



HAL
open science

Les agents de santé communautaire, maillon du biopouvoir : des normes sanitaires aux normes de genre

Hélène Kane, Abdourahmane Coulibaly, Fatoumata Hane, Dimi Théodore Doudou

► To cite this version:

Hélène Kane, Abdourahmane Coulibaly, Fatoumata Hane, Dimi Théodore Doudou. Les agents de santé communautaire, maillon du biopouvoir : des normes sanitaires aux normes de genre. MACIA Enguerran, CHEVE Dominique, HAVARD Jean-François. Biopolitique en Afrique de l'Ouest. Monde de vie, santé, populations, Khartala, 2022. hal-04558585

HAL Id: hal-04558585

<https://hal.science/hal-04558585v1>

Submitted on 25 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les agents de santé communautaire, maillon du biopouvoir : des normes sanitaires aux normes de genre

Hélène Kane, Anthropologue, PhD, Chercheure associée à l'IRL3139 (CNRS, UCAD, UGB, CNRST, USTT)

Abdourahmane Coulibaly, Anthropologue, PhD, Chercheur à l'IRL3189 (CNRS, UCAD, UGB, CNRST, USTT)

Pr Fatoumata Hane, Anthropologue, PhD, Enseignante-chercheure à l'Université de Ziguinchor et Chercheure à l'IRL3189 (CNRS, UCAD, UGB, CNRST, USTT)

Dimi Théodore Doudou, Anthropologue, PhD, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

Introduction

En articulation avec les organisations non gouvernementales plaidant en faveur de diverses priorités de santé, les politiques nationales, en Afrique de l'Ouest comme dans de nombreuses régions du monde, accordent une place croissante aux enjeux de santé publique¹. La promotion de la santé et l'établissement d'objectifs sanitaires visant à réduire les taux de mortalité, en particulier maternelle, néonatale et infantile incarnent le développement de ces politiques visant la survie face à un ensemble de menaces sanitaires, sécuritaires et sociales². Les programmes sanitaires s'appuient en particulier sur la promotion de « pratiques essentielles » allant d'un ensemble de comportements (lavage des mains, nutrition, utilisation de moustiquaires, salubrité des lieux de vie...) à l'accès aux soins dans un ensemble de situations : grossesses, fièvres, diarrhées infantiles,... La biomédicalisation et la pharmaceuticalisation de la santé³ se déploient un peu partout en Afrique de l'Ouest, s'accompagnant, avec plus ou moins de succès d'une amélioration des taux de mortalité.

Face à la difficulté d'assurer le maillage de l'offre de soins dans tous les territoires et d'atteindre l'objectif de la « santé pour tous en l'an 2000 », les politiques publiques et les organisations internationales ont misé sur les approches de « santé communautaire » en complément des soins en structures sanitaires. Datant des années 1940, ces approches ont été mises en place essentiellement dans les pays à faible revenus, notamment dans les zones enclavées de faible accessibilité des soins médicaux. Promue sur la scène internationale avec la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire, la « santé communautaire » vise pour tous des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques »⁴. Elle repose, au niveau opérationnel, sur l'activité d'agents de santé communautaire, dont le travail apparaît comme supplétif pour les populations pauvres ne pouvant pas accéder facilement à des soins professionnalisés. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, ces agents « *doivent être des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, avoir été sélectionnés par la*

¹ P. M. David « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 6, 2011.

² M. Abélès, *Politique de la survie*, Paris, Flammarion, 2006.

³ A. Desclaux et M. Egrot (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan, 2015

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, *Alma Ata 1978. Les soins de santé primaire*, Genève, 1978.

communauté, répondre de leurs activités devant elle et être soutenus par le système de santé, sans nécessairement faire partie de son organisation »⁵. Ces agents sont ainsi positionnés à l'interface entre les individus, les familles et les structures sanitaires, partant de l'hypothèse que leur « proximité » avec les populations facilite leur travail d'intermédiation au niveau local. Au fil des années, malgré les critiques adressées à cette approche risquant de cantonner certaines populations à des soins faiblement qualifiés, l'Organisation Mondiale de Santé a maintenu son positionnement en faveur d'un couplage entre services de santé et santé communautaire en direction des populations mal desservies⁶, et réaffirmé l'importance de la participation des non-professionnels dans le cadre de l'accès aux soins de santé primaire⁷. Un ensemble de stratégies thématiques récentes mise sur l'intégration d'agents de santé communautaire, qu'il s'agisse de la nutrition infantile, de la prise en charge intégrée de l'enfant, du paludisme, de la santé maternelle, de la lutte contre le VIH ou plus récemment, contre la Covid-19. Le terme d'« agent de santé communautaire » recouvre une diversité de situations, qu'il s'agisse de formation, de mode de recrutement, de supervision, de mission et de reconnaissance institutionnelle. Les terminologies ne correspondent pas non plus tout à fait selon les pays⁸. Les « ASC » et les « relais communautaires », qui sont généralement sous la supervision des centres ou postes de santé locaux, constituent les profils les plus représentés. Selon les pays, d'autres « agents communautaires » interviennent dans le champ de la santé, tels que les médiateurs, les *Bajenu Gox* (marraines de quartier) au Sénégal, les membres des « écoles des maris », ainsi qu'une pluralité d'intervenants enrôlés par le biais de divers projets.

Globalement, ces agents de santé communautaire sont chargés de promouvoir un ensemble de comportements favorables à la santé, d'influencer les pratiques familiales, dans des contextes ou d'autres cultures thérapeutiques et systèmes de sens les orientent. Leurs interventions participent ainsi d'une normalisation des comportements de santé et d'un contrôle des corps. À ce titre, il apparaît pertinent de les interroger comme forme de « biopouvoir »⁹, considérant ces formes de contrôle des comportements comme techniques de pouvoir participant d'un contrôle de la population¹⁰. En effet, les pratiques de santé communautaire visant la survie participent d'un « faire vivre ou rejeter dans la mort », forme de pouvoir sur la vie qui, selon Michel Foucault, s'est progressivement substitué au « faire mourir ou laisser vivre » en occident.

Du fait de leur inscription dans des programmes sanitaires nationaux et internationaux, et dans certains cas de leur collaboration avec les structures sanitaires, les agents de santé communautaire constituent le maillon le plus local d'un système de santé biomédical générant des formes de « biopouvoir ». Véhiculant un ensemble de normes comportementales, les agents de santé communautaires participent d'un certain contrôle sur leurs voisins¹¹. Cependant, ces agents étant peu qualifiés, formés sur le tas et peu supervisés, leurs interventions ayant lieu dans divers espaces publics et privés, leur exercice s'effectue en marge des structures sanitaires, échappant à une stricte uniformisation. Aussi proposons-nous dans ce chapitre d'analyser

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, *Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO Study Group*, Genève, 1989.

⁶ H. M. Kahssay, M. E. Taylor et P. Berman, *Les agents de santé communautaires : comment aller de l'avant ?* Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1999.

⁷ Organisation Mondiale de la Santé, *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Genève, 2008.

⁸ UNICEF, *Politiques et programmes de santé communautaire d'Afrique de l'Ouest et du Centre*, 2019.

⁹ M. Foucault, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

¹⁰ A. Villanucci et E. Fantini, « Santé publique, participation communautaire et mobilisation politique en Éthiopie : la Women's Development Army », *Politique africaine*, 142(2), 2016, p. 77-99.

¹¹ A. Faya Robles, « La "police amie des mères" : nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain », *Sociologie*, 4(1), 2013, p. 63-79.

comment ceux-ci se positionnent entre la promotion de comportements de santé définis au niveau central et des formes locales de resubjectivation des rapports à la santé. Nous examinerons ainsi comment leurs activités participent d'un pouvoir disciplinaire souple et diffus¹² orientant graduellement les comportements vers de nouvelles normes sanitaires. Ce questionnement nous mènera à analyser comment, au-delà de leur visée sanitaire, les interventions de santé communautaire s'articulent à des normes sociales et de genre, participant à les reproduire et à en faire évoluer certains contours.

Ce travail s'appuie sur les données d'une étude multicentrique réalisée en 2019, s'intéressant à la problématique du genre dans les programmes de santé communautaire, réalisée au sein de l'UMI Environnements, Santé, Société grâce au soutien de l'Unicef. Suite à la réalisation d'une enquête collective pilote au Sénégal associant les auteurs de ce chapitre ainsi que des enseignants-chercheurs de l'Université de Bambey, les enquêtes ont été réalisées en milieu rural dans trois pays : en Côte d'Ivoire par Dimi Théodore Doudou, au Mali par Abdourahmane Coulibaly, et au Sénégal par Fatoumata Hane. Sur chaque site, des entretiens ont été menés avec les agents de santé communautaires et les personnes supposées bénéficier de leurs interventions. Dans la mesure du possible, les éléments de ces entretiens ont été mis en perspective avec des observations des activités de santé communautaire. L'ensemble de ces données ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Le « biopouvoir » des agents de santé communautaire

Les agents de santé communautaire ont pour principale mission de promouvoir des comportements favorables à la santé, tels que des gestes d'hygiène, mais aussi participer à l'identification des patients et à leur orientation vers les structures sanitaires. Enrôlés dans le cadre de programmes ou projets visant la santé, ils sont supposés intervenir à partir de leurs relations sociales locales et suppléer les professionnels de santé dans des zones de faible accessibilité des soins médicaux. À ce titre, ils promeuvent des normes biomédicales aux dépens d'autres formes d'interprétation de la santé et de réponses thérapeutiques. Au côté d'agents auxiliaires des services de santé, d'autres collectifs comme l'« école des maris » au Sénégal, le « comité villageois de santé » ou encore le « groupe de soutien aux activités de nutrition » au Mali renforcent le maillage sanitaire de la population. Ces différents groupements sont impulsés par diverses organisations internationales autour d'objectifs sanitaires divers : l'« école des maris », par exemple, valorise le rôle des maris dans le recours aux soins prénatal. Leurs diverses interventions peuvent se déployer dans tous les espaces et moments de la vie quotidienne, les agents profitant de diverses occasions pour « sensibiliser » : visites en porte-à-porte, sur les lieux de travail (ateliers de couture, champs...) ou lors de rassemblements.

S'appuyant sur leurs relations avec la population locale, ces différents profils d'agents de santé communautaire ont pour mission commune d'informer et conseiller leurs pairs dans un climat de confiance.

Il faut être ouvert, humble, c'est-à-dire savoir partager, savoir écouter et se faire écouter. Tu ne dois pas imposer aux gens ta façon de voir, il faut discuter et essayer de convaincre l'autre. Quand il y a un problème, tu dois être capable de trouver une solution, il faut être un leader. (Homme, membre de l'école des maris, Sénégal)

¹² M. Foucault, *La volonté de savoir...*, op. cit.

Nos observations dans trois pays montrent cependant une grande variété de postures relationnelles, allant du dialogue amical à des formes de relations plus autoritaires. Comme l'ont montré de précédents travaux, les relations s'avèrent complexes et ambiguës, les agents de santé communautaires se montrant parfois distants, hautains ou autoritaires^{13,14}. Plutôt que de conseiller dans le cadre d'un dialogue, ils tendent parfois à orienter les comportements sur un mode injonctif, à exercer une pression laissant peu d'alternatives à leurs interlocuteurs. C'est notamment le cas de certaines *Bajenu Gox* au Sénégal qui n'hésitent pas à forcer les recours aux structures sanitaires par divers moyens.

Certaines disent qu'elles préfèrent les plantes traditionnelles et d'autres te disent que leur mari n'a pas d'argent. On leur fait donc un prêt que leur mari est obligé de rembourser le jour de l'accouchement. En effet, les hommes ne veulent pas payer pour les CPN¹⁵ donc on a un cahier où l'on écrit tout ce qu'ils nous doivent avec toutes les précisions possibles. À la naissance de leur bébé, quand ils viennent voir leur enfant, pendant qu'ils sont heureux, on leur présente la facture et ils paient tout. [...] Parfois ce sont les femmes elles-mêmes qui refusent de respecter leurs traitements. [...] J'attends jusqu'à ce qu'elles me suivent au poste de santé. (Bajenu Gox, Sénégal)

Forte de la légitimité qui lui est conférée en tant que « marraine de quartier », cette *Bajenu Gox* déploie persévérance et pugnacité pour parvenir à ses fins. D'autres agents peuvent avoir recours à des menaces et sanctions afin d'atteindre leurs objectifs. Il s'agit, notamment, de dissuader les recours tardifs par la menace d'un refus de prise en charge par le poste de santé local.

