

MISES EN ACTES ET DYNAMIQUