En particulier, l'institution et l'institutionnalisation de comités de santé, support de la participation des habitants de Pikine, a servi de modèle pour l'extension à l'ensemble du Sénégal au début des années quatre-vingts [14] et pour la discussion, dans les instances internationales, sur les formes de contribution des populations à la prise en charge de leur santé [13].

En fait, la participation des pikinois est bien antérieure à la mise en place du projet de soins de santé primaires. Dès 1967, un groupe de notables avait encadré dans les quartiers une campagne d'éducation nutritionnelle organisée par le dispensaire catholique de Pikine, puis avait apporté en 1970 son soutien à la création d'un Institut de Pédiatrie Sociale

grâce à l'aide de l'OMS et du FISE [20]. Il s'agissait là d'initiatives individuelles de quelques hommes politiques localement très actifs plutôt que d'une entreprise collective. Néanmoins, cette intervention non institutionnelle menée par quelques délégués de quartier allait servir de référence lors de l'officialisation et de la généralisation des comités de santé.

De manière révélatrice, le projet belgo-sénégalais allait, dès sa première année, donner l'initiative en ouvrant, dans une habitation privée, un poste de soins dont le financement était assuré par les contributions des patients : « une réunion organisée en 1975 dans un quartier de Pikine dépourvu de tout service de santé a servi à lancer le projet », écrit M. Jancloes qui en était l'initiateur [7]. Loin de toute autre structure de soins, le poste de Medina-Gounasse allait permettre la constitution du premier comité de santé élu par une assemblée des notables des quartiers avoisinants.

Dans d'autres zones où l'accessibilité aux soins était particulièrement difficile, notamment dans les nouveaux quartiers relogés ou sur le front d'urbanisation (Nimzatt, Wakhinane, Guinaw Rails), de semblables tentatives faisant intervenir des responsables politiques locaux - délégués de quartier ou secrétaires généraux des comités du Parti Socialiste - permettaient l'ouverture de nouveaux postes de soins en dehors des financements officiels (tout au moins dans les débuts) et l'élection de comités de santé chargés de gérer les nouvelles structures et de fournir des interlocuteurs aux responsables du projet.

A partir de 1978, ce sont les postes de soins antérieurs au projet, à commencer par l'important centre de santé de Dominique, qui sont intégrés dans ce mouvement de création des comités de santé. En 1980, l'Association pour la Promotion de la Santé (APS) qui coordonne l'ensemble des comités reçoit sa reconnaissance par les autorités de l'Etat sous la forme d'un décret publié au Journal Officiel, et le président de l'APS organise l'élection des bureaux des comités de santé dans toute l'agglomération. La même année, un premier projet de règlement intérieur [13] apporte une base juridique qui sera révisée en 1981 ([16], [17]) et 1983 [18].

A l'heure actuelle, un comité de santé existe officiellement dans chacun des vingt-six postes et centres de santé. Cependant, l'examen des divers rapports d'activité et procès-verbaux de réunion ([19] à [24]), les entretiens avec des responsables des comités et de l'APS, et les constatations

faites lors des réunions des bureaux des comités et des assemblées générales, laissent entrevoir des difficultés réelles dans le fonctionnement de la participation : accusations de détournements, dissolutions pour mauvaise gestion, divisions en tendances politiques rivales, contestations de résultats d'élection, et dans certains cas, absence totale de comité en attendant un dénouement politico-judiciaire.

Ces comités de santé qui « constituent la structure fondamentale de la participation » et qui sont « au service de tous en apportant leur concours à l'unité opérationnelle de santé le plus proche », comme l'énoncent avec enthousiasme les textes officiels [14], que sont-ils, et que font-ils dans la réalité ? C'est à cette double question que nous allons tenter de répondre.

Election et représentation

« Il est essentiel d'asseoir le comité de gestion sur la base d'une assemblée générale d'électeurs largement représentative de toutes les couches de la population du secteur géographique du poste, sans discrimination liée au rang social, à la tendance politique, à la confrérie religieuse, à l'appartenance ethnique » [14]. D'après les documents réglementant le fonctionnement de l'APS ([15] à [18]), le bureau qui gère le comité est élu par une assemblée générale des habitants des quartiers desservis par le poste de soins. En fait, il n'est bien sûr pas question de faire participer dix mille personnes à l'élection - nombre moyen d'hommes et de femmes adultes dans la zone d'attraction d'un dispensaire. Et comme il existe déjà une structure politique censée représenter les populations (le délégué de quartier et ses notables, le secrétaire général et son comité local du Parti Socialiste, ces deux groupes étant en fait constitués des mêmes personnes ainsi qu'on va le voir), c'est sur cette organisation que s'appuie le comité en voie de constitution. Si l'on s'intéresse à la représentativité du comité de santé, ce sont donc d'abord les modalités de constitution des structures politiques qu'il faut étudier.

Le comité local du Parti Socialiste est composé d'au moins cent cinquante membres titulaires d'une carte. Tout homme politique qui veut obtenir une autorisation administrative et une reconnaissance officielle pour la création d'un nouveau quartier, c'est-à-dire la constitution d'un nouveau

comité, doit donc faire la preuve de cent cinquante noms de personnes le soutenant. En fait, il suffit pour cela d'avoir vendu un nombre équivalent de cartes, ce qui se réalise souvent de deux façons : soit par la vente autoritaire au cours d'une assemblée ou d'une fête de quartier, soit par l'achat de cartes par quelques membres qui inscrivent les noms d'habitants du quartier (1). Le comité est géré par un bureau d'une dizaine de personnes et dirigé par un secrétaire général, tous élus au cours d'une assemblée générale constituée par l'entourage de ceux qui sont à l'origine de la création du comité : le vote à main levée ne fait donc qu'entériner la prise de pouvoir par un homme entouré de quelques compagnons politiques.

Le délégué de quartier, homme fort de la politique locale, est à la fois l'interlocuteur de l'administration (tous les conflits et les revendications passent par lui) et le représentant de la population (il est censé avoir été choisi par elle, et parle en son nom). Le plus souvent, c'est le secrétaire général qui, ayant fait reconnaître le nouveau quartier, se porte candidat à la fonction de délégué de quartier. Comme il contrôle, depuis le début, le processus de constitution du comité, il reçoit bien entendu le soutien de ses membres. Devenu délégué de quartier, il a alors le choix entre le cumul des deux mandats ou la démission du secrétariat général qu'il abandonne à son adjoint. Entouré de notables qui sont ses compagnons politiques et soutenu par un comité politique qu'il a constitué, le délégué peut ainsi disposer d'une base forte pour la gestion de la vie sociale du quartier : il règle les disputes entre époux aussi bien que les contestations de propriétés, il intervient auprès de l'administration pour aider l'un des habitants de son quartier comme pour l'obtention d'une borne-fontaine.

A travers cette description des modalités de la constitution de la structure politique locale - en fait, les situations réelles offrent des variations multiples sur le thème présenté -, on voit que le comité de quartier est beaucoup moins issu d'un mouvement populaire en quelque sorte

(1) Un responsable politique local raconte ainsi que ce principe des faux noms pour de vraies cartes avait conduit un secrétaire général de coordination du Parti Socialiste à revendre deux propriétés, afin de rembourser les dettes contractées à l'occasion de l'achat de quelques milliers de cartes qui lui avait permis d'être élu par les membres des comités qu'il contrôlait...

spontané que de stratégies individuelles soutenues par les cadres du Parti Socialiste, et que le délégué de quartier est le représentant plutôt de la clientèle d'un responsable politique local que de l'ensemble des habitants.

L'aire d'attraction d'un poste de santé variant entre deux et vingt quartiers, le comité de santé - qui doit donc assurer la représentation de plusieurs dizaines de milliers de personnes - s'appuie sur la structure politique en place. Chaque délégué de quartier vient à l'assemblée générale du comité de santé avec un groupe de notables - cinq à dix, selon les postes de soins - qui font partie de sa clientèle politique et souvent du comité du Parti Socialiste. L'élection résulte de jeux d'alliances entre délégués de quartier où les « poste-clés » - président, trésorier général, secrétaire général, et président des trois commissions de contrôle, de santé publique, et des femmes et affaires sociales - sont répartis entre ceux qui constituent la tendance la plus forte au sein de l'assemblée générale des notables.

Dans ces conditions, le comité de santé ne fait que reproduire, sous une forme restreinte (effectif de quarante membres au total) la structure politique des quartiers. Ne peuvent être élus au sein du comité de santé que ceux qui exercent déjà des fonctions politiques dans leur quartier, c'est-à-dire qui appartiennent à la clientèle du délégué. A l'inverse, ne sont jamais partie prenante dans la vie des comités, les groupes minoritaires - qu'il s'agisse par exemple des membres des partis d'opposition ou des handicapés pourtant regroupés en association -, et plus généralement tous ceux qui ne participent pas activement - et du « bon » côté - à la vie politique des quartiers [10].

Cette absence de représentativité - puiqu'il n'y a pas de choix par la population mais plutôt cooptation - n'est pourtant pas en soi un obstacle à une action utile pour l'amélioration des conditions sanitaires. Si, comme le remarque M. Singleton [11], « la volonté quasi-universelle de participer », généralement considérée « comme allant de soi, reste à prouver », alors il n'est peut-être pas mauvais que les plus décidés à agir pour la collectivité, c'est-à-dire ceux qui dépensent de leur temps, de leur énergie et parfois de l'argent pour appartenir aux comités du Parti Socialiste et aux comités de santé - du moins c'est ainsi qu'ils se décrivent eux-mêmes -, puissent servir d'interlocuteurs aux autorités sanitaires et de porte-parole aux populations. On peut en effet imaginer que des hommes politiques issus d'une procé-

dure non démocratique soient malgré tout d'utiles serviteurs de la communauté. Autrement dit : non représentatifs des populations, les comités de santé sont-ils de bons défenseurs de leurs intérêts ?

Discussions et dissensions

« Les modalités de participation de la communauté aux diverses phases des soins de santé primaires sont nombreuses. Pour commencer, la communauté doit intervenir dans l'évaluation de la situation, dans le recensement des problèmes, et dans la fixation des priorités. Il lui faut ensuite concourir à la planification des actions de soins de santé primaires, puis collaborer pleinement à leur exécution », énonce la déclaration d'Alma Ata [13], reprise en écho par le Ministère de la Santé Publique du Sénégal [14] : « La participation n'est qu'un outil pour exécuter des tâches permettant la réalisation de programmes de santé ». Comment ces objectifs sont-ils atteints dans le fonctionnement des comités de santé à Pikine ?

Nous disposons, pour en juger, de deux rapports de synthèse ([19], [20]), de quatre procès-verbaux de réunion ([21] à [24]), d'entretiens avec six membres appartenant à quatre comités, et d'observation en situation de deux assemblées de bureaux. De l'ensemble de ces documents, il ressort que la quasi-totalité des discussions et des activités des comités de santé se situent autour de deux pôles : financier - la gestion des fonds du dispensaire -, et politique - la consitution ou le renouvellement du bureau. Les problèmes de santé sont rarement abordés *en tant que tels* : ils ne sont mentionnés que sous une forme très allusive dans les rapports de synthèse - « la promotion des soins de santé primaires basée sur l'auto-responsabilité des collectivités » [21] -, n'apparaissent dans aucun des procès-verbaux, ne sont jamais cités spontanément comme préoccupation par les responsables, et n'étaient pas discutés dans les assemblées auxquelles nous avons insisté. Toutefois, il n'est pas douteux que les questions financières et politiques - qui sont habituellement débattues - ont à voir elles aussi avec la santé, comme on va le montrer maintenant.

La gestion des fonds du dispensaire constitue la principale activité du comité de santé, en même temps que le premier objet de polémiques. Le montant des recettes

annuelles pour l'ensemble des vingt-huit postes et centres de santé s'élève à 2 millions de FF (100 millions FCFA), avec des extrêmes de 1 200 FF et 140 000 FF selon les structures : le contrôle de sommes aussi importantes nécessite à la fois rigueur et intégrité, mais se prête bien sûr à des détournements, et plus encore, à des accusations de détournements. Au moins dix dissolutions ont été faites par le bureau de l'APS pour ce motif, mais des soupçons pèsent sur plusieurs autres.

