

La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal

Didier Fassin, Éric Fassin

Citer ce document / Cite this document :

Fassin Didier, Fassin Éric. La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. In: Tiers-Monde, tome 30, n°120, 1989. pp. 881-891;

doi : <https://doi.org/10.3406/tiers.1989.3883>

https://www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1989_num_30_120_3883

Fichier pdf généré le 29/03/2018

LA SANTÉ PUBLIQUE SANS L'ÉTAT?

Participation communautaire et comités de santé au Sénégal

par Didier FASSIN* et Eric FASSIN**

« En ces années-là, la population de Pikine, déguerpie de Dakar et installée dans ce faubourg, vivait lamentablement, sans eau saine, sans électricité, sans routes goudronnées, sans moyen de transport, sans dispensaire ni de l'Etat, ni de la municipalité; il n'y avait ni sage-femme, ni médecin, ni infirmier; nos femmes accouchaient à domicile et dans les rues; seule une vieille femme de bonne volonté, accoucheuse traditionnelle, venait en aide à nos femmes parturientes (paix à son âme et repos à ses os). La mortalité infantile était très élevée, les enfants mouraient en masse; la rougeole, la méningite, la coqueluche, les diarrhées infantiles sévissaient à l'extrême, apportant misère et malheur dans nos concessions. La situation était catastrophique. Mais la population pikinoise était forte et attendait courageusement un lendemain meilleur grâce au Dieu tout-puissant. Elle se nourrissait du sincère espoir que l'Etat, promu à la souveraineté, réussirait très vite à juguler le mal et supprimer le malheur et la misère en nous accordant un soutien de plus en plus ferme (...). Ce n'est qu'en 1967 que la collectivité a commencé à réagir en entamant la première étape de sa prise de conscience : (...) c'est ainsi que l'actuel président de l'Association pour la Promotion de la Santé de Pikine créa une équipe mobile constituée par des mères de familles formées par le dispensaire des sœurs de Notre-Dame du Cap-Vert (...). Cette création initialement très satisfaisante a ouvert les yeux à notre grand collaborateur le D^r Jancloes qui, à la lumière des choses, a eu l'initiative de lancer l'expérience de la participation des populations au niveau d'un quartier. »

* Institut Santé et Développement, Paris.

** Brandeis University, Waltham, Massachusetts.

Telle est l'origine de la participation communautaire au Sénégal, selon son héros, le président de l'Association pour la Promotion de la Santé à Pikine¹. Un second texte relate cette genèse, dans la version des responsables du projet de coopération belgo-sénégalais² :

« Une réunion organisée en 1975 dans un quartier de Pikine dépourvu de tout service de santé a servi à lancer le projet. Placés devant l'impossibilité d'obtenir un financement immédiat, les chefs de la collectivité ont décidé d'ouvrir une unité de santé dans les deux pièces d'une habitation privée empruntée à cet effet. Ils ont aussi décidé que, sauf en ce qui concerne les salaires des infirmières employées par le ministère de la Santé, toutes les dépenses de santé seraient à la charge de la collectivité, les malades n'ayant à payer qu'une modeste contribution. Une autre maison a été empruntée et transformée en dépôt de médicaments et d'autres fournitures. De nouveaux comités de santé se sont formés dans d'autres quartiers de Pikine et de nouveaux postes sanitaires ont été ouverts de la même façon. En 1980, trois maternités, deux dispensaires pour enfants de moins de cinq ans, et vingt autres dispensaires de l'agglomération de Pikine avaient été ainsi incorporés au projet. Chaque poste de santé desservait un secteur d'environ 25 000 habitants et sa gestion était assurée par un comité de santé formé de quinze membres élus parmi les habitants du quartier. Tous les comités de santé ont été rassemblés au sein d'une Association pour la Promotion de la Santé officiellement agréée par le ministère de l'Intérieur en mai 1980. En juin de la même année, le ministère de la Santé a recommandé, avec l'accord du gouvernement, que la participation communautaire au financement des services de santé soit étendue à toutes les régions du pays. »

Est-ce bien pourtant la même histoire ? On est en droit de se poser la question — et pas seulement parce que, rédigés dans des styles qui s'opposent, ces récits appartiennent à des genres bien différents, nous faisant passer du mythe fondateur, empreint d'une grandeur épique, à la prose un peu sèche du rapport administratif. En effet, on remarque que la chronologie en est décalée. Dans le premier, c'est en 1967 qu'on a « commencé à réagir en entamant la première étape » ; l'initiative « de lancer » le projet, dont la date n'est même pas donnée, est bien seconde et secondaire par rapport à cette « création initialement satisfaisante ». Dans le second, nul n'a « ouvert les yeux » des responsables : l'historique ne s'embarrasse pas de cette préhistoire et débute avec le projet en 1974-1975.

