

Systèmes de Santé et Changement Social dans le Boulgou: Configurations et Participations

JEAN-BERNARD OUEDRAOGO

Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Les méthodes communautaires, qui jusqu'ici ont guidé les actions institutionnelles dans le développement en Afrique noire, ont présupposé une entité large, celle de la "communauté villageoise" ou celle dite "de base" et ont réglé leur stratégie de mobilisation sur les groupes sociaux constitués. Dans la version locale de l'"initiative de Bamako" on retrouve, par exemple, l'objectif explicite d'aider les communauté "à mieux s'organiser en collectivités" (voir "Financement communautaire dans l'esprit de l'initiative de Bamako", 1990). Bien remise à neuf et proposée comme modèle alternatif la recherche d'une implication massive des agents sociaux s'inscrit dans une longue tradition puisqu'elle est, selon J-P Chauveau, "une configuration à la fois intellectuelle, culturelle et sociale à peu près constante, typique du dispositif institutionnel du développement tel qu'il s'est cristallisé à partir de la Première Guerre mondiale tant dans les métropoles que dans les colonies africaines d'alors, et tel qu'il s'est reproduit depuis sans grand changement" (Chauveau 1992).

Les décideurs institutionnels commandent la constitution de nouveaux types de regroupement, de nouvelles formes préfabriquées de socialisation; avec insistance on pousse partout à la création des groupements villageois. Les coopératives et les associations villageoises sont mises à l'ordre du jour et de manière moins permanente l'appel est lancé aux payans pour la réalisation de travaux "d'intérêt commun".

Mais le bilan global de ces actions n'est pas satisfaisant. L'origine des déconvenues des politiques, fondée sur une telle conception des "réalités", à forte pression bureaucratique et à dose immodérée d'un relativisme culturel néo-populiste,¹ est à rechercher dans la négligence des contours réels de l'espace social d'intervention et dans la non compréhension de la portée des actions de "participation". D. Desjeux fait remarquer à ce propos que: "On peut expliquer ainsi aussi bien les échecs des petits projets d'animation qui rêvent d'une société communautaire et autogestionnaire, cherchent à la recréer dans des villages africains dans lesquels la hiérarchie et les tensions existent, comme partout

¹ Voir sur la question la critique de la théorie des "pierres d'attentes" et de l'idéologie du "court-circuit" dans Gosselin, *Le développement africain et la théorie des 'pierres d'attentes' d'un néo-populisme à un coopératisme*, 1976, pp. 111-133.

ailleurs" (Desjeux 1987: 15). Les nouvelles règles d'association ne reposent pas toujours sur un tissu social réel.

Dans le même ordre d'idée le concept de "participation" tel que conçu par nombre d'auteurs (voir Cohen et Uphoff 1980: 213-235) présuppose une mobilisation collective ne laissant apparaître que dans les "dimensions" et "caractéristiques" les manifestations possibles de stratégies singulières contradictoires. Cette "participation" est très souvent perçue comme **"l'implication d'un nombre significatif de personnes (souligné par J-B. Ouedraogo)** dans des situations ou actions qui améliorent leur bien-être". Mais compte tenu de l'intérêt de cette question il nous paraît souhaitable de reconsidérer ce concept de "participation" et tenter un repérage des modes concrets de sa mise en oeuvre. Une telle recherche pourrait servir à un meilleur ajustement des politiques sanitaires par une prise en compte des conditions sociales de leurs réalisations. Comment alors comprendre la "participation" - quelque soient les objectifs que l'on lui donne - sans poser la possibilité de sa modulation en fonction de critères sociaux pratiques? La notion voisine de "mobilisation" indique, elle aussi, qu'il est impossible de penser efficacement, en termes logiques de degré, les distances sociales et les rapports d'usage aux systèmes de santé tant que ne sont pas clairement identifiées les positions et les stratégies sociales et leurs combinaisons dans l'ensemble social.

Cet article, exploratoire, examine les conditions d'implication des agents sociaux dans le système sanitaire dans la province du Boulgou au sud du Burkina Faso. Cette étude repose sur des entretiens réalisés au cours de l'année 1992. Notre objectif est de tenter de comprendre comment les appartenances aux configurations sociales, en tant qu'ensemble de relations d'interdépendance et de relations orientées d'interpénétration, offrent des possibilités d'analyse de la "participation" comme résultante de ces appartenances sociales.

1. APPARTENANCES SOCIALES ET ACTIONS MASSIVES

On en arrive toujours à cette opposition séculaire dans les sciences sociales entre explication holiste et explication individualiste Crozier et Friedberg² ont montré, après d'autres, la relative vérité de l'antagonisme entre niveau d'analyse systémique et niveau stratégique. La question, loin s'en faut, n'est pas encore réglée.

² Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*, 1981, p. 237. Ils affirment que "les deux démarches sont difficiles à distinguer. Sans raisonnement systémique, l'analyse stratégique ne dépasse pas l'interprétation phénoménologique. Sans vérification stratégique, l'analyse systémique reste spéculative et, sans la stimulation du raisonnement stratégique, elle devient déterminisme."

2. SYSTEMES DE CONFIGURATIONS ET RAISON PUBLIQUE À ZIGLA KROUPÉLÉ

Zigla est un village qui proclame son communautarisme. "Pour ça, ça date parce que tous les responsables du village ont cherché à unir les fils du village. Donc ils n'ont pas travaillé pour eux-mêmes". De cette longue histoire commune la cohésion sociale semble tirer une grande force. Le groupe dirigeant, composé de la famille du chef, exerce un contrôle sur les activités du village et applique un modèle de légitimité fondé sur la nécessité d'une solidarité villageoise. L'autonomie villageoise que nous avons constatée est due à l'omniprésence de la chefferie qui perpétue le modèle politique traditionnel Bissa. Cet encadrement politique est très efficace dans la mise en oeuvre du processus de mobilisation sociale communautaire. Bien que l'initiative locale soit mise au compte des "populations" il est évident qu'au départ des engagements collectifs la chefferie fut très présente. Ce sont ses membres qui par exemple collectent les fonds (par le politico-administratif) et des médicaments par le canal d'un réseau catholique (une soeur religieuse est également membre de cette famille).