Pourtant, s'il est notoire que certains responsables des comités de santé ont bénéficié de leurs fonctions de trésorier ou de président - ce sont les deux membres dont les signatures sont nécessaires aux mouvements d'argent - pour payer une vignette automobile, acheter un terrain ou « monter un étage », il semble que ces détournements ne concernent que des proportions relativement minimes : 45 % des recettes étant affectées à l'achat de médicaments, et d'autres frais fixes étant imposés pour le salaire des volontaires de santé, l'entretien des bâtiments, ou l'achat de petit matériel, les sommes restant disponibles sont toujours nettement inférieures à 10 % des recettes (en fait, le poste budgétaire le moins précisément défini et le moins contrôlé, donc le plus susceptible de fraudes, est celui de l'APS qui comporte 7 % du total des recettes, soit 140 000 FF en 1985). On peut donc avancer que, malgré les irrégularités observées ou invoquées, la gestion des dispensaires est suffisamment saine pour ne pas remettre en cause le principe de l'autofinancement des soins de santé primaires.

L'élection du bureau est le second sujet de polémiques dans les comités de santé. Le vote de renouvellement ayant lieu théoriquement tous les deux ans, et étant suivi par celui du bureau de l'APS, la vie des comités fait succéder, presque sans interruption, les périodes de préparation des élections et les périodes de contestation des résultats. Au début de l'année 1986, deux bureaux avaient totalement cessé de fonctionner à cause d'accusations de tricheries suivies de dissolutions sans réélections, ou d'arbitrages eux-mêmes contestés, et plusieurs autres étaient le lieu de tensions. Le contrôle politique des comités constitue ainsi une préoccupation majeure des responsables locaux et mobilise les énergies de la plupart des membres, quand elle n'en paralyse pas totalement l'activité, comme dans l'étude de cas présentée plus loin.

Toutefois, si, comme le dit un président de comité de santé déchu et déçu, « ce n'est plus des affaires de santé dont on parle dans les réunions, mais de politique », c'est qu'il paraît inconcevable que le comité soit « indépendant des appartenances politiques, sociales, religieuses et ethniques », ainsi que le demande le projet de règlement intérieur [18] : on n'est pas membre d'un comité de santé sans faire partie de la collectivité dont il a la charge, donc sans être impliqué dans des rapports socio-politiques. La question est en fait plutôt de savoir si, à côté des polémiques et des dissenssions, il reste de la place pour aborder plus concrètement les problèmes de santé.

Les autres thèmes discutés - plus rarement - dans les réunions des comités sont les suivants : l'évacuation des ordures qui s'entassent dans les aires libres des quartiers, et constituent la nuisance la plus souvent mentionnée par les populations (la faillite de la société de ramassage d'État, la SOADIP, a chronicisé ce problème dans les années quatre-vingts, et le choix d'une société privée pour le prendre en charge ne l'a pas totalement résolu car il est plus coûteux financièrement et moins rentable politiquement de nettoyer les banlieues que le centre ville) ; la construction de maternités (il en existe actuellement une pour 100 000 habitants) ; la nomination des « bénévoles » (dans les postes de santé, des volontaires appelés ainsi bien qu'ils soient rémunérés faiblement, occupent des fonctions de soins très convoitées auxquelles accèdent souvent des parents des membres du comité de santé). Par contre, il est exceptionnel qu'on aborde des problèmes classiques de santé publique ou de médecine préventive, tels que la survenue d'une épidémie, l'accès aux médicaments ou le programme de vaccination.