1. El Hadji Birama Ndiaye, *Rapport moral et d'activité du Bureau de l'APS de la deuxième circonscription de Dagoudane-Pikine*, document ronéotypé, Pikine, 25 mars 1983, 10 p. Président de l'Association pour la Promotion de la Santé depuis sa création, l'auteur en est aussi le héraut.

2. M. Jancloes, B. Seck, L. Van de Velden, B. Ndiaye, Participation des habitants d'une ville du Sénégal aux soins de santé primaires, *Forum mondial de la Santé*, 3 (4), 1982, 425-429. Les auteurs de l'article sont, respectivement, le responsable belge du projet de coopération sanitaire de Pikine, le directeur de la circonscription médicale, le pharmacien du projet et le président des comités de santé.

Si la chronologie change, c'est que les acteurs eux-mêmes sont différents : dans le premier récit, le *médecin* n'est présenté par le narrateur que comme « notre grand collaborateur », le véritable acteur, ce sont les *populations* ou la *collectivité*, c'est-à-dire, ne nous y trompons pas, celui qui l'incarne et s'en fait le porte-parole³, l' « actuel président », qui passe aisément du statut de personnage à celui de narrateur, de la troisième personne d'un César historien au « nous » de majesté, selon qu'il met l'accent sur son rôle d'acteur privilégié ou de représentant du peuple. Dans le second, en revanche, la logique n'est plus endogène, mais exogène : c'est l'*équipe d'experts*, qui, au départ, « s'est rendue à Pikine », et elle s'adressait aux « chefs de la collectivité ». Il ne s'agit d'ailleurs plus de parler au nom des « populations » : la « communauté » n'est plus ici le sujet, même fictif, mais l'objet. L'identification des acteurs fait ressortir une fausse présence — « les populations » — et une absence véritable — l'Etat.

Deux rhétoriques pour deux publics différents : les acteurs sont, dans le premier cas, les notables locaux — c'est à eux en effet que ce discours s'adresse ; et, dans le second, les développeurs des institutions internationales, puisqu'il s'agit d'une publication de l'Organisation mondiale de la Santé. Mais les deux textes se rejoignent sur un point : l'*auto-célébration* — les récits des origines remplissent en effet une fonction de légitimation. Si la participation en est ainsi l'enjeu, c'est que, depuis quelques années, elle apparaît à beaucoup comme un remède miracle pour le Tiers Monde : elle répond en effet à une aspiration démocratique — dans le domaine de la santé publique, et dans le domaine politique. Double démocratisation : dans l'accès aux soins (« la santé pour tous »), et dans la gestion (« la santé, affaire de tous »).

La sociologie a beau jeu de démystifier les illusions lyriques de la participation ; en effet, l'idée de participation repose sur une utopie communautaire (« tous pour un, un pour tous ») : elle oublie la diversité contradictoire des intérêts, et en particulier les rapports de domination. En fait de participation, on n'a jamais qu'une représentation — et la délégation n'est-elle pas toujours une usurpation ? « Le système de représentation politique, quelles qu'en soient les formes », s'interrogent les sociologues, « ne serait-il pas une supercherie, une ruse qui ne donne au peuple soi-disant souverain que l'illusion du pouvoir⁴ » ?

On ne saurait pourtant en rester à ce désenchantement, si nécessaire qu'il se révèle d'abord. L'évaluation de la participation requiert bien une analyse politique, mais s'il est vrai qu'on peut parler de dépossession, encore faut-il voir précisément au profit de qui elle s'opère. Cependant, elle doit aussi commencer par une étude en termes de santé publique, que délaisse la sociologie ; la participation améliore-t-elle l'état de santé de la population et, plus précisément, de quels groupes sociaux ? L'évaluation sanitaire rejoint ainsi l'évaluation poli-

3. On renverra sur ce point aux analyses de Pierre Bourdieu concernant Les usages du « peuple », in *Choses dites*, Paris, Ed. de Minuit, 1987, 178-184.