Inscrites dans une logique d'opposition avec l'Etat, qui rechigne à reconnaître et à porter assistance à leur dispensaire, les autorités locales³ ne semblent pas rechercher, cependant, des alliances institutionnelles avec le pouvoir d'Etat.

La chefferie, par la médiation de ses membres citoyens, assure un contact fructueux avec les donateurs pour réaliser et faire fonctionner la structure de santé composée pour l'instant d'un dispensaire et d'une maternité en construction. La réussite financière de certains membres émigrés, notamment le frère aîné du chef, homme d'affaires prospère, et le patriarche politico-administratif, ancien ministre, permet de disposer d'un peu d'argent pour assurer le fonctionnement des activités communautaires de santé mais aussi pour la construction d'une mosquée. Paradoxalement en effet, si la structure sanitaire est "christianisée" l'ensemble du village est plutôt islamisé. La force de contrôle du pouvoir local s'étend sur la sphère religieuse, direction de la mosquée et des conduites de prières, et sur l'action collective agricole; c'est le chef lui-même, après son oncle, qui est président du groupement villageois. Tous les leviers de l'action sociale sont aux mains de l'élite locale.

A fin d'assurer cette forte mobilisation une coordination de configurations sociales est indispensable. Le processus commence sans doute par les liens séculaires des familles unies par l'histoire et les alliances matrimoniales et se consolide dans la reconnaissance des capacités sociales du groupement villageois

³ Voir notamment M.S. Sherraden, *Policy Impacts of Community Participation: Health Services in Rural Mexico*, 1991. Sur les relations entre sociétés locales "organisées de manière autonome", mais dont l'hétérogénéité des niveaux est soulignée comme une condition historique, et pouvoir central à travers la "décentralisation (qui) est une condition nécessaire pour faire de la participation une réalité, voir également T. Bergmann, *Participation of the Local Society in Development*, 1989.

dont l'un des credo est l'entraide villageoise. La réalisation et l'usage des infrastructures sanitaires sont pensés comme le prolongement naturel d'un espace public villageois structurée par une "raison publique" forme d'expression d'une configuration ancienne complexe au contenu social nouveau. La configuration politique est ici comme un point de convergence des configurations plus "petites". C'est là l'occasion pour nous de rappeler l'origine de cette action publique; Les villages Bisa sont en principe des villages de clans; chaque clan occupant un village et chaque village étant le territoire d'un clan. C'est ainsi qu'à Zigla Koupélé on retrouve les Bandaogo et à Torla surtout les Bancé. Cette situation n'existe pas à l'état pur sur tout le pays bisa mais elle est encore assez stricte dans les zones anciennement autonomes du pays telles que Garango et Lergo (Torla et Zigla sont implantés près de Garango). Le processus de formation de cette identité collective, base de l'action commune, se construit autour de l'implication des individus et des groupes, à la fois dans la configuration politique centrale et, dans celles plus périphériques, pour créer une configuration sociale complexe qui est la "configuration des configurations"; de cette interdépendance naît la nouvelle "raison publique" villageoise.

Les Bisa ont aménagé une articulation entre la structure publique et le niveau individuel en autorisant par exemple un héritage des biens particuliers par le fils du défunt et en réservant les biens familiaux au lignage. Cette disposition est au principe de la formation de cette configuration politique intégrée en établissant des relations sociales quotidiennes entre le "particulier" et le "collectif". Le système d'adhésion collective tend alors au renforcement de la cohésion villageoise, dans un sens pratique.

Zigla est la manifestation d'une cohésion sociale maintenue par une sorte de correspondance des stratégies du bas et du sommet qui trouvent toutes un intérêt pratique à établir, selon la formule de M. Weber, un "accord rationnel motivé".

Le groupement villageois renforçait la construction de cette "raison publique": "oui parce que le groupement c'est tout le village. Donc le groupement ne fait que représenter le village non seulement pour que le dispensaire soit reconnu officiellement mais aussi pour qu'il profite à tout le monde compte tenu du fait qu'il n'est pas en charge par l'Etat" dit le chef coutumier. Le village gère au mieux des structures modernes ou traditionnelles et les niveaux d'intervention sont modulés en fonction d'une stratégie associative très large répondant aux besoins et défendant "l'intérêt collectif". Le groupement villageois agit constamment en fournissant une aide médicale aux villageois en dehors de ses objectifs initiaux "le groupement aidait, en ce sens que s'il y avait un malade grave, il pouvait emprunter de l'argent au groupement pour son transport jusqu'au dispensaire pour se faire soigner" (aide soignant). Le chef coutumier qui symbolise l'unité villageoise intervient lui aussi personnellement; Mais on les pousse quand même à aller pour qu'au cas où le médicament ne coûte pas trop cher, que je le lui achète. Je l'ai fait plusieurs fois "continue-t-il. Masquant les modes d'intervention des individualités dans l'usage des services de santé, le modèle collectif et fusionnel semble laisser peu de place à l'expression des particularités individuelles hors du