En fait, la relative absence des thèmes médicaux dans les débats et les actions des comités de santé, loin de signifier un désintérêt pour les questions sanitaires, vient utilement rappeler deux faits. Premièrement, la santé est aussi une affaire politique - et non simplement médicale - : dès lors qu'on fait participer les populations, c'est-à-dire en fait leurs représentants, elle devient un enjeu de luttes pour le pouvoir. Deuxièmement, les besoins ressentis par les populations, ou plus exactement exprimés par leurs représentants, sont souvent éloignés des besoins objectivés par les décideurs : or, si la construction d'une maternité peut ne pas apparaître comme une priorité pour le responsable de santé publique, qui jugera plus utile une campagne de vaccination ou un dépistage de la malnutrition, il devra pourtant tenir compte de la volonté manifestée par les politiciens locaux, s'il veut obtenir leur soutien pour des actions ultérieures.

Un exemple illustrera cette double remarque. Nulle part la maladie ne se manifeste dans sa dimension sociale aussi bien que lors des épidémies, ainsi que l'ont noté, entre autres, E. M'bokolo [9] pour la peste à Dakar en 1914 et B. Hours [5] pour le choléra au Cameroun en 1983. Lors de l'épidémie de choléra de 1984-1985 au Sénégal, la survenue de quelques cas à Dakar et à Pikine a fait craindre une extension à toute l'agglomération urbaine, qui aurait été dramatique. Alors qu'un silence officiel était maintenu très rigoureusement sur les dizaines de morts dans le centre et le sud du pays, la pression populaire relayée par les responsables politiques locaux rendait nécessaires, à la fin de 1984, des mesures de prévention. Et, dans l'éventail des possibilités d'action (chimioprophylaxie générale, réhydratation des malades, vaccination de toute la population), c'est cette dernière, la moins efficace, mais la plus spectaculaire qui était décédée, afin de maintenir l'ordre public en rassurant les populations. Ici, la santé est bien une affaire politique et les besoins exprimés constituent bien un élément essentiel dans la décision des autorités sanitaires.

La cohabitation à Pikine

En fait, on peut se demander pourquoi le comité de santé est ainsi devenu un lieu privilégié des rivalités politiques. Si ce qu'affirment les responsables politiques locaux - « ce travail, ce n'est que de la fatigue » - était vrai, comment pourrait-on rendre compte de la violence des luttes pour le pouvoir ?

L'explication paraît double. D'une part, l'élection à un « poste-clé », et particulièrement à la présidence ou à la trésorerie, constitue une démonstration de pouvoir sur une zone assez étendue puisqu'un comité peut regrouper jusqu'à vingt quartiers et que les élus deviennent ainsi des super-délégués de quartier, sinon dans leurs pouvoirs officiels, du moins dans leurs pouvoirs symboliques - ce qui revient à leur donner des pouvoirs réels. D'autre part, l'importance des sommes contrôlées par le comité confère à la partie financière de la tâche de gestion une importance considérable,

autant par les possibilités d'utilisation, régulière ou non - et souvent également par l'impossibilité laissée à ses rivaux de les utiliser -, que par l'utilisation réelle qui en est faite - les contraintes d'achat de médicaments, de paiement des salaries des volontaires, des règlements des frais d'entretien des postes de soins, etc., ne laissant qu'une autonomie assez limitée.

Le cas du comité de santé de D..., au cœur des quartiers irréguliers, est exemplaire de ces enjeux sociaux. Dans les années soixante-dix, une équipe mobile, puis à partir de 1975, une équipe fixe installée dans une maison du quartier, s'occupent des activités curatives sur l'initiative déjà évoquée de quelques responsables locaux ; le délégué de ce quartier, principal artisan de cette « action communautaire », devient l'un des premiers présidents de comité de santé à Pikine. Lorsque le poste de santé de D... est construit, il est reconduit dans ses fonctions ; mais à partir de 1980, une opposition commence à se manifester à l'intérieur du comité. Le vote de renouvellement de 1985 cristallise les dissensions et aboutit à un clivage en deux groupes qui proposent deux listes : le président fondateur du comité est battu par son principal rival, mais il conteste les résultats du scrutin. Après une série d'interventions auprés du maire et du député, il obtient la dissolution du comité et la nomination par tirage au sort d'un président et d'un trésorier intérimaires. C'est alors au tour du nouveau déchu de multiplier les interventions pesonnelles au commissariat, à la préfecture, et même au Ministère de la Santé, sans parler des habituelles lettres à la Présidence de la République.