Le relai de cette zone nous a toutes prévenues. Si tu viens en retard aux CPN on te réfère directement au centre de santé pour ton suivi et là-bas tu paies plus. Cela te revient plus cher donc les femmes ne cachent plus leurs grossesses. Dès qu'elles ont des doutes, elles vont au poste de santé. (Femme âgée, Sénégal)

Au Sénégal, les membres de l'école des maris usent d'intimidation auprès des guérisseurs, les sommant de référer vers les structures sanitaires, et les menaçant de les poursuivre en justice si d'aventure ils ne réfèrent pas un patient et qu'il décède ensuite. En Côte d'Ivoire, les ASC n'hésitent pas à vérifier dans les chambres si les moustiquaires sont correctement attachées, et dans les carnets de santé, si les vaccinations sont à jours. Ces exemples montrent que les agents exercent un certain pouvoir afin d'imposer à la population des conduites et recours de santé. Ces modes d'action autoritaires évoquent davantage la médecine de l'époque coloniale^{16,17} qu'une action communautaire telle que définie par la Charte d'Ottawa, qui prévoit « la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé ». Ces modalités coercitives sont aussi entraînées par une culture des programmes sanitaires essentiellement construits sur des approches verticales et des

¹³ S. Faye, F. T. Mendy et T. Ndoye, « Quand les mères “résistent” aux foyers d'Apprentissage, de Réhabilitation Nutritionnelle et d'éveil (FARNE) à Mbacké (Diourbel, Sénégal) », *Face à face. Regards sur la santé*, n°13, 2016.

¹⁴ M. Rougeon, « Prendre soin des enfants au quotidien. Dynamiques relationnelles et spatiales des pratiques de soins caseiros au Brésil », *Anthropologie & Santé*, n° 17, 2016, [en ligne], <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/4270>, page consultée le 25-01-2019.

¹⁵ Consultation prénatale

¹⁶ J. P. Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997.

¹⁷ J. P. Dozon, « Raison épidémiologique et raison d'Etat. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique », *Sciences sociales et santé*, VII(1), 1989, p. 21-36.

indicateurs quantitatifs¹⁸, ne se donnant pas les moyens de savoir comment les chiffres sont obtenus. Au travers des programmes de vaccination contre la poliomyélite, certains agents se sont notamment habitués à privilégier la vaccination de tous les enfants, si besoin de force, plutôt que de positionner le consentement parental comme une condition. Le terme de « sensibilisation » tend ainsi à être associé à l'imposition plutôt qu'à une discussion.

Les gens n'aiment pas les médicaments. [...] Même pour la « polio », il y en a qui refusaient et on les sensibilisait. Si tu refusais la « polio » et qu'ils te prenaient, ils te mettaient en prison. C'est ainsi que tout le monde a fini par accepter se disant que la « polio » ce n'est pas la même chose que les autres médicaments. Si tu refusais, quelqu'un d'autre venait pour t'obliger et on faisait le traitement à ton proche. C'est ainsi qu'on a pu sensibiliser les gens. On a compris qu'en faisant ça, les gens acceptent et on a continué comme cela. (Relai communautaire, homme, Mali)

D'autres modes d'action relèvent de formes scénarisées de démonstration visant à marquer les esprits. On pense notamment aux cérémonies d'abandon de l'excision, ou aux concours d'assainissement des villages. Les pratiques des agents de santé communautaire, multiples, sont teintées d'intrusions et de contrôles plus ou moins discrets ou ostensibles. Leurs activités sur la santé les mènent à s'immiscer dans la vie intime, parfois à en atteindre des aspects dissimulés y compris dans la sphère familiale : maladies sexuellement transmissibles, grossesses ou difficultés à concevoir, recours à la planification familiale. La détention de secrets sur les corps, et la crainte de divulgation qu'elle suppose, participe du biopouvoir exercé par les agents de santé communautaire.

Cette emprise sur les comportements de santé est cependant limitée par la fragilité du statut de ces agents. Étant loin d'être les seuls à revendiquer localement un savoir en santé, leur influence est en effet limitée à leur légitimité dans l'espace thérapeutique local. Cette légitimité s'appuie moins sur des savoirs acquis — leurs formations étant très courtes — que sur des statuts sociaux leur procurant une reconnaissance locale. Leur influence sur les comportements de leurs interlocuteurs s'avère donc conditionnelle et discontinue, appuyée dans certains cas par les professionnels de santé qui les supervisent ou qu'ils remplacent.

Aussi, certains agents de santé communautaire sont boudés par la population, tandis que d'autres sont très sollicités. Leurs possibilités d'action étant dépendantes de la bonne volonté de leurs interlocuteurs de les accueillir et les écouter, les agents ne peuvent pas intervenir lorsque la population locale ne leur concède aucun rôle de santé. À ce titre, nos enquêtes ont révélé que les agents de santé communautaire n'influençaient généralement pas l'ensemble des résidents de leur lieu d'exercice, car ils n'étaient pas reconnus par tous. Du reste, lorsque les agents de santé communautaire parviennent à établir leur légitimité, celle-ci demeure « partielle » et « territorialisée », c'est-à-dire qu'ils ne sont reconnus que pour certaines interventions dans certains espaces sociaux.