cadre réglé de la "raison commune". A y regarder de près, la question présente des aspects plus complexes. En effet, le monde de formation du "corps politique" à Zigla Koupélé conduit à s'interroger sur la pluralité des implications car ainsi que l'indique V. DECOMBES: "rien du point de vue logique ne justifie la restriction de l'individualité aux seuls êtres humains. Ce qui compte ici est la possibilité d'indiquer un principe d'individuation" (Descombes 1992). Et ce principe d'individuation est inhérent à la formation d'un espace politique intégré par les principes culturels d'une socialisation, bien qu'en relatif recul, centrée sur le clan et sur le village. A l'échelle Bissa, il s'agit bien de ce qu'indique M. Verret, "dans un spectre horizontal de différences sociales, définit, par l'analyse segmentaire, une unité sociale distincte: une individualité sociale..." (voir "Figures populaires du chiffre, figures chiffrées du peuple", 1986). M. Mauss ne dit pas autre chose lorsqu'il affirme qu' "une société, c'est un individu, les autres sociétés sont d'autres individus" (Mauss 1969: 606). Le point de vue de Olson⁴ sur l'influence de la dimension des groupes sur les comportements oublie, nous semble-t-il, que la formation de l'intérêt et de sa défense sont des construits sociaux dont l'intensité des implications ne tient que très peu, ou très conjoncturellement, compte des volumes; les échelles de mesure, dans tous les cas, sont fonction de l'orientation des configurations combinées qui est la condition des actions individuelles. A Zigla-Koupélé, par exemple, la cohérence du collectif ne doit pas faire oublier qu'elle est produit d'associations en accord sur cette orientation spécifique et peut être opposées sur d'autres comme c'est le cas en matière religieuse. Rappelons, avant de conclure sur ce cas, que cette interprénétration doit être perçue seulement comme une mise en oeuvre de "dispositifs matériels et mentaux de contrôle des conjonctures" (Verret 1990); et celles-ci, historiques, autorisent une suprématie des configurations les plus intégrées et donnent forme et sens aux activités sociales. "L'espace commun n'est pas l'espace public" fait remarquer J-M Ferry" car, ajoute-t-il, la liberté individuelle est au fond un concept relationnel. Or, si elle n'est pensée que dans son exercice monologique, on manque la dimension intersubjective, de sorte que la communication politique ne peut pas être comprise comme une véritable pluralité, mais plutôt sur le modèle d'un sujet grand format" (Ferry 1992: 109-128). A Zigla-Koupélé s'est maintenue une configuration de pratiques qui énonce une règle d'implication massive sans pour autant interdire des mouvements contraires⁵ ou concurrents. Cette configuration complexe, ainsi que nous pouvons l'imaginer supporte et contrôle, malgré tout, la concurrence des nouvelles individuations sans chercher à les interdire; la solidarité et l'interdépendance, charpente du communautarisme politique, demeurent actives parce qu'au niveau villageois se forment un "ensemble de tensions" cohérent. Et

⁴ "Plus le groupe est grand, plus tôt et en deça de l'optimalité il cessera de chercher à se procurer un montant d'un bien collectif", dit M. Olson, *Logique de l'action collective*, 1978, p. 58.

⁵ Sur l'exemple de la Vendée J-C Martin a montré qu'une mobilisation réussie ne pouvait occulter les fractures de la société sur lesquelles elle repose "Mobilisation sociale en vendée. Réalités et limites, fin XIX début XX siècles". *Enquêtes et documents*, IX, pp. 5-23.

cet équilibre au fond politique détermine un consensus sur les problèmes de production et de reproduction collectives. Un accord qui permet l'espoir minimum de satisfaction de ce équilibre du "je" et du "nous".

3. RECOMPOSITIONS, CONFLITS ET DÉSINTÉRÊT COLLECTIF À TORLA

L'espace social à Torla est marqué par une nette désarticulation qui contraste avec la situation très intégrée de Zigla-Koupélé distant seulement de quelques kilomètres. L'esprit de regroupement est en matière de santé publique moins fort et l'action communautaire y est réduite que ce soit au plan agricole qu'a celui sanitaire. Le mode d'installation des infrastructures collectives montre bien l'état des participations communautaires. La construction des infrastructures s'est faite par des interventions extérieures. L'action d'un "ressortissant" qui, grâce aux contacts établis avec des Canadiens réussira à construire une école et un dispensaire.

La phase de réalisation des infrastructures n'a semble t-il pas connu une "participation" de la population. Cette participation, même lorsqu'elle est apparue timidement, n'a jamais été "spontanée". La construction des infrastructures d'accompagnement telles que le logement de la matrone, la case d'isolement s'est effectuée grâce à l'intervention répétée et menaçante des autorités administratives (préfet) et sanitaires pour contraindre la population à la mobilisation. L'institution du comité de santé est révélateur de cette mobilisation collective difficile. Il n'y a eu aucun volontaire lors des élections. Le président lui-même a dû être poussé "En fait, moi je ne me suis pas proposé volontairement. C'est le représentant du préfet, le "docteur" Nana et d'autres qui m'ont demandé de lever le doigt à la présidence car ils estimaient que je pouvais assumer la responsabilité" et "pour la Trésorerie c'est à l'imam du village qu'est revenue cette charge, les gens avaient confiance en lui et l'ont poussé à se proposer également". Il semble, cependant, que cette élection n'a concerné que le clan Bancé; le président représentait le pouvoir traditionnel local et l'Imam le ressortissant marabout, intermédiaire des financiers. L'initiative de constitution d'un stock pharmaceutique relève de la même logique. "La mission qui est venue de Ouagadougou, c'est elle qui a décidé qu'il fallait faire des cotisations? - C'est eux qui l'ont dit, pour que le C.S.P.S⁶ puisse vous aider, il fallait faire ces cotisations-là. En ce moment, il n'y avait pas d'officine pharmaceutique". La cotisation de 100 FCFA par concession réunit une somme de 10.000 FCFA qui servira à la construction des étagères, les produits pharmaceutiques étant fournis par des financiers extérieurs. L'existence, depuis de nombreuses années, d'un groupement villageois devait fournir les 6 premiers membres du comité de santé. "Ces genres d'organisations donnent de l'expérience". Ce capital d'expérience est moins efficace là parce que miné par les contradictions locales mais pourrait bien révéler une situation de monopole

⁶ Centre de Santé et de Promotion Sociale, structure publique implantée en milieu rural.

politique. Un personnage a cependant servi de catalyseur: le "docteur" Nana Premier infirmier du village sa personnalité permet la réalisation d'un consensus précaire sur les problèmes de santé.