C'est ici que les explications initialement fournies sur le mode de constitution des comités politiques et de nomination des délégués de quartier vont permettre d'éclairer la situation à D... En effet, comme pour tous les quartiers irréguliers de Pikine, l'insécurité foncière a servi de support à une politisation importante des rapports sociaux. Elément révélateur, le morcellement politique de la zone y atteint un degré extrême : ainsi, les quartiers de Medina-Gounasse, d'abord désignés par des numéros, se sont parfois dédoublés d'un « bis », avant de se diviser à nouveau selon les lettres de l'alphabet. Dans la mesure où il suffit de la détermination politique de quelques personnes pour obtenir les cent cinquante noms qui ouvrent le droit à la création d'un comité du Parti Socialiste et d'un quartier, le découpage politico-

administratif ne connaît pas de limites géographiques ou démographiques très restrictives.

La multiplication des quartiers dans une zone donnée conduit à une redistribution des rapports de force et à une renégociation des alliances entre délégués de quartier, dont le nouveau président avait bénéficié. Mais en même temps, l'absence de réglementation précise entraîne la possibilité de constituer dans un quartier donné un comité politique parallèle qui s'affirme seul légitime ; ce qui autorise aujourd'hui le premier président à se déclarer majoritaire en se basant sur une liste de délégués qu'il a redéfinie pour la circonstance. Cependant, la querelle de personnes ne devant pas apparaître comme telle, on a recours à divers subterfuges, plus ou moins fondés sur une base réelle, qui permettent de justifier l'âpreté des luttes et de mobiliser les habitants des quartiers.

Le plus courant est l'accusation de détournements de biens publics que s'adressent mutuellement les protagonistes du conflit. Le nouveau président incrimine son prédécesseur pour sa gestion non contrôlée : « il n'y avait jamais de réunion, jamais de bilan, jamais de bénéfices ; on lui a demandé de convoquer une assemblée pour éclaircir la situation afin qu'on sache s'il avait détourné de l'argent ». Le président déchu s'interroge à son tour sur les activités de son successeur : « qu'est devenu l'argent des tickets de consultation ? ». En fait, s'il n'est pas possible de trancher dans ces accusations réciproques, il est par contre certain que la période troublée de trois mois qui a suivi la destitution du nouveau président et précédé la nomination des intérimaires a été l'occasion de détournements rendus faciles par l'absence de contrôle financier (où il est montré que les comités ont un rôle bénéfique, quelles que soient les contestations dont ils sont l'objet...).

Une autre méthode fréquemment utilisée pour déguiser les conflits individuels de pouvoir sous des apparences plus nobles et plus mobilisatrices est le recours à l'argument ethnique. Dans le cas du poste de soins de D..., le fait que le premier président soit Wolof et son successeur Toucouleur a conduit la plupart des acteurs à invoquer un conflit ethnique. Ainsi, le rapport de synthèse des travaux de bureaux de l'APS de janvier 1982 [19] relève : « le racisme sépare les toucouleurs et les wolofs, et alors beaucoup de tiraillement empêchent l'exécution correcte des tâches assignées à chacun des membres du bureau ». Le chef du poste de santé fournit la même explication : « ce sont les Toucouleur qui

nous ont donné ces complications ». Les deux présidents usent d'un argument identique.

Or, l'examen du vote dans le détail donne des résultats qui n'appuient pas cette interprétation. D'après le président sortant, lui-même aurait bénéficié de cinq voix toucouleur (56 % de ses partisans), trois voix wolof (33 %), une voix serer (11 %) ; ce qui, on peut le noter au passage, ne lui assure pas la majorité des votants. D'après le vainqueur, le décompte des voix aurait été le suivant : pour lui-même, huit délégués de quartier toucouleur (54 %), cinq wolof (33 %) et deux serer (13 %) ; et pour son rival malheureux, deux toucouleur (67 %) et un wolof (33 %). Quelle que soit la version considérée, il n'y a donc pas plus de Wolof parmi les électeurs du vaincu, ni plus de Toucouleur parmi les amis du vainqueur. Dès lors, pourquoi parler de conflit ethnique ? Pour le président élu, le bénéfice est évident à ethniciser sa rivalité avec son prédécesseur, dans des quartiers à majorité toucouleur, c'est-à-dire de son groupe ethnique, pour accroître le nombre de ceux qui le soutiennent. Pour le président sortant, faire de sa défaite personnelle un événement collectif, presque démographique, c'est amoindrir sa chute. Le concept d'ethnie, qui fait depuis longtemps l'objet d'analyse critique de la part des anthropologues [1], révèle ici encore la dimension idéologique qu'il a toujours, et l'utilisation politique qui en est faite.

Au-delà des particularités de ce cas - mais on pourrait multiplier les exemples pour illustrer les mêmes points -, ce qu'il s'agit de montrer, c'est que le comité de santé est l'un des lieux sociaux où se manifestent avec le plus de netteté les tensions et les conflits. On pourrait même dire qu'il fonctionne tant qu'il peut continuer à jouer ce rôle : ainsi, dans le comité de santé de G..., la mort de l'un des deux rivaux prétendant à la présidence et l'accession au pouvoir de son fils ont amené simultanément la résolution du conflit et la disparition de l'intérêt des notables pour les activités du comité.

A quoi servent les comités de santé ?

Instrument de pouvoir économique - par le contrôle des finances et les possibilités de redistribution - et politique - par sa situation à la fois au-dessus et à côté des instances

locales -, le comité de santé apparaît ainsi comme tout autre chose qu'un simple organe de participation des populations : il est le lieu où s'expriment les enjeux sociaux. Qu'il soit ainsi au centre de toutes les discussions, tensions et conflits est bien la manifestation du fait que s'y joue peut-être plus de pouvoir qu'on ne le pensait en définissant son statut ([14] à [18]) - moins un pouvoir de décider une action de santé qu'un pouvoir moins spécifique et plus diffus sur le groupe. C'est à cette condition qu'il peut être d'une certaine façon un organe de participation.

En effet, bien qu'il ne soit pas représentatif du groupe dont il est censé être l'émanation, il en est bien le représentant auprès des autorités, et bien qu'il ne s'y discute pas les questions de santé telles que les responsables sanitaires les conçoivent généralement, il n'en est pas moins l'interlocuteur privilégié du projet de Soins de Santé Primaires. En cela, on peut dire que les membres du comité sont autant légitimés par le Projet (qui leur donne une autorité symbolique et matérielle en les présentant officiellement comme seuls partenaires pour représenter les populations et en leur confiant la gestion des postes de soins) qu'ils le légitiment à leur tour (en permettant aux reponsables de montrer qu'ils s'expriment au nom des populations et donc d'accroître le poids de leurs interventions). Cette double reconnaissance - officielle, des comités par le projet, et populaire, du projet par les comités - apparaît ainsi comme l'une des dynamiques actuelles des soins de santé primaires : la nécessité d'obtenir le consentement de l'Association pour la Promotion de la Santé dans les grandes décisions et l'appui des comités pour les actions sanitaires oblige à de plus grandes précautions, mais assure également une meilleure efficacité (circulation de l'information comme pour les vaccinations, participation concrète des membres à certaines campagnes telles que la nivaquinisation).

En fait - et c'est ce qu'on cherche à montrer ici -, il ne faut pas prendre le comité de santé pour ce qu'il n'est pas, c'est-à-dire pour ce qu'en font certains textes internationaux (une structure de « participation de la communauté aux grands choix politiques comme à la planification, à l'exécution et au contrôle des programmes » [11], alors que ce sont les responsables sanitaires qui tiennent effectivement ce rôle et que les représentants des populations ne font souvent qu'entériner les décisions), et certaines directives ministérielles (un organe reposant « sur la base d'une assemblée

générale d'électeurs largement représentative de toutes les couches de la population » [12], alors que ni les structures socio-politiques, ni les procédures administratives ne permettent de réaliser cet objectif).

Il s'agit au contraire de montrer deux choses. D'une part, les comités expriment des préoccupations de la population n'apparaissant pas toujours comme des priorités aux responsables qui doivent pourtant en tenir compte pour la suite de leurs programmes [3]; mais aussi, ils montrent les limites de la participation sur des mesures plus techniques ou moins ressenties comme besoins. D'autre part, les comités ne peuvent prétendre représenter les intérêts de la totalité de la collectivité [8], et c'est le rôle des responsables de santé de découvrir les groupes qui ne s'expriment pas à travers cette voie officielle afin de tenter de cerner leurs aspirations et leurs besoins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Amselle (J.L.) : Ethnies et espaces : pour une anthropologie topologique, in : *Au cœur de l'ethnie,* J.L. Amselle et E. M'bokolo (ed.), La Découverte, Paris, 1985.

[2] Balandier (G.). : *Sociologie actuelle de l'Afrique Noire,* Presses Universitaires de France, Paris 1955, 4e édition 1982.

[3] Dumas (A.), Participation et projets de développement, *Revue Tiers-Monde,* 24, 513-536, 1983.

[4] Durkheim (E.), *De la division du travail social,* Presses Universitaires de France, 1930, 10e édition 1978.

[5] Hours (B.), *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun,* L'Harmattan, Paris, 1985.

[6] Isely (R.B.), Martin (J.F.), Le comité de santé de village, point de départ du développement rural, *Chronique de l'OMS,* 31, 331-340, 1977.

[7] Jancloes (M.), Seck (B.), Van de Velden (L.), Ndiaye (B.), Participation des habitants d'une ville du Sénégal aux soins de santé primaires, *Forum Mondial de la Santé,* 3, 425-429, 1982.

[8] Jobert (B.), Clientélisme, patronage et participation populaire, *Revue Tiers-Monde,* 24, 537-556, 1983.

[9] M'bokolo (E.), Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914, *Cahiers d'Etudes Africaines,* 22, 13-46, 1983.

[10] Rakowski (C.A.), Kastner (G.), Difficulties involved in taking health services to the people : the example of a public health care center in a Caracas barrio, *Social Science and Medicine,* 21, 67-75, 1985.

[11] Singleton (M.), *La participation. Panacée ou quiproquo?,* doc. ronéot., non daté, 5 p., Dakar.

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

[13] *Les soins de santé primaires,* rapport conjoint du Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Directeur exécutif du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Genève-New York, 1978.

DOCUMENTS RELATIFS AUX COMITÉS DE SANTÉ :

[14] *Participation des populations à l'effort de santé publique. Principe et directives méthodologiques,* Ministère de la Santé Publique du Sénégal, Dakar, Juillet 1980, 26 p.

[15] *Premier règlement intérieur de l'APS,* Juillet 1980, 21 p. ronéot.

[16] *Deuxième règlement intérieur de l'APS,* Mars 1981, 11 p. ronéot.

[17] *Troisième règlement intérieur de l'APS,* Mars 1981, 14 p. ronéot.

[18] *Participation des populations à la promotion de la santé,* Mars 1983, 17 p. ronéot., Pikine.

[19] *Rapport de synthèse du déroulement des travaux de l'APS,* Janvier 1982, 4 p. ronéot., Pikine.

[20] *Rapport moral et d'activités du bureau de l'APS,* Mars 1983, 9 p. ronéot., Pikine.

[21] *Procès-verbal de l'assemblée générale des comités de santé de la 2e C.M. du Cap-Vert,* 28-29 Mars 1981, 9 p. ronéot., Pikine.

[22] *Procès-verbal de la dissolution du comité de santé de la maternité de Guedjawaye,* 10 Novembre 1981, 2 p. ronéot., Pikine.

[23] *Procès-verbal de la réunion de renouvellement du Comité de gestion du centre de santé Dominique,* 8 Janvier 1983, 6 p. ronéot., Pikine.

[24] *Procès-verbal de discussion du comité de santé de Darou-Salam II Guinaw Rail,* 1er Mai 1984, 2 p. ronéot., Pikine.