À part l'ASC nous ne considérons pas les autres comme agents de santé. Nous prenons l'ASC comme un agent qui soigne les enfants... Nous considérons ces gens-là [les relais] comme des vaccinateurs des enfants, comme des gens qui sont là pour donner les médicaments aux enfants. (Homme, Mali)

Cette légitimité partielle apparaît réduite par rapport aux paquets d'activités en principe confiés aux différentes catégories d'agents. En Côte d'Ivoire, certains ASC étaient perçus comme de

¹⁸ F. Hane, F., « Production des statistiques sanitaires au Sénégal : entre enjeux politiques et jeux d'acteurs. », *Santé Publique*, 29(6), 2017, p. 879-886.

simples « vaccinateurs » ou distributeurs de moustiquaires. La légitimité des agents tend ainsi à être réifiée à quelques interventions clés, mais aussi à des populations singulières (notamment femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans), ce qui limite leurs influences sur de plus larges comportements.

Bien que certains outrepassent leurs prérogatives, notamment lorsqu'ils interviennent au sein des postes de santé, leurs missions curatives sont généralement réduites, ce qui limite leur pouvoir. Plutôt que thérapeutes, ils jouent en quelque sorte des rôles « d'influenceurs » de comportements de santé qui demeurent sous l'autorité des chefs de famille. Leur faible niveau de formation les empêche souvent de s'imposer comme des références locales s'agissant des questions de santé. Les populations constatent rapidement les limites de leurs connaissances médicales ; ils ne peuvent se positionner dans l'offre de soins locale qu'avec une certaine modestie. Ils doivent « faire leurs preuves », trouver des appuis locaux ; leur légitimité demeure précaire. Face aux réalités locales, ils sont amenés à adapter les objectifs qui leur sont donnés. En particulier, même s'ils s'efforcent d'orienter les femmes enceintes vers les maternités et d'éviter les accouchements à domicile, ils ne peuvent que constater la persistance de ces situations. Face à cette réalité, les agents rencontrés adoptent des attitudes allant de la conciliation à des formes de réprobation. Au Mali, les ASC rencontrées se rendent au chevet des femmes qui accouchent à domicile, examinent les nouveau-nés et les réfèrent en cas de complications. Certains conseillent les accoucheuses traditionnelles, leur apprenant à reconnaître les signes de danger. Une attitude comparable est observée en Côte d'Ivoire.

À cause du manque de moyens, je ne peux pas forcer quelqu'un à partir à l'hôpital. Je leur dis tout simplement qu'après l'accouchement à domicile, il faut suivre les vaccinations. Souvent, elles vont au centre de santé pour l'accouchement. Parfois, il arrive qu'elles aient des complications et ont leur dit d'aller à l'hôpital régional. Le monsieur, ayant des problèmes d'argent, retourne avec la femme chez la matrone [accoucheuse traditionnelle]. (ASC, homme, Côte d'Ivoire)

Les contraintes économiques limitent l'influence des agents sur les recours aux soins. Peu ou prou, ils se forment des lignes de conduite contextualisées aux réalités locales. Ils peuvent également se heurter à des résistances se manifestant notamment par des formes d'évitement. Les populations manifestent notamment leur refus de l'« intervention communautaire » en réservant un accueil peu chaleureux, en dissimulant leurs problèmes de santé voire même, en mentant sur leurs pratiques.

Il y a des familles, quand tu arrives on ne s'occupe même pas de toi. Et il y a des familles qui ne disent pas aussi la vérité. L'enfant n'a pas pris ses CTA¹⁹, ils vont te dire qu'il les a déjà pris, et c'est pareil pour les femmes enceintes. Souvent aussi, la personne te dit que c'est le problème d'argent qui fait qu'il ne va pas à l'hôpital. Malgré tout ça, nous faisons notre travail parce que c'est notre rôle. (ASC, homme, Côte d'Ivoire, propos recueillis par D. T. Doudou)

Ces dissimulations peuvent être une réaction contre l'intrusion de l'agent, une dénégation de leur légitimité sur des questions de santé. Elles peuvent aussi découler de la crainte d'être acculé à des recours aux soins coûteux. Par exemple, sachant que la recommandation est d'accoucher dans les structures sanitaires, ceux qui ne souhaitent pas s'y rendre n'informent l'agent qu'une fois l'enfant né à domicile. Souvent isolés lors de leurs interventions, peu formés et cherchant néanmoins à changer les comportements, les agents de santé communautaire s'exposent à des réactions hostiles. Ils courent même le risque d'être accusés en cas de maladie.

¹⁹ Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, recommandées dans le traitement du paludisme simple.

Il y en a qui disent qu'on est venu rendre leurs enfants malades. Ils disent, un tel, tu es venu donner le médicament l'autre jour à l'enfant et il ne s'est plus rétabli, sa maladie s'est aggravée, votre médicament là n'est pas bien... Il y en a qui disent ça et ils sont innombrables à le dire. (Relai, homme, Mali)

Les questions sur lesquelles les agents travaillent étant sensibles, ils sont amenés à communiquer sur des sujets que les convenances intiment de taire. De ce fait, ils s'exposent à la critique dans leurs environnements proches, risquent d'altérer des relations qui sont aussi des relations de parenté et de voisinage, d'être discrédités par des activités qui ne sont pas toujours les bienvenues. Pour ces différentes raisons, leur position est délicate et ils sont amenés à nuancer les actions qu'ils sont supposés mener.

Les « resubjectivations » des normes biomédicales

Afin de se positionner dans l'espace thérapeutique local, les agents de santé communautaire entretiennent notamment des modes de reconnaissance mutuelle avec les autres détenteurs de savoirs que sont notamment les guérisseurs, les accoucheuses traditionnelles et les personnes âgées reconnues pour leur expérience. Il convient de souligner que plusieurs des agents enquêtés dans le cadre de notre étude avaient des liens de parenté directs avec des médecins, des marabouts ou guérisseurs, dont ils reconnaissaient les compétences. Pour leur propre santé et celle de leurs enfants, ils recouraient quelquefois eux-mêmes à ces guérisseurs. Quelques-uns cumulaient même les deux identités : agent de santé communautaire et guérisseur. Contrairement aux professionnels de santé qui exercent dans des espaces relativement cloisonnés, les agents de santé communautaire sont ainsi étroitement intégrés au pluralisme thérapeutique local. Certains agents s'efforcent de compartimenter leurs activités, considérant que travaillant pour « l'hôpital », ils doivent s'abstenir d'évoquer la « médecine traditionnelle ». D'autres, considérant qu'orienter vers les structures sanitaires fait partie de leur rôle, perçoivent toutefois les guérisseurs comme une ressource thérapeutique locale.