L'apathie collective en matière de santé se manifeste également dans le fonctionnement irrégulier du comité de santé: "Quand les blancs qui nous ont amené les produits nous ont fait élire comme dans les 9 villages où ils sont passés, ils ont dit que c'était pour 18 mois mais on ne sait pas si les 18 mois là sont arrivés encore ou pas". La mobilisation collective se réalise très difficilement. Poussées par les initiatives extérieures, les élites locales mettent en place des structures d'accueil qui restent des coquilles vides, paralysées et limitées dans leurs capacités mobilisatrices. Le comité attend toujours "des ordres" extérieurs. Comment expliquer cette situation locale? La référence au mode de composition de la structure sociale pourrait peut-être permettre, ici aussi, de proposer quelques pistes. Un effet de la structure sociale limite la possibilité de mobilisation collective au niveau villageois si tant est que dans les configurations sociales locales cette instance sociale ait encore un sens puisque concurrencée socialement et spatialement par des regroupements plus restreints et plus solides.

Contrairement à l'espace intégré de Zigla-Koupélé, Torla présente un espace social multipolaire et oppositionnel. Toute initiative visant le "bien-être" collectif devient enjeu de lutte entre les trois grands clans qui composent l'espace social de Torla. Remarquons que le "bien-être" commun est ici une définition extérieure, venue des pouvoirs politiques centraux qui découpent et gèrent globalement une "structure anthropologique fictive". Nous avons en effet, un espace social partagé et disputé par les clans Saré, Mondré et enfin celui dominant des Bancé. Un exemple, faussement banal, nous donne la mesure de cette partition. A la question de savoir quel est le meilleur endroit pour l'implantation du C.S.P.S. nous avons obtenu les réponses suivantes;

- Un Bancé naturellement souhaite "qu'on le fasse au même lieu que le premier";
- Une personne proche des Saré pense lui que "le bord de la route proche des voies de communication" serait le meilleur emplacement;
- Une personne proche des Mondré déclare "je voudrais qu'on le fasse ici. Pourquoi? Pour que ça soit proche de nous".

Bien que majoritairement musulman, la religion ne constitue pas comme on pourrait le penser,⁷ à Torla, un cadre unificateur puisque cette pratique universaliste cède le pas aux hiérarchies séculaires "la voie de Dieu est unique mais les titres ne sont pas pareils". La suite de l'extrait d'un entretien avec un vieux Mondré nous en donne les limites.

Q: "Mais dans la religion il n'y a pas de prince et de Talga. L'imam n'est pas un prince!"

R: "Lui-même s'il veut de l'eau, si sa femme ne se déplace pas il n'en aura pas".

⁷ Voir sur ce point Ouedraogo et Spykman, 1992.

On voit bien sûr l'exemple religieux que cette nouvelle configuration n'a pas encore acquis la force et la stabilité de la configuration politique centrale.

La mainmise du clan dominant, sur les investissements collectifs montre l'importance des enjeux. En contrôlant les "structures communautaires" elle gère, aux yeux des autres en tout cas, à son profit les implantations: C.S.P.S., pompes à eau et les autres de dire "si c'est pour arranger les routes ça c'est pour nous", pour rappeler les mobilisations pendant la période coloniale exécutées sous la direction politique du pouvoir traditionnel. Un discredit est jetté sur le mode de configuration sociale ancien qui se trouve alors dans l'incapacité d'ordonner l'espace social.

Le lignage dominant n'est pas lui même intégré et la mobilisation collective à son niveau même reste très incertaine. Le pouvoir local a d'énormes faiblesses: les personnalités contestées du chef traditionnel et de l'imam achèvent de limiter le dynamisme local. Le clan dominant n'a pas comme à Zigla-Koupélé des ressources humaines nécessaires pour conduire les populations, même limité à sa famille élargie, dans la réalisation de travaux d'intérêt commun puisque dans cette situation d'éclatement social, la définition même de l'intérêt commun est une entreprise difficile. Cet "intérêt", insistons, se forme et se consolide dans l'orientation issue des interdépendances; ici, ces interdépendances, qui existent tout de même dans une configuration aux orientations sécessionnistes, conduisent à l'affaiblissement de la direction commune des affaires. L'état des configurations n'est jamais définitif, il est conjoncturel. L'effritement de la structure villageoise laisse place à une expression collective autrement articulée et centrée sur des identités sociales construites par des intérêts inscrits dans des configurations de pratiques dont les aires socio-spatiales peuvent déborder, par les migrations par exemple, les limites de l'espace villageois. Le point de convergence des configurations n'est pas l'espace social local⁸ et l'échec de ce centrage laisse une relative autonomie au mode de composition des "interdépendances" qui n'ont plus besoin du cadre villageois pour exister et agir.

L'espace consensuel de Zigla crée un "intérêt commun" à tous ou reconnu comme tel; à Torla cet intérêt général existe mais ne correspond pas à une composition sociale villageoise unique car celle-ci est éclatée en plusieurs instances avec chacune un "intérêt public particulier". On le voit bien sûr le cas de Torla; de micro intérêts non identifiés se forment et ces particularismes échappent au "pouvoir central"; en un mot la structure ancienne n'a pas su garder son équilibre dans les turbulences de la nouvelle situation et s'inscrire comme passage obligé à la formation des configurations sociales nouvelles. J.J. Rousseau indique que "la volonté générale est toujours la plus faible, la volonté de corps a le second rang, et la volonté particulière le premier de tous" (Rousseau, p. 401) mais l'on comprend bien qu'une telle hiérarchisation des intentions ne correspond pas

⁸ Soulignons ici que l'étude des cadres sociaux de la participation comprend logiquement celle de l'évolution du système politique villageois qui pourrait, ultérieurement, faire objet d'une étude particulière.