4. Y. Meny, M. Sadoun, Conception de la représentation et représentation proportionnelle, *Pouvoirs*, 32, 1985, 5-14.

tique : à qui profite la participation : « aux malades », et alors lesquels?, « aux dominants », et, là encore, lesquels?

On le voit, la sociologie du développement ne saurait s'arrêter à l'analyse du discours : il ne faut pas réduire la participation à sa signification *idéologique*; on étudiera maintenant, sur l'exemple sénégalais, le programme et sa mise en œuvre, c'est-à-dire la signification *pratique* de la participation. En fait, à Pikine, le mot recouvre une double signification : « *autofinancement* » d'une part, « *autogestion* » de l'autre. Par autofinancement, on entend une participation financière de la population : le malade paie désormais sa consultation au dispensaire, d'un prix forfaitaire; en échange, il attend d'être mieux soigné, et d'abord de recevoir gratuitement des médicaments. Qu'en est-il? La première partie ébauchera cette évaluation. Quant à l'autogestion, l'autre versant de la participation, il ne faut pas perdre de vue qu'elle n'a rien de populaire; la gestion des comités de santé est le fait des notables. Cette analyse politique fera l'objet de la seconde partie.

LA SANTÉ POUR QUEL PUBLIC ?

Au début des années 70, l'exode rural, accéléré par la sécheresse, l'accession à la propriété de nombreux citadins, et la politique de « déguerpissement » des bidonvilles de la capitale vers sa périphérie se sont conjugués pour donner à Pikine une forte croissance démographique : le village de 1950 est alors devenu une banlieue de 150 000 habitants (qui dépasse aujourd'hui les 600 000). L'infrastructure sanitaire ne s'est pas adaptée à cette évolution : si le tableau que brosse le premier récit présenté en introduction est exagérément sombre, il est néanmoins vrai qu'on ne compte alors, à l'exception de quelques coûteuses cliniques privées, qu'un institut pédiatrique universitaire, deux dispensaires religieux, et quelques dispensaires municipaux. Dans les structures publiques, dont nous traiterons ici, les soins étaient certes gratuits, mais la très faible dotation de l'Etat au Département de Pikine ne permettait guère l'achat par les dispensaires de médicaments : les malades étaient donc examinés et recevaient seulement une ordonnance⁵. Il en résultait une dévalorisation des services publics — « on n'y reçoit qu'un bout de papier » — et une discrimination socio-économique dans l'accès aux soins. Les tarifs pratiqués par les pharmaciens privés étant inabornables pour la plupart des patients (5 000 F CFA en moyenne alors que le salaire minimum garanti s'élevait à 30 000 F CFA, et que le kilogramme de riz coûtait 120 F CFA). L'introduction du principe de la consultation payante (150 F CFA pour un adulte et 75 F CFA pour un enfant en 1986) a bouleversé ce système : en échange de son argent le malade reçoit désormais non seulement un diagnostic

5. A. P. Rasenberg, *L'habitat du grand nombre. Une étude sur les équipements médicaux de base à Pikine, région du Cap-Vert, Sénégal*, document ronéotypé, Dakar, 1973, 122 p. Lire également sur ce thème, E. Jeanne, Soins gratuits, maladie pour tous, *Développement et Santé*, 62, 1986, 23-25.

mais aussi des médicaments pour la journée; s'il présente une affection qui nécessite plusieurs jours de traitement, il est censé revenir quotidiennement au dispensaire pour y être soigné. Grâce aux sommes versées par les consultants, l'infirmier qui a la charge du poste de santé achète chaque mois des médicaments à la Centrale d'Approvisionnement de Pikine, avec environ la moitié de ses recettes du mois précédent, l'autre moitié servant à divers frais de fonctionnement y compris le salaire des « bénévoles »⁶. On renoncera à estimer la réalité financière des détournements dont on verra pourtant plus loin l'importance.

S'il y a donc aujourd'hui des médicaments dans les dispensaires de Pikine, c'est d'abord parce que les malades paient (le montant des consultations dépasse 100 millions de francs CFA par an, soit plus de trente fois la dotation allouée par le ministère de la Santé publique), mais c'est aussi parce que la gestion des ressources est locale au niveau des comités de santé et de la pharmacie du projet : en effet dans d'autres pays d'Afrique où existe un tel principe de paiement, mais où les sommes versées vont dans les caisses du Trésor public, la distribution de médicaments dans les structures de soins périphériques est faible, de même que dans les autres régions du Sénégal où les consultations sont normalement payantes, mais où les infirmiers sont censés obtenir leurs médicaments de la toujours déficitaire Pharmacie nationale d'Approvisionnement.

Cependant, si l'on observe de plus près la situation actuelle, on s'aperçoit que l'accès aux médicaments est encore loin d'être acquis : d'une part, on constate fréquemment, dans les derniers jours du mois, une pénurie de produits pharmaceutiques traduisant une gestion moins rigoureuse que celle qu'ont prévue les économistes du projet⁷; d'autre part, les quatre cinquièmes des consultants des dispensaires reçoivent, en plus de leur traitement immédiat, une ordonnance au coût élevé rendu nécessaire par l'impossibilité de faire revenir quotidiennement les patients comme le voudrait le projet⁸. Ce double décalage entre le modèle et les faits tient à la fois à un défaut de formation des soignants — comment reconnaître et comment traiter au plus juste prix les affections courantes — et à une valorisation excessive de certains actes — la prescription qui fait de l'infirmier un médecin et l'injection qui élève l'agent de santé au rang d'infirmier⁹.

Mais l'accès aux soins résultant de la participation n'est pas seulement imparfait : il est aussi inégalitaire. La sélection par l'argent opère un effet à un double niveau : d'abord en écartant les plus défavorisés qui ne peuvent payer

6. Association pour la Promotion de la Santé, *Deuxième règlement intérieur. Ressources fondamentales*, document ronéotypé, Pikine, mars 1981, 12 p.

7. M. Réveillon, *Aspects économiques et financiers de la participation des populations au développement des services de santé de base à Pikine (Sénégal)*, Bruxelles, Ed. Medicus Mundi Belgium, 1987.

8. D. Fassin, E. Jeanne, D. Cebe, M. Réveillon, Who consults and where? Sociocultural differentiation in access to health care in urban Africa, *International Journal of Epidemiology*, sous presse.

9. B. Hours, *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1985, en particulier p. 26 et 27. Voir aussi D. Fassin, *Thérapeutes et malades dans la ville africaine. Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar*, Thèse de l'EHESS, Paris, 1988, 493 p.

le prix de la consultation, même s'il paraît relativement modeste; on ne l'a pas converti en francs français pour ne pas donner l'illusion qu'il serait négligeable; on peut d'ailleurs contester sur ce point l'optimisme du premier responsable du projet, pour qui « les gens, même les plus démunis, sont prêts à accepter une participation forfaitaire aux frais pour pouvoir être convenablement soignés et recevoir les médicaments nécessaires »; ensuite en n'autorisant un traitement complet qu'à ceux parmi les consultants qui peuvent réunir la somme représentée par l'ordonnance. Il s'agit bien, comme on le dit souvent, d'une « médecine de pauvres »; encore faut-il distinguer parmi ces pauvres, et l'on pourrait parler d'une médecine à trois « vitesses » : les groupes les plus faibles économiquement n'y ont pas du tout accès¹⁰; les catégories moyennes reçoivent les médicaments au dispensaire; et les moins démunis peuvent compléter à la pharmacie.

Si ce tableau qui met en évidence les carences à la fois globales et sélectives de l'accès aux soins peut ternir l'optimisme généralement de rigueur lorsqu'on évoque la participation communautaire, il ne doit pourtant pas faire oublier les acquis de l'autofinancement et de l'autogestion, et, avant tout, la présence de médicaments; même en quantité insuffisante, même inégalement distribués, même imparfaitement administrés. Avec deux conséquences d'ordre différent : d'une part, la possibilité de traitements appropriés pour certaines affections notamment en ce qui concerne le paludisme et la diarrhée pour lesquels les efforts simultanément entrepris pour la formation des personnels ont permis d'obtenir une thérapeutique adéquate de ces deux causes de mortalité infanto-juvénile; d'autre part, la plus grande crédibilité des dispensaires et de leurs infirmiers permettant de mieux faire passer auprès de la population des actions préventives efficaces telles que la vaccination. D'où ce paradoxe qui marque le succès de la participation : les consultations se multiplient depuis qu'elles sont payantes.

Au-delà de la reconnaissance des acquis de la politique participationniste, les limites qu'on en a décrites dans le cas de Pikine — on pourrait d'ailleurs étendre ces remarques à l'ensemble du Sénégal où la faible monétarisation du milieu rural a rendu encore plus délicate la pratique de l'autofinancement — sont celles de la plupart des systèmes de santé : la question de l'insuffisante compétence des soignants (résultant à la fois d'une carence des connaissances et d'un désir d'autovalorisation) et la question de l'inégalité d'accès aux soins (c'est-à-dire particulièrement de la protection sociale et médicale des catégories les plus défavorisées) ne se posent-elles pas aujourd'hui aux pays riches aussi¹¹?

Finalement ce qui frappe le plus lorsqu'on dresse le bilan de la participation au Sénégal, et singulièrement à Pikine, c'est le contraste entre le succès qu'elle rencontre parmi les développeurs et son efficacité modeste en termes de santé publique. C'est dire que, pour interpréter ce phénomène, on ne saurait se contenter

10. D. Fassin, Pauvreté, urbanisation et santé, Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar, *Psychopathologie africaine*, 21, 1986-1987, 2.

11. M. J. Wresinski, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Rapport au Conseil économique et social, *Journal officiel de la République française*, séances des 10 et 11 février 1987, Paris, 104 p. Depuis ce rapport, la situation des groupes défavorisés s'est encore dégradée jusqu'à la mise en place pendant l'été 1988 d'un revenu minimum garanti.

du seul point de vue sanitaire, généralement mis avant par les responsables (qu'ils s'expriment au nom des « populations » ou des autorités) : il est nécessaire de le compléter par une analyse de sociologie politique.

L'ÉTAT ET LA MONTÉE DES POUVOIRS LOCAUX

Pour comprendre les enjeux politiques de la participation, il faut d'abord savoir ce que sont les comités de santé, c'est-à-dire commencer par une étude des pouvoirs locaux. Un comité de santé est issu de la réunion des représentants des quartiers « couverts » par le dispensaire : il y a 260 quartiers à Pikine pour 30 postes de santé représentés, chacun par le délégué du quartier et quatre de ses notables. C'est donc le délégué du quartier qui est le personnage central de ce système de représentation et il importe de préciser comment il est amené à assumer ses fonctions.

La création d'un quartier résulte, le plus souvent, de la volonté d'un politicien local, et de quelques hommes de son entourage proche. Il lui faut en effet d'abord vendre 150 cartes du Parti socialiste (ou tout au moins fournir une liste de 150 noms de personnes censées avoir acheté leur carte); il peut alors créer un comité du Parti socialiste; il en devient *ipso facto* secrétaire général, et constitue son bureau; ayant fait reconnaître le nouveau comité au niveau de la Coordination du Parti socialiste, le secrétaire général peut alors demander au préfet la création administrative d'un quartier; si celle-ci est acceptée, il prend les fonctions de délégué soit en cumulant ce poste avec celui de secrétaire général, soit en nommant à ce dernier son plus fidèle compagnon politique.

Représentant de l'Etat et représentant du Parti — plutôt que représentant des « populations » (qui, dans ce processus n'ont jamais leur mot à dire) —, le délégué de quartier est le symbole du caractère indissociable, au niveau local, des pouvoirs administratif et politique; d'ailleurs ne retrouve-t-on pas semblable confusion au plus haut niveau de l'appareil, puisque le Président de la République est aussi secrétaire général du Parti socialiste? Cependant, comme on le voit également, la logique dont procède la création d'un quartier est plus politique qu'administrative, ce qui explique que ce soit dans les zones les plus « politisées » — c'est-à-dire souvent celles où la précarité des conditions de vie et l'illégalité de l'accès au sol conduisent à une plus grande nécessité de défendre des intérêts locaux¹² — que le découpage des quartiers dessine la trame la plus serrée.

La politisation se retrouve à toutes les étapes de la vie des comités de santé. D'abord dans l'élection du bureau qui a lieu tous les deux ans et qui fait l'objet de calculs, d'alliances, de contestations, parfois même d'annulations : le plus

12. S. Maack, *Urban change and quarter routinization in Pikine, Sénégal*, Michigan, Ph. D. Colombia University, Univ. Copy Ann Arbor, 1978, 2 vol., 754 p.; M. Bertrand, *Densification et organisation sociopolitique dans la banlieue dakaroise au Sénégal : étude de cas à Pikine et Thiaroye irréguliers*, Mémoire de maîtrise en géographie, Paris, 1984, 262 p. On peut également se reporter, pour l'analyse des conflits locaux dans ces quartiers à forte activité politique à D. Fassin, E. Jeanne, G. Salem, M. Réveillon, Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal), *Sciences sociales et Santé*, 1986, 4, 205-221.

souvent s'affrontent deux clans, c'est-à-dire deux délégués du quartier soutenus par leur clientèle politique, constituée de leurs propres notables et d'alliés conquis dans d'autres quartiers : le camp qui l'emporte forme un bureau dont le vainqueur et ses proches occupent les « postes clés » de président, de trésorier et de secrétaire général (au total, le comité est constitué d'une quarantaine de membres, puisque aux dix du bureau s'ajoutent les dix de chacune des trois commissions : des finances, de la santé publique, et des affaires sociales et des femmes, tous recrutés dans la clientèle du candidat victorieux). Ensuite, dans la gestion de la caisse du dispensaire qui est souvent au centre de conflits et d'accusations, aboutissant parfois à des procédures judiciaires pour détournement de fonds publics et à des dissolutions du bureau lorsque la culpabilité de ses membres est prouvée (l'utilisation de l'argent des caisses nécessite les signatures du président et du trésorier, mais le carnet de chèque est normalement entre les mains de l'infirmier responsable du dispensaire). Enfin, dans les activités sanitaires : que ce soit une convocation publique pour une séance de vaccination ou une distribution de nivaquine pour le traitement à la maison des accès palustres, c'est bien plutôt à une démonstration politique qu'on assiste (il pourrait aussi bien s'agir d'une convocation à un meeting du Parti socialiste ou d'une distribution de drapeaux pour la venue d'un membre du gouvernement).

Si l'on constate bien une telle politisation des comités, on peut s'en étonner : pourquoi tant de passion politique ? Pourquoi se dispute-t-on ainsi la santé publique¹³ ? Il n'est que de voir la violence des rivalités autour des postes clés — à commencer par celui du président — et la manière dont les politiciens locaux les plus puissants cumulent les fonctions religieuses, politiques, administratives et au sein des comités de santé pour comprendre que c'est bien de pouvoir qu'il s'agit. Pouvoir symbolique qui consiste à montrer sa suprématie au niveau d'un ensemble de quartiers, en franchissant ainsi le seuil d'une influence strictement locale (les 30 présidents de comités apparaissent ainsi comme autant de super-délégués, choisis parmi les 260) et qui s'exerce sur la santé (privilegiée à la fois par la place qu'elle occupe dans le système de valeurs de la population et par la forte demande sociale dont elle est l'objet). Pouvoir matériel qui en résulte et qui se manifeste par le contrôle de sommes importantes (pouvant aller jusqu'à dix millions de francs CFA) ou par la possibilité d'attribuer des postes très prisés d'agents de santé (et donc de nourrir le clientélisme politique). La santé est donc un enjeu de pouvoir — pouvoir tant positif que négatif : on l'accumule en même temps qu'on en prive ses rivaux.

Quelle en est la source ? Est-il comme le discours officiel sur la participation voudrait le faire croire¹⁴ un pouvoir que les « populations » délègueraient à leurs représentants ? Evidemment non, puisque, avant l'institution des comités de santé,

13. Association pour la Promotion de la Santé de Pikine, *Rapport de synthèse du déroulement des travaux du bureau de l'APS au niveau des comités de santé ci-dessous énumérés*, document ronéotypé, Pikine, janvier 1982, 4 p.

14. A. Dumas, Participation et projets du développement, *Revue Tiers Monde*, XXIV, 95, 1983, 154-536. On peut en rapprocher le texte de R. Isely et J.-F. Martin, Le comité de santé au village, point de départ du développement rural, *Chronique de l'OMS*, 31, 1977, 331-340.

les habitants de quartier ne géraient pas les dispensaires et n'intervenaient pas dans les décisions de santé publique (à cet égard, les textes cités en ouverture le montrent bien : les « populations », ce sont en fait leur porte-parole). S'il ne vient pas du « bas » c'est donc du « haut » que le pouvoir des comités de santé tire sa source : la délégation se fait de l'Etat vers les notables. Pour comprendre les raisons de ce déplacement des pouvoirs, il faut montrer comment la « participation communautaire » se situe, à la fin des années soixante-dix et au début des années quatre-vingt, au point de convergence des nécessités des Etats africains et des choix des institutions internationales.

D'un côté, en effet, le Sénégal, comme les autres pays du Sahel, se trouve dans une situation financière précaire : aux conditions climatiques défavorables avec une sécheresse exceptionnelle, à partir de 1972, s'ajoutent des circonstances externes, telles que le renchérissement du pétrole et la dévalorisation des cultures d'exportation, et des phénomènes internes comme le détournement massif par les marabouts mourides de la production arachidière, principale source de devises, et le grossissement artificiel des salariés de la fonction publique¹⁵. La santé est l'un des secteurs les plus touchés par cette crise financière : la part du budget national qui lui est consacrée décroît régulièrement de 9,2 % en 1969-1970 à 6 % en 1978-1979. Or, dans le même temps, l'effectif des médecins relevant de la santé publique passe de 175 à 294 et le nombre de lits d'hospitalisation augmente de 5 111 à 7 092¹⁶. On assiste donc, d'un côté, à une réduction relative des dépenses de santé dans le budget de la nation et, de l'autre, à un accroissement des frais fixes occasionnés par les services hospitaliers : l'Etat n'est donc plus en mesure d'assumer le coût des structures les plus périphériques, c'est-à-dire les zones les plus pauvres, suburbaines ou rurales. La participation financière de la population permettant une prise en charge locale de l'achat des médicaments, de la rémunération d'une partie du personnel, de l'entretien et parfois de la construction des postes de soins, apparaît donc comme une aubaine ; on le voit notamment dans les régions isolées où l'Etat n'intervient plus que pour former, en quelques semaines et sur le tas, les « secouristes » qui vont faire fonctionner les dispensaires de brousse.

De l'autre côté, le modèle communautaire se développe dans les institutions internationales où l'on parle de « rendre les soins de santé essentiels universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté d'une façon qui leur soit acceptable et abordable et avec leur pleine participation »¹⁷ : pour les grands bailleurs de fonds du développement, il n'est plus question d'aide à des projets sanitaires qui n'énonceraient pas les deux principes de « l'accessibilité aux soins » et de « la participation des populations ». Choix qui résulte à la fois de la prise de conscience des inégalités sociales devant la maladie et la médecine, et de la reconnaissance des carences des dispositifs de santé des pays en déve-

15. L. Zecchini, *Le Sénégal, bourse plate...*, *Le Monde*, 26, 27 et 28 juillet 1984.

16. Direction de la Santé publique, *Evolution du budget de la santé publique, Personnel sanitaire, Evolution du rendement des formations sanitaires* (tableaux du ministère de la Santé).

17. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Les soins de santé primaires, Rapport conjoint de la Conférence internationale d'Alma-Ata (URSS)*, 6-12 septembre 1978, Genève-New York, OMS, 1978.

loppement, particulièrement ceux de leurs catégories les plus défavorisées : les soins de santé primaires proposés par l'Organisation mondiale de la Santé correspondent à cette solution la moins mauvaise pour les pauvres. C'est dans ce contexte que la Coopération belge propose au milieu des années 70, un projet qui met concrètement en œuvre cette politique. Avec la participation, l'Etat sénégalais trouve la politique de ses moyens et sa justification idéologique.

S'il abandonne aux populations défavorisées des banlieues et des campagnes le financement de leur médecine — se réservant en revanche la prise en charge des dépenses hospitalières qui concernent surtout les habitants des villes — l'Etat ne perd pas tout contrôle : l'autogestion lui permet de se maintenir au niveau local. En effet, comme on l'a vu, les comités de santé réalisent à l'échelon des quartiers une fusion entre l'Etat et le Parti socialiste tous deux représentés et incarnés par les notables¹⁸. Incapable de financer une politique de santé pour les catégories les plus pauvres, conscient de la nécessité de répondre, pourtant à une demande sociale qui pourrait devenir menaçante mais désireux de maintenir sa présence, l'Etat délègue son pouvoir, ou plutôt reconnaît celui que s'arrogent les notables; cette seconde convergence entre l'absence de l'Etat et la montée des notables est frappante dans les quartiers politiquement instables; elle n'affecte d'ailleurs pas le seul domaine de la santé. Les quartiers précaires ou spontanés, en particulier du front d'urbanisation, sont en effet ceux où l'Etat est le plus faiblement implanté, et corrélativement ceux où les notables jouent le rôle le plus important; la délégation sur laquelle repose la participation, c'est une reconnaissance en échange d'un contrôle par l'Etat. Pour étendre son contrôle, celui-ci joue alternativement de la menace et de la répression effective (avec notamment les expropriations, toujours possibles dans ces quartiers irréguliers); cependant qu'armés de sa reconnaissance, les notables accroissent leur pouvoir sur des quartiers menacés dont ils apparaissent comme les défenseurs¹⁹. Jeu subtil où l'Etat cède ce qu'il ne peut garder, et veut encore marquer son territoire, à la fois par la délégation et par la répression. Jeu délicat où l'Etat est lui-même en permanence confronté au risque que la participation ne lui échappe, que ce soit par rapport aux développeurs étrangers — on le voit à certaines difficultés rencontrées actuellement par le projet de Pikine —, ou par rapport aux notables — ainsi que l'ont montré les suites de l'élection législative en 1988.

Cette complexité se comprend d'autant mieux si l'on ne considère plus l'Etat comme une abstraction, mais dans sa réalité sociale; l'Etat, entité légale, est aussi fait de ceux qui détiennent le pouvoir en son nom. Si les notables locaux s'appuient sur une clientèle dans les quartiers, ils constituent eux-mêmes à leur tour la clientèle de ces notables nationaux que sont les grands du régime; l'Etat

18. B. Jobert, Clientélisme, patronage et participation populaire, *Revue Tiers Monde*, XXIV, 95, 1983, 537-556. Voir aussi A. Ulgade, Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs, *Social Science and Medicine*, 21, 1, 1985, 41-53.

19. M. Vernière, *Volontarisme d'Etat et spontanéisme populaire de l'urbanisation du Tiers Monde. Formation et évolution des banlieues dakaroises. Le cas de Dagoudane-Pikine*, Mémoire de la section de géographie, n° 7, Paris, Bibliothèque nationale, 1977.

ne s'oppose donc pas nécessairement aux pouvoirs locaux, parce qu'il ne s'en distingue pas entièrement.

Politiquement, la participation résulte donc d'une double convergence dont l'Etat figure paradoxalement le point d'articulation : au niveau national, où les aspirations des notables rencontrent les intérêts de l'Etat, et au niveau international, où l'idéologie des développeurs rejoint les capacités de l'Etat. D'un point de vue politique, comme en matière de santé publique (ainsi qu'il avait été précédemment indiqué), la participation offre bien à l'Etat la « fin » de ses moyens.

CONCLUSION

La santé publique, sans l'Etat? Ce raccourci ne va pas sans quelque ambiguïté. A Pikine, et dans d'autres régions du Sénégal, pauvres et donc politiquement faibles, l'Etat ne « participe » guère au financement de la santé; les comités de santé n'ont pourtant d'existence que sous son regard et son contrôle. Il serait donc sans doute inexact de parler d'un désengagement de l'Etat : d'abord parce que, s'il est absent du discours des notables et des développeurs, il n'en reste pas moins un acteur central; ensuite, parce que ce que l'on appelle aujourd'hui participation ne succède pas à un engagement de l'Etat sur ce terrain, mais bien plutôt à une absence quasi totale de politique de santé publique dans les secteurs d'urbanisation rapide et incontrôlée, et de manière plus générale dans les régions les plus défavorisées. Aussi la participation ne propose-t-elle pas tant un modèle de développement alternatif qu'elle ne pallie une carence.

Le succès politique de la participation repose sur le fait que chacun y trouve de quelque manière son compte. Les développeurs et les notables, bien sûr. Mais aussi, somme toute, la population, sinon dans sa totalité, du moins dans son ensemble : sans doute les médicaments manquent-ils parfois; sans doute ne distribue-t-on pas toujours ceux qui conviendraient; du moins existent-ils; c'est bien pourquoi les patients affluent dans les dispensaires — même s'ils n'en repartent pas toujours satisfaits. Enfin, l'Etat n'est-il pas le bénéficiaire paradoxal de la participation? Ne lui offre-t-elle pas le moyen de contrôler à moindre coût la santé publique dans des catégories parmi les plus pauvres, où il n'investirait pas autrement?

On serait tenté de parler d'une santé publique « parallèle », pour replacer le phénomène de la participation dans un ensemble plus large de pratiques qu'on rencontre au Sénégal et ailleurs, qu'il s'agisse des médecines « traditionnelles » ou de la vente illicite des médicaments²⁰, que l'Etat tolère pour mieux les contrôler, toutes pratiques économiques caractéristiques de la gestion de la pauvreté par un Etat appauvri.

20. D. Fassin, Economies « parallèles », Etat et Société, la vente illicite de médicaments au Sénégal, *Politique africaine*, 23, 1986, 123-130, et D. Fassin, E. Fassin, Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal, *Social Science and Medicine*, 27, 4, 1988, 353-357.