Il y a un guérisseur ici. [...] Dans le village, si quelqu'un a un problème, qu'il ne se porte pas bien, je peux le présenter au guérisseur. S'il fait nuit donc on peut l'accompagner chez lui, maintenant si c'est le matin on l'envoie plutôt à l'hôpital. (ASC, homme, Côte d'Ivoire)

Loin de simplement orienter les comportements de santé selon une grille d'intervention biomédicale, les agents de santé communautaire se positionnent plutôt en médiateurs arbitrant de l'opportunité de différentes réponses thérapeutiques selon les situations.

De plus, ils sont confrontés à des conceptions qui relativisent l'impact des comportements sur la santé par rapport aux conditions de vie. Sur ce point, l'analyse fait ressortir une ligne de démarcation majeure entre les conceptions populaires et les orientations des programmes de santé communautaire. Tandis que les populations enquêtées associent leurs problèmes de santé à la dureté de la vie au village — labour du travail des champs, apports alimentaires insuffisants ou inadéquats — les messages sanitaires, insistant sur les comportements favorables à la santé, éludent ces larges déterminants.

Les efforts que nous fournissons en travaillant ne sont pas récompensés par une bonne alimentation. Quand la femme est malnutrie, elle devient vulnérable et quand elle a une petite maladie, elle s'aggrave rapidement. Selon moi c'est dû aux durs travaux également. Quand la femme enceinte travaille beaucoup, elle peut attraper beaucoup de maladies. Chez nous les femmes font tous les travaux avec nous. [...] Quand elles

arrivent à la maison, elles commencent à préparer le dîner. Toutes ces fatigues cumulées font qu'elles deviennent vulnérables aux maladies. (Homme, Mali)

Ces propos révèlent le sentiment de ne disposer que de faibles marges d'action pour améliorer la santé, relativisant l'influence des conduites sur la santé. Tandis que les programmes de santé communautaire misent sur le « changement de comportements » pour améliorer la santé, la population locale ne manque pas d'observer les contraintes environnementales qui la déterminent, telle que la pénibilité du travail, le manque de ressources économiques, la faible accessibilité des soins médicaux. Autrement dit, bien que ce « changement des comportements » apparaisse du point de vue des programmes comme un levier majeur, il ne représente, du point de vue local, qu'une fine marge d'action permettant certes d'éviter certaines maladies, mais pas d'inverser des conditions de vie défavorables à la santé. Les bénéficiaires des interventions relativisent la pertinence des programmes quand de larges conditions de santé telles que l'accès à l'eau et à l'électricité ne sont pas remplies.

C'est la maladie qui est l'ennemie de l'homme, sinon, ce qui est le vrai problème, c'est le côté de l'électricité. S'ils pouvaient électrifier pour nous. Ensuite, le côté de l'eau qui est aussi un véritable problème, car la pompe même était gâtée. (Homme, Côte d'Ivoire)

Afin d'appuyer la pertinence de leurs recommandations, qui sont relativisées par leurs interlocuteurs, les agents de santé communautaire sont amenés à construire différentes réinterprétations par le biais de formes explicatives locales. Leurs formations étant peu approfondies, ils sont peu armés pour expliciter les raisons médicales d'une recommandation. En revanche, ils déploient d'autres formes d'explication, susceptibles d'emporter la conviction de leurs interlocuteurs. En Côte d'Ivoire, ils diffusent par exemple l'idée que les organismes « s'habituent » aux médicaments modernes, rendant inefficaces les remèdes autrefois utilisés.

Ce qui est passé est passé. Ce qui règne maintenant c'est l'hôpital. Tout le monde a abandonné les pratiques Sénoufos au profit du modernisme. [...] Le problème est que les grossesses sont suivies par l'hôpital du début jusqu'à l'accouchement. Ce qui signifie que l'enfant dans le ventre de sa mère a déjà son organisme habitué aux médicaments de l'hôpital. Alors à chaque fois qu'il est malade, il faut l'hôpital sinon il meurt. Avant les plantes étaient l'habitude de l'organisme des enfants, c'est pourquoi les plantes les soignaient. (Grand-mère, Côte d'Ivoire)

De nouvelles habitudes de recours aux structures sanitaires sont ainsi associées à diverses explications justifiant le délaissement des remèdes domestiques et autres thérapeutiques des guérisseurs. Les changements de régimes alimentaires sont notamment incriminés dans une évolution des pathologies entraînant la nécessité de se soigner autrement.

Au temps de nos parents, il y avait un canari contenant une infusion. Tant qu'on utilisait cette infusion, on n'était jamais terrassé par le palu. Il y avait les aliments qu'on mangeait avant, ces aliments n'existent plus maintenant. Nous mangeons aujourd'hui des aliments qui sont nuisibles à notre santé. [...] Si on tient compte de tous ces facteurs, on se rend compte que le palu ne peut plus être traité de la même façon qu'avant. [...] Pour combattre le palu maintenant il faut des traitements modernes. (Homme, Mali)

L'ensemble de ces arguments montre que l'adoption de nouvelles conduites s'accompagne de formes explicatives du changement éloignées des logiques programmatiques. L'efficacité des réponses thérapeutiques locales n'est pas frontalement remise en cause, mais présentée comme devenant inadaptée. Les agents de santé communautaires sont au cœur de la production, de la transmission et de la reformulation de ces explications qui intègrent des conduites sanitaires à de plus larges réflexions sur l'évolution des modes de vie. Au-delà de ces interprétations

thérapeutiques, examinons maintenant comment les agents s'appuient sur un ensemble de catégories morales pour influencer les conduites de leurs interlocuteurs.

Des normes de santé conjuguées à des normes sociales et de genre

L'examen des interventions de santé communautaire révèle comment elles s'inscrivent dans la production de normes sociales et de genre. Pour faire évoluer les comportements de santé, l'un des ressorts utilisés est notamment de moraliser les rôles familiaux de santé. Aussi assiste-t-on à des reformulations des messages d'éducation pour la santé dans le lexique des responsabilités familiales. Typiquement, la mère est enjointe à « bien s'occuper » de son enfant, et le mari à « bien s'occuper » de son épouse lorsqu'elle est enceinte. Derrière ces injonctions, la norme sociale implicite est que les mères assurent consciencieusement un ensemble de soins quotidiens ; et que les pères restent préoccupés par la santé en se tenant prêts à financer les recours aux structures sanitaires. Il y a là un renforcement de l'assignation à des rôles familiaux genrés.

[Lors de la causerie] J'ai répondu que la première chose à faire pour une femme, quand elle se lève, elle met de l'eau à chauffer et commence à balayer. Si le mari est chez toi, tu lui donnes de quoi se laver puis toi aussi tu te laves, tu changes les habits avec lesquels tu as dormi, tu ramasses tous les ustensiles sales pour aller les laver au-dehors, puis tu nettoies la maison. C'est ça les premiers gestes d'hygiène qu'une femme doit faire. Tu commences à préparer le repas, après la cuisine tu changes tes habits si tu en as d'autres avant de donner à manger au chef de ménage. Ils ont aussi demandé quelle est la maladie qui fatigue le plus les enfants, j'ai répondu que c'est le paludisme et que les enfants ne doivent pas s'amuser dans l'eau sale ; c'est ainsi qu'ils m'ont applaudi. (Femme, Mali)

Les messages de santé communautaire passent ainsi dans le rouage local de la répartition genrée des tâches, valorisant le dévouement de la femme pour son mari ; mais aussi la responsabilité du mari vis-à-vis de la santé de son épouse et de ses enfants. Du point de vue des responsabilités en santé, les messages sanitaires impliquent les hommes essentiellement par l'intermédiaire de leur autorité décisionnelle et de leur pouvoir économique, tandis que les pratiques des femmes sont directement mises en cause.

Les enfants attrapent le palu par notre faute souvent. Je dis cela parce qu'il y a des femmes qui ne respectent pas la parole de leur mari. Il faut que l'homme soit courageux aussi mais malgré tout le courage de l'homme, il y a des choses qui peuvent échapper à son contrôle. [...] Un homme ne peut pas entretenir l'enfant au vrai sens du mot. C'est les femmes qui entretiennent les enfants mieux que les hommes. S'il se trouve que la femme s'en moque de l'enfant, qu'est-ce que l'homme pourra faire ? [...] La femme doit s'occuper des enfants et le mari va à la recherche de la nourriture. Quand le mari rentre à la maison, il doit se joindre à la femme pour entretenir les enfants mais tout cela devient difficile si la femme n'écoute pas la parole du mari. (Homme, Mali)

Cet extrait illustre les constructions de genre s'établissant autour de la santé des enfants, naturalisant les rôles des hommes et femmes ainsi que leurs qualités. Cette construction du modèle parental dessine une interdépendance reposant sur l'acceptation de l'autorité du mari. Bien qu'un partage des responsabilités soit mis en avant, les messages préventifs peuvent se retourner contre les mères, le non-respect des conseils étant spontanément interprété comme refus de l'autorité et cause de la maladie. Les recommandations sanitaires qui dans le langage

de l'épidémiologie correspondent à des « pratiques favorables à la santé » permettant de minimiser les « facteurs de risques » deviennent ainsi, dans le discours populaire, des liens de causalité directs.

Quand les mamans ne protègent pas bien les enfants au moment du froid, ils peuvent faire du palu. Les matins il faut bien habiller les enfants, après les pluies il faut bien habiller les enfants. Il faut bien les habiller quand les mauvais vents soufflent, il faut aussi mettre du beurre dans leurs narines. Les agents de santé nous donnent ces conseils. Si les femmes ne font pas attention à ces conseils et à les appliquer, les enfants n'échappent pas au palu. (Homme, Mali)

Les recommandations des agents donnent ainsi lieu à des raisonnements tautologiques inextricables : étant donné que les mères doivent couvrir leurs enfants pour ne pas qu'ils tombent malades, si les enfants sont malades, c'est que leur mère ne les a pas bien couverts. Respecter ces recommandations s'impose comme synonyme de s'« occuper des enfants », gommant la diversité des expériences de prendre soin de l'enfant, et la multiplicité des contraintes qui, certains jours, émoussent les meilleures volontés. Face aux décès, ces messages résonnent âprement, laissant peu d'espace à des interprétations déculpabilisantes.

En réalité nous négligeons la santé des enfants. Les mamans laissent les enfants couchés dehors à l'air libre pendant longtemps, le père voit tout cela mais il ne dit rien. Il se dit qu'il est fatigué de parler de ça et finalement, il se dit que la maman verra ce qui arrivera à l'enfant. En fin de compte, ça devient un problème pour tout le monde surtout si l'enfant meurt de palu. Ce cas m'est arrivé l'an passé. Quand j'ai amené l'enfant au centre de santé, il était trop tard. Les agents de santé n'avaient même pas trouvé les veines tellement l'enfant était affaibli. (Homme, Mali)

Dans cet extrait d'entretien, nous observons comment les modes de culpabilisation, au-delà du non-respect des pratiques prescrites, sont interprétés comme des défaillances vis-à-vis de rôles strictement genrés : la mère, coupable de ne pas avoir pris soin de son enfant ; le père, coupable de ne pas avoir maintenu son autorité puis d'avoir tardé à conduire son enfant à l'hôpital. Les lignes de responsabilités sont clairement définies par ces rôles sociaux. Les propos de ce père endeuillé placent la maladie de l'enfant dans une rupture de l'entente et de la coopération avec son épouse, l'un et l'autre manquant à leurs devoirs en entretenant des relations conflictuelles. Ainsi, une finalité sociale — renvoyer chacun au respect de son rôle parental — se superpose à la finalité sanitaire. En ce sens, les agents de santé communautaire participent à entretenir, au travers de recommandations sanitaires, les contours d'un ordre social genré.