toujours aux réalités sociologiques tant il est vrai qu'il s'agit là, répond N. Elias, de mise en oeuvre de "concepts absurdes comme celui d'"individu et de société", qui font apparaître l'individu et la société comme deux choses différentes" (Elias 1981: 134) car ajoute-t-il "l'on ne pourra comprendre la modification structurelle de la manière dont on se ressent en tant que sujet..., que lorsqu'on comprendra quelles modifications de la vie sociale se reflètent dans cette modification de "l'expérience de soi".⁹

4. EXPERIENCES SOCIALES ET EFFICACITES THERAPEUTIQUES

Pour bien comprendre les règles qui régissent les "participations" il est indispensable de reconstruire le dispositif d'arbitrage qui commande toute pratique. L'action sociale est, ainsi que le soulignait déjà Sapir, la mise en oeuvre d'un code culturel et cette culture, selon lui, "n'est autre que l'inventaire de tous les modèles de comportement ouvertement manifestés par tout ou partie de ses membres. Le lieu de ces processus, dont la somme constitue la culture, n'est pas la communauté théorique qu'on appelle la société, ce sont les interactions individuelles, et sur le plan subjectif, l'univers des significations que chacun peut se construire à la faveur de ses relations avec autrui" (Baudelot 1967: 26). L'encadrement systémique est incontestablement une production culturelle. Mais il est aussi vrai que cette implication structurelle dépend des trajectoires particulières, des expériences individuellement accumulées et corrigées par les conjonctures.

Le mouvement participatif s'articule au niveau singulier et concret sur quelques pôles culturels et politiques de base: les relations entre configurations sociales. C'est la variation de ces rapports aux différents systèmes d'appartenance qui compose et autorise la participation.

Selon, par exemple, la définition du degré de gravité des maladies les agents sociaux mettent en oeuvre des stratégies toujours conformes à leurs "rationalités" au double sens Weberien de rapport aux fins et aux valeurs. Le recours le plus immédiat et le plus sollicité est, d'après notre enquête, la médecine traditionnelle: "Avant d'y aller (au dispensaire) nous essayons d'abord la médecine traditionnelle qui peut ne pas marcher: ce sont les feuilles que nous utilisons à ce niveau...si la maladie s'empire, c'est là que nous l'améllons au dispensaire".

Le malade ou l'instance de tutelle évalue la gravité de son mal et utilise la médecine correspondante à ses convictions et à ses moyens. Parce que moins chère et conforme aux cultures locales, la médecine africaine est souvent utilisée en premier recours. "J'ai commencé à me soigner à la médecine traditionnelle et

⁹ Elias, *Qu'est-ce que la sociologie*, 1981, p. 72. C. Lefort ne dit pas autre chose lorsqu'il déclare que "dès qu'on s'interroge sur la part qui revient au milieu social ou à l'individu, on est contraint de définir leurs relations en termes de cause et d'effet. On peut bien alors parler d'action réciproque et multiplier les liens entre eux, on garde la notion de deux objets, en soi séparés. Or cette séparation se révèle impraticable *Les formes de l'histoire*, 1978, p. 78.

après ça j'ai dit à la soeur religieuse qui m'a remis des pommades et des comprimés" (Rasmata de Zigla). Cependant, "l'indigénat c'est devenu une coutume voilà pourquoi on s'en défait difficilement sinon l'hôpital est plus efficace" (Balboré, Baoré). Cette définition classificatoire du mal est avant tout sociale; "parce qu'on m'a dit que la maladie était simple et que si on prenait ça ça passait immédiatement" (Kéré M. Bané). La "culture partagée" joue un rôle dans cette hiérarchisation de l'intérêt médical. Il est clair que le "on" exprime ici l'adhésion à une configuration sociale.

L'affluence dans les C.S.P.S. et dans les dispensaires est, à ce sujet, éclairante. A Zigla Koupélé, par exemple, sur le total des 377 consultations du mois de Mai 91 seulement 34 venaient de huit autres villages. Avec une affluence plus modeste le C.S.P.S. de Torla regroupe 81 sur les 103 consultations de février 1992 pour le seul village site. Cette affluence aux structures est un indicateur d'intégration à la configuration complexe forcément politique; elle permet de comprendre la dispersion des appartenances, donc des "participations, diversement orientées. La représentation symbolique de la maladie et des systèmes de santé contribuent au réglage des conduites en matière de santé; les maladies du "vent" ou de "l'arbre", extérieures et graves, sont soignées par des thérapies des médecines modernes et celles qualifiées de "maladies de maison" soignées par des thérapies de proximité qui selon les cas peuvent être traditionnelles ou modernes. Le dernier recours montre beaucoup plus que le premier, "pour voir", la valeur ultime de l'efficacité thérapeutique. "C'est quand on remarque que la personne est réellement malade qu'on la pousse à aller au dispensaire" (Balboné), "si c'est grave nous pouvons utiliser les feuilles pour le traiter...mais c'est quand la maladie dure que nous faisons cela" (Haoua). Ces deux attitudes traduisent deux phases importantes des itinéraires thérapeutiques; l'automédication par la médecine traditionnelle intervient lorsque tout semble perdu. L'échec de l'incertitude des savoirs anciens conduit à la recherche de la certitude moderne et le mouvement contraire est aussi valable pour le cas présent entretenir l'espoir de la guérison. Tous ces comportements sont générés par des expériences qui structurent les tendances du changement social; celles-ci interviennent constamment dans la définition des rapports d'équilibre entre configuration. Citons le cas de cet ancien d'Algerie qui préfère la médecine traditionnelle à cause des exploits militaires d'un compagnon protégé des balles de fusils, sous ses yeux, par les forces de la médecine africaine. Sur une période plus proche, un élève du village de Torla fils d'émigrés en Côte-d'Ivoire marque sa préférence exclusive pour le dispensaire... Nous pouvons indiquer par hypothèse que "l'univers des significations" gouverne ces rapport et est corrigé par les expériences mais ainsi que le dit SAPIR "il est difficile de connaître la place exacte qu'il (l'élément d'expérience) occupe dans la totalité des conduites" (Sapir 1967: 42). On peut donc dire que la notion de "seriously ill patients", utilisée par certains analystes (Sauerborn, Nougara et Diesfeld 1989). qui se fondent sur une certaine "perception de l'efficacité" thérapeutique ne peut être pragmatique sans variations culturelles; en dehors des trajectoires sociales. La

définition de cette gravité du mal et de cette efficacité de la médecine moderne n'a aucune constance sociale pour s'imposer sans détour à tous.

Nous pouvons alors poser l'hypothèse selon laquelle les recours sanitaires se combinent et existent au travers de la perception des nécessités d'usage exprimant ce qui est souhaitable et prioritaire dans la hiérarchie des besoins et selon la convenance des conditions d'existence; en un mot selon les "intérêts", mais, ainsi que le formule P. Bourdieu "Il n'y a pas un intérêt mais des intérêts, variables selon le temps et selon les lieux, à peu près à l'infini...l'intérêt ainsi défini est le produit d'une catégorie déterminée de conditions sociales: construction historique, il ne peut être connu que par la connaissance historique, ex post, empiriquement, et non déduit a priori d'une nature transhistorique" (Bourdieu 1987: 125).

A Zigla-Koupélé et à Torla, par exemple, l'action conjuguée de la religion (musulmane), des migrations et de la scolarisation élevée jette une sorte de discrédit sur les médecines anciennes. Le savoir médical est désormais à l'hôpital "si ce n'est pas à l'hôpital, on ne peut pas savoir ça. Avant les vieilles pouvaient savoir mais ces vieilles ne vivent plus" (Balboré, Torla). "La médecine moderne détecte les maladies par des instruments et soignent mais dans la médecine traditionnelle on tatonne, c'est du hasard" (Bancé, Bogongo) "et depuis qu'il y a l'hôpital je n'ai pas été chez un guérisseur" dit Bancé A. Cette adhésion aux configurations sanitaires modernes n'exclut pas, et peut être existe grâce à elle, une combinaison des efficacités thérapeutiques qui joue selon les techniques utilisées et la gravité des maux. Si l'emplacement, qui est aussi une base de configuration, de la structure moderne crée la distance sociale les stratégies sociales indiquent aussi des préférences "s'il y a un endroit où je préfère aller, je parlerais de l'extérieur autant là où on peut avoir un logeur et des analyses comme la radio pour détecter le mal. C'est surtout cet aspect qui pousse certains villageois qui ont des moyens et des parents ou amis à se faire soigner à l'extérieur. Je précise que c'est surtout au Ghana qu'ils vont". Les configurations charrient les hommes, les informations sanitaires et quelquefois les moyens d'accès aux thérapies. Une diffusion illégale de médicaments non contrôlés en provenance du Ghana intervient ici pour perturber les recours habituels et rencontrer des perspectives nouvelles: "Au marché et à la pharmacie parfois. Comme on n'a pas d'argent un ou deux comprimés ça suffit (rire)" (Kéré Issa).

Ainsi que nous a dit Sorgho de Bané "si tu ne vends pas ta maladie tu ne guériras jamais" mais vendre sa maladie c'est en faire la publicité donc avouer son ignorance des réponses thérapeutiques et indiquer les limites des expériences disponibles; c'est aussi poser sa disponibilité pour les expériences médicales nouvelles. Mais là, dans l'espace sanitaire, la disposition de ces "offres" de services sont des occasions d'émergence de nouvelles orientations sociales en procès de consolidation.

Face à la relative dépréciation culturelle des médecines anciennes les C.S.P.S apparaissent comme les principales structures de soins crédibles. Cependant, des investissements divers, économiques et culturels, nous l'avons vu, modulent les participations collectives et singulières. Sans revenir à des situations évoquées

plus haut nous pouvons retenir certaines caractéristiques limitant les participations aux systèmes de santé. On constate que la qualité du personnel participe également de la formation de l'image des structures sanitaires modernes dans tous les cas étudiés; à Torla, l'ombre du "docteur Nana" infirmier serviable et disponible fait passer son remplaçant pour incompetent. Celui de Zigla, plus âgé et plus rigide ne rencontre que des obstacles mineurs du fait de son expérience reconnue.

Dans certains cas, la participation peut être limitée par des préférences linguistiques et peut-être sexuelles. Une femme nous dit à Torla "comme il ne parle pas bien (bissa) je n'y va pas". Cette identification ethnique montre (c'est le cas, cette fois positif, de l'infirmier privé de Bané fils du pays qui connaît une affluence importante) que cette dimension n'est pas négligeable même si le cas du "docteur" Nana est un exemple contraire. Les stratégies sociales tiennent également compte des possibilités économiques des populations d'autant plus que la monétarisation conduit à une individualisation; nous le relevons plus haut ce processus d'individuation ne gêne pas toujours les regroupements mais agit à des niveaux inférieurs de la structure sociale. Le premier effet visible de cette séparation est une tendance à la répartition des investissements sanitaires: les gros oeuvres sont réalisées par le "collectif" (l'Etat, le village), le "permanent" et le "détail", le "quotidien" est géré par le "particulier" familial ou personnel. A ce dernier niveau les difficultés apparaissent et les personnes sur lesquelles l'on peut compter en cas de coup dur se réduisent souvent au père et/ou aux conjoints: les groupements mis à part, à un membre de la famille ou à l'hypothétique ami de confiance; "bien sûr je ne peux pas amener ma femme là-bas sans rien acheter donc j'attends. Je suis étranger ici si c'était au Ghana il n'y avait pas de problème" (Balboné). Une configuration peut favoriser ou contrarier une autre. Le véritable obstacle est l'achat des médicaments. "Vous savez les gens ont peur des ordonnances; voilà pourquoi il préfèrent se traiter à l'indigénat" (Kéré M.). En dehors du cas de Zigla Koupélé, où certains médicaments sont distribués gratuitement, un infirmier nous dit "les gens viennent au C.S.P.S. mais ils n'aiment pas acheter les produits, compte tenu de leurs moyens financiers. Ils ont la volonté d'acheter mais ils ne peuvent pas. En plus, ils ne suivent pas correctement les traitements qu'ils abandonnent deux jours après s'il y a du mieux. Il faut qu'il y est rechute pour que le malade revienne avec d'autres prétextes (il croyait que le mal était passé) pour se faire soigner". On s'aperçoit, alors que les jugements sur les efficacités thérapeutiques sont le fondement de l'automédication les appartenances interfèrent pour imposer une discontinuité à la configuration sanitaire moderne.

L'achat de médicaments obéit, lui aussi, à des règles précises. L'observation des intervalles de prix et des types de produits laisse apparaître que deux principaux critères doivent être retenus pour expliquer les niveaux de ventes de certains médicaments: le prix d'abord, les produits ayant un prix supérieur à mille francs restent longtemps sur les étagés; dans les pharmacies villageoises seuls les produits coûtant entre 100 F et 300 F sont fréquemment achetés; ensuite la

divisibilité les produits qui peut permettre leurs utilisations par plusieurs personnes. Le mode particulier d'accès aux médicaments s'expliquent à son tour par les exigences des contraintes sociales qui limitent les investissements et obligent à la solidarité. Il est aussi vrai, au delà de l'originalité de chaque cas, que la gestion économique ne se comprend qu'intégrée à la logique générale des pratiques sociales.

Dans les premières étapes de l'intégration, avant qu'une configuration ne soit cristallisée en habitudes, elle peut puiser aux sources les plus diverses. Ces sources sont les "expériences de soi" qui scandent les trajectoires sociales et à travers elles des modes de vie nouveaux s'imposent ou se dissolvent lentement et tendent à modeler également les comportements face aux problèmes de santé. Les configurations sanitaires se construisent alors sur la base de reconnaissances des efficacités elles-mêmes composées de contradictions provoquées par des adhésions à d'autres configurations prises dans la tourmente du changement social.

5. "HETEROTOPIE" DES MOBILES SANITAIRES

En rejetant à la fois l'orientation "domino-centriste"(de Sardan 1992) et la démarche individualiste rationnelle dans le "non lieu" de l'utopie sociologique nous tentons de poser le principe de l'"hétéro-topie"¹⁰ consistant à siéger le projet d'intelligence des pratiques dans l'espace des contradictions et des concordances sociales quotidiennes. C'est clans l'"hétéro-topie", dans la concurrence des configurations sociales que nous trouverons les mobiles, les "intentions" des actions sanitaires.

L'espace social a toujours des règles plus ou moins rigides, mais toujours fondées sur une logique pratique. La participation s'origine dans la découverte "d'un système d'action concret" gouvernant une série de pratiques. Il va de soi que la compréhension de ces pratiques passe par un repérage des propriétés objectives des positions sociales ainsi que du procès d'intériorisation de cette objectivité. Car c'est de l'expérience singulière toujours à la rencontre des contraintes structurelles que se construisent les investissements obligés, cette **illusio, cette prise au jeu** dont parle P. Bourdieu.

La formation de l'intérêt sanitaire, même au niveau villageois général, se constitue effectivement sur la base d'histoires individuelles socialisées, au travers de représentations, de rapports sociaux contradictoires. Q: "Pourquoi vous n'y allez pas? Ça ne vous intéresse pas? R: "C'est à cause des travaux. Si je me leve le matin je pars aux champs; donc je n'ai pas le temps" nous dit une jeune femme indiquant du même coup son appartenance prioritaire au système de production familial aux dépens du groupement. Une autre commerçante, nous dit: Q: "A combien avez-vous acheté les médicaments? R: "A cent francs, les dix

¹⁰ Suivant l'expression de J-M Auzias, *Michel Foucault*, 1986, p. 72.

comprimés. C'est mon mari qui a donné l'argent." Q: "Vous pouviez vous même acheter?" R: "Moi même? Je pouvais" (Zodnin). Le statut change progressivement; ce dernier cas nous montre un équilibre fragile dans les rapports sociaux ainsi que l'émergence d'une "intention" nouvelle. Ce que l'on peut ici nommer "expérience" est sans doute la mise en oeuvre d'un patrimoine culturel propre à chaque configuration et à sa dynamique. Les configurations se croisent et parfois s'épaulent" le groupement nous a aidé grâce aux connaissances qu'il nous a fait acquérir" (Haoua); "c'est la maladie de mon fils qui m'a amené dans le protestantisme. On a prié pour lui et sa folie s'est allégé" (Balboné). Les passerelles de configurations en montrant les distances autorisées dessinent le cours du changement social. C'est bien des **figures de mouvements sociaux que désigne les degrés de l'intéressement, de la participation** mais ces recompositions sociales actives ne sont pas, pour nous, de simples reproductions que livrerait un "modèle systématique du changement historique". "Le changement, souligne J-C Passeron, ne peut surgir d'un modèle parce qu'il n'y a pas de modèle concevable de la "rencontre" entre processus indépendants tels qu'il opèrent en toute configuration historique concrète" (Passeron 1991: 90).

La définition du rapport aux systèmes de santé s'appuie sur une appropriation matérielle et culturelle de l'environnement social. "Cette femme est illettrée, il faut ma présence pour établir l'acte de naissance." Les transformations du monde paysan entraîne inévitablement un effacement des protections et réseaux anciens. Dans certains cas, à Ouimnognin par exemple, le modèle politique ancien a perdu sa "chance", au sens que M. Weber donnait à cette notion; "Qu'est-ce qu'il (le chef) peut dire? Puisque au départ c'était une affaire de CDR (comité de défense de la révolution) et lorsqu'il y avait un problème ils se réunissaient; le chef vient écouter.." (agent PSP). Certaines régularités dans les pratiques sociales disparaissent tandis que de nouvelles apparaissent. Le système de parenté, par exemple, agit dans les aspects traditionnels sans en avoir aujourd'hui ni les moyens ni peut-être la capacité d'intervenir dans la sphère moderne aux normes et aux règles d'échanges différents. L'histoire n'est pas un simple outil explicatif, elle doit être vue comme "un facteur constitutif et structurant des pratiques" (Wacquant et Calhoun 1989). Il faut, nous semble-t-il, pour une meilleure compréhension du phénomène de participation s'orienter vers une intégration des variations singulières dans un contexte en devenir afin de voir la logique de l'implication comme un système de configurations sociales plus ou moins complexe, structurant les actions déjà portées au compte des conditions objectives de l'existence sociale. La recherche empirique permet de poser que ce **rapport à** traduit un état actuel et futur des configurations formées par un processus d'échec ou de consolidation des valeurs ouvertes" dont parle N. Elias, en concurrence avec les régularités confirmées et qui évitent les pièges du caractère immédiat et pragmatique des intentions individuelles. Bien entendu, ce rapport, soulignons le, ne supporte pas plus l'ombre d'une intentionnalité consciente et guidée par une rationalité à la recherche de l'efficacité maxima que l'exposé des causes finales indiscutables. La création empirique et pratique des intentions sanitaires se fonde

sur une histoire des rencontres sociales qui impliquent toujours trajectoires individuelles et dynamiques des configurations.

Si la notion de "participation" a presque toujours une connotation massive et positive sa mise en rapport avec la construction sociale de l'intérêt permet de comprendre que la "participation" avant d'être une "mobilisation de groupes" (petits ou grands) "à la base" ou au "niveau intermédiaire", est le produit d'appartenance à des configurations et n'a aucune obligation de positivité puisque le refus est aussi une "participation". Dans ce sens nous pouvons comprendre que les stratégies sanitaires mises en oeuvre dans le quotidien sont une mesure constante des valeurs sociales; elles sont une hiérarchisation pratique des systèmes de santé et de leurs relations aux autres lieux de l'espace social. La participation est alors cette forme d'expression des positions sociales formées par l'équation des configurations qui définit et oriente les pratiques sociales.

REFERENCES

- Auzias, J-M. 1986.
Michel Foucault. La manufacture.
- Baudelot, C. 1967.
Avant-propos. Dans: *Anthropologie*, E. Sapir. Minuit, TI.
- Bergmann, T. 1989.
Participation of the Local Society in Development, Regional Development Dialogue 10(2).
- Bourdieu, P. 1987.
Choses dites. Paris: Minuit.
- Chauveau, J-P. 1992.
Le 'modèle participatif' de développement rural est-il 'alternatif'? Eléments pour une anthropologie de la culture des 'developpeurs'. **Bulletin de l'APAD** 3: 20-30, 1992.
- Cohen, J.M. et Uphoff, T. 1980.
Participation's Place in Rural Development Seeking Clarity Through Specificity. **World development** Vol. 8, pp. 213-235.
- Crozier, M. et Friedberg, E. 1981.
L'acteur et le système. Seuil.
- Descombes, V. 1992.
"Les individus collectifs". Dans: *Philosophie et anthropologie.* Paris: Centre Georges Pompidou.
- Desjeux, D. 1987.
Stratégies paysannes en Afrique noire. Paris: L'Harmattan.
- Elias, N. 1981.
Ou'est-ce que la sociologie. Pandora/Des sociétés.
- Ferry, J-M. 1992.
Qu'est-ce qu'une communauté politique? Linéaments d'un "communautarisme méthodologique". Dans: **Raison Pratique** EHESS No. 3, pp. 109-128.
- Figures populaires du chiffre, figures chiffrées du peuple.
Dans: *Démographie et sociologie*, Hommage à Alain Girard, Publication de la Sorbonne, Juin 1986.
- Financement communautaire dans l'esprit de l'initiative de Bamako.
Période 1991-1994. Santé intégrée. *Projet Note, Burkina Faso - Unicef.* Ouagadougou, octobre 1990, pp. 19 et 21.
- Gosselin, G. 1976.
Le développement africain et la théorie des 'pierres d'attentes' d'un néo-populisme à un coopératisme. **L'homme et la société** Nos. 39-40: 111-133.
- Lefort, C. 1978.
Les formes de l'histoire. Gallimard.

- Martin, J-C. 1985.
"Mobilisation sociale en vendée. Réalités et limites, fin XIX début XX siècles". *Enquêtes et documents*, IX, pp. 5-23. Université de Nantes.
- Mauss, M. 1969.
"La nation". Dans: *Oeuvres*. Minuit.
- Olivier de Sardan, JP. 1992.
Populisme développementiste et populisme en sciences sociales: idéologie, action, connaissance. Cahiers d'Etudes Africaines.
- Olson, M. 1978.
Logique de l'action collective. PUF.
- Ouedraogo, J-B. et Spykman, C. 1992.
"Inscription spatiale, inscription sociale: Enracinement urbain à Ouagadougou". *Annales de l'université de Ouagadougou*, série A, Vol. V.
- Passeron, J-C. 1991.
Le Raisonnement sociologique. Nathan.
- Rousseau, J.J.
écrits politiques. Contrat social, livre III, chap. II.
- Sapir, E. 1967.
Anthropologie. Minuit, TI.
- Sauerborn, R., Nougara A. et Diesfeld, H.J. 1989.
Low Utilization of Community Health Workers: Results From a Household Interview Survey in Burkina Faso. Sc.Sci.Med. 29(10).
- Sherraden, M.S. 1991.
Policy Impacts of Community Participation: Health Services in Rural Mexico. Human organisation 50(3).
- Verret, M. 1990.
Cultures du haut, cultures du bas. Les cahiers du Greco No. 4, Septembre 1990.
- Wacquant, L.J.D. et Calhoun, C.J. 1989.
Intérêt, rationalité et culture. ARSS No. 78.