Cependant, bien que les agents mobilisent des normes de genre dans la poursuite d'objectifs sanitaires, la réalisation de leurs missions les conduit parfois à les bousculer et en faire évoluer les contours. C'est notamment le cas de certaines interventions en santé maternelle et infantile, qui mettent des hommes agents de santé communautaire en situation d'intervenir sur des questions auxquelles ils sont en principe tenus à distance, contrevenant à une division genrée habituelle. Dans les trois pays où nous avons travaillé, la santé maternelle constitue en effet l'une des principales cibles des agents de santé communautaire, qui promeuvent le recours aux consultations prénatales, une alimentation équilibrée pendant la grossesse, l'accouchement dans une structure sanitaire et la planification familiale. Ces interventions portent sur des questions de santé autrefois cantonnées à des espaces de sociabilité féminins, notamment sous l'autorité des grand-mères et les guérisseuses. De ce fait, les agents de santé communautaire concurrencent les femmes âgées dans cet espace de savoir et d'influence qui autrefois leur était réservé.

Cette transition représente une recomposition des rôles en santé, qui s'avère impacter les relations de genre. L'implication des hommes sur les questions de santé maternelle est supposée les pousser à être plus soutenant vis-à-vis des femmes enceintes. Dans le même temps, l'intrusion des hommes dans un domaine autrefois réservé aux femmes correspond à une dépossession d'un certain pouvoir féminin, et tend à relativiser la valeur des savoirs expérientiels transmis de femme en femme. Pour intervenir sur ces questions de santé féminines, les agents de santé masculins sont confrontés à de nombreuses réticences liées aux normes régissant les relations entre hommes et femmes. En Côte d'Ivoire, les hommes ASC évitent les visites à domicile lorsque le chef de famille est absent, se montrent particulièrement prudent pour aborder la question de la contraception, craignant de s'attirer les foudres du mari. Non seulement les agents masculins interviennent à domicile sous l'œil suspicieux des maris, mais ils sont aussi confrontés au mutisme des femmes qui ne les reconnaissent pas comme confidents de questions de santé intimes.

Bon, il y a des choses qu'elles ont honte de dire. Comme le cas des femmes enceintes de deux mois, lorsque tu demandes, elle ne va jamais te dire qu'elle est en retard de deux mois. Une femme qui pratique également le planning familial, si elle fait un implant, elle ne va jamais se prononcer. Souvent, nous-mêmes, on fait en sorte que la famille nous cache des choses car nos bouches très souvent ne gardent pas de secrets. (ASC, homme, Côte d'Ivoire)

L'intervention des agents hommes s'agissant des questions de santé féminine suscite la sourde opposition de nombreuses femmes qui privilégient des prises en charge dans des structures plus anonymes, plutôt que d'accepter l'intervention d'un tiers masculin qui est aussi un voisin, voire un parent dans certains cas. Outre les réticences des femmes à voir des hommes peu formés s'attribuer les savoirs sur la maternité, les agents hommes eux-mêmes évoquent un sentiment d'incongruité de leurs interventions, d'impudeur, voire de transgression d'interdits.

Je préfère rencontrer le monsieur. Parce que, si tu rencontres madame, tu vas te créer des problèmes. [...] En l'absence du monsieur, elle peut te dire qu'elle veut pratiquer le planning familial. Si tu le fais et que le monsieur l'apprend, ça devient un problème. (ASC, homme, Côte d'Ivoire)

Au Sénégal, certains interlocuteurs ont souligné que les hommes ASC ne pouvaient pas s'occuper des accouchements, qui devaient revenir aux matrones. Bien que l'ouverture de nouveaux espaces de dialogue entre hommes et femmes sur certaines questions apparaisse en soi motrice d'une évolution des relations de genre, les dialogues entre personnes de même genre demeurent privilégiés.

Pour les hommes qui sensibilisent, il est plus facile de communiquer avec des hommes... si une femme est enceinte et qu'elle doit aller faire la CPN, et que c'est le mari qui n'est pas motivé pour ça, c'est un homme qui doit le sensibiliser pour qu'il amène son épouse faire la CPN. Si c'est un homme qui lui dit ça, il va comprendre plus facilement que si c'est une femme qui le dit ça... il va prendre plus en considération la parole de l'homme que de la femme. » (Relais, Femme, 35 ans, Mali)

S'agissant des questions de santé liées à la maternité, les femmes que nous avons enquêtées préfèrent s'adresser à d'autres femmes. Elles ont de ce fait moins de réticences à l'égard de l'intervention de femmes agents de santé communautaires, qui, dans certains cas, peuvent même être perçues comme des alliées leur permettant d'accéder à certains soins.

Qu'il s'agisse d'agents hommes ou femmes, les interventions de santé communautaire constituent un espace de médiation concernant des questions de santé et d'accès aux soins. Les

agents de santé communautaire constituent un « tiers » qui dégage les questions de santé du seul contexte familial. Leurs interventions nuancent l'autorité décisionnelle du chef de famille concernant les options thérapeutiques. Ils peuvent notamment négocier des recours aux soins pour un enfant malade, le recours aux consultations prénatales et à l'accouchement en structures sanitaires, ou plus sensibles encore, à la contraception. Ce faisant, l'agent de santé communautaire touche à des sphères intimes et familiales de reproduction du genre — le couple en particulier.

Si le mari est réticent [pour la prise de contraceptifs], tu le dorlotes, s'il refuse, tu peux approcher le médecin et lui demander. Nous on ne peut pas trancher. Si le médecin te donne un avis, tu respectes cet avis. [...] C'est ce que je conseille à l'intéressée, mais dire que je la pousse même si le mari est réticent, je n'ai jamais fait ça. [...] J'ai peur parce que si le mari te surprend, les gens ne comprennent pas les choses, s'il te provoque, tu n'auras pas raison. (Relai communautaire, femme, Mali)

Au cœur de ces questions sensibles engageant des normes de genre, les agents réalisent une délicate médiation pouvant les amener à être au cœur de conflits, les obligeant à jouer sur l'articulation entre normes sanitaires et normes de genre.

En outre, les agents de santé communautaire sont des interlocuteurs accessibles pour les femmes, ne nécessitant pas, comme le recours à une structure sanitaire, l'autorisation et le soutien financier du mari. Elles peuvent donc consulter discrètement, voir secrètement, cet agent de santé susceptible de les aider à s'orienter vers les soins, mais aussi à légitimer leur intention de recourir à du personnel qualifié. Afin de stimuler les recours aux soins médicaux, certains agents peuvent d'ailleurs encourager l'autonomie des femmes, par exemple via l'accès à des contraceptifs à l'insu du mari.

Tu trouveras que l'homme n'aime pas la planification familiale. Mais si toi en tant que femme, tu souffres et que tu veux te reposer, tu viens expliquer à B., elle le fait mais elle n'en parle à personne, même pas à son mari. (Femme, Mali)

Pouvant jouer un rôle crucial en termes d'accès à la contraception, les agents de santé communautaire peuvent ainsi soulager les femmes face à la charge reproductive, ce qui participe significativement à faire évoluer les relations entre hommes et femmes. Autre exemple, ils peuvent encourager l'implication des femmes dans les dépenses de santé, outrepassant la norme sociale selon laquelle le mari doit prendre en charge les dépenses liées aux soins de la grossesse et de l'accouchement²⁰.

S'il s'agit du problème d'argent, si tu as de l'argent toi-même, tu peux le dire au mari et tu vas au centre de santé. Je peux intervenir de cette façon entre l'homme et la femme. (Relai, femme, Mali)

Ainsi, les agents de santé communautaire ouvrent des espaces de dialogue et de négociation sur des questions impliquant de manière très sensible les relations de genre : soins des enfants, accès aux soins de santé maternelle, planification familiale. Ils atteignent ainsi des mailles cruciales des relations entre hommes et femmes, qu'ils ne transforment pas radicalement, qu'ils renforcent parfois, mais aussi qu'ils dénouent, réquisitionnent, nuancent. Le travail sur ces questions de santé, qui se fait avec les normes de genre — et non en dehors de ces normes — positionne les agents de santé communautaire comme accompagnateurs d'évolutions des relations entre hommes et femmes. Le travail de « resubjectivation » des agents concerne non

²⁰ F. Ouattara, B. F. Bationo et M. E. Gruénais, « Pas de mère sans un “mari”. », *Autrepart*, n° 4, 2009, p. 81-94.

seulement des normes sanitaires et des rapports à la santé, mais aussi les modèles de genres qui s'y articulent.

Conclusion

Par le biais des missions de santé qui leur sont confiées, les agents de santé communautaire participent à produire de nouvelles normes de comportement donnant une place de plus en plus importante au référentiel biomédical dans les rapports au corps et à la santé. Entretien parfois des relations autoritaires avec leurs « bénéficiaires » ; ces agents sont cependant des « acteurs faibles »²¹ dont le statut reste précaire et dont les marges de manœuvre demeurent limitées.

L'exercice d'un biopouvoir s'exerçant par un contrôle des corps apparaît encore peu légitime dans des contextes où ni le pouvoir central, ni les organisations non-gouvernementales ne sont en mesure d'assurer de plus larges conditions favorisant la santé : sécurité alimentaire, accès à l'eau et à l'électricité, accès à des soins de qualité. Les agents de santé communautaires investis du pouvoir d'intervenir au nom de ces organisations sont eux-mêmes considérés comme étant en faible capacité de répondre aux problèmes de santé. Ils n'incarnent pas un système permettant de garantir la santé des populations, mais seulement de nouvelles réponses sanitaires efficaces dans certaines situations.

Les « agents de santé communautaire » adhèrent à certaines normes sanitaires en supposant qu'elles permettent d'améliorer la santé, mais ils s'appuient sur d'autres lexiques sociaux pour les justifier et les promouvoir. La « resubjectivation » des normes sanitaires est donc importante, éloignant les interventions réelles de leur définition par les programmes et projets de santé. Bien que les interventions de santé communautaire contribuent indéniablement à produire de nouvelles normes locales en santé, cette transmission est loin d'être uniforme, un même message se déclinant en différentes appréhensions. Les bénéficiaires opérant différentes formes d'associations logiques entre savoirs et conduites, il est parfois difficile d'anticiper les effets en cascade de ces interventions. Les mailles du biopouvoir demeurent donc lâches, notamment du fait d'un faible contrôle de l'activité réelle des agents de santé communautaire, qui se réfèrent à divers registres de savoirs. Les manières de mettre en œuvre les interventions apparaissent également variées, les agents faisant preuve d'inventivité dans des formes de réappropriation des objectifs qui leur sont données.

Touchant à des aspects relatifs à parentalité, à la conjugalité et à la sexualité, les interventions des agents s'articulent en particulier à des normes de genre. Si les agents de santé communautaires tendent à respecter voire renforcer des normes locales préexistantes, ils les bousculent aussi sur certains aspects. La provocation de dialogues mixtes sur des questions relatives à la santé reproductive et à la sexualité, habituellement tenues secrètes, est l'un de ces bouleversements. Le biopouvoir des agents de santé communautaire, s'immisçant en milieu familial, interfère avec l'autorité conférée au mari sur son épouse et leurs enfants. Les mères sont plus spécifiquement aux prises avec de nouvelles normes, parfois contradictoires, qui s'exercent en premier lieu sur leurs comportements²². L'implication des institutions

²¹ J. P. Payet et D. Laforgue, « Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contributions à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance. De l'indignité à la reconnaissance », *Enquête sur la voix des acteurs faibles*, 2008, p. 9-25.

²² A. Hugon, « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne. », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 21, 2005, p. 212-229

internationales par le biais de programmes et projets participe ainsi à accentuer la pluralité normative caractéristique des sociétés africaines dans des contextes postcoloniaux et de globalisation²³. Cette pluralité des normes permet néanmoins aux femmes de se ménager certains espaces de négociation et de résistance en jouant sur les décalages entre les différents référentiels.

²³ J. P. Chauveau, M. Le Pape et J. P. Olivier de Sardan, (2001), « La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique », in W. Gérard (dir.) *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité de normes et jeux d'acteurs*, Paris, Karthala, 2001, p. 145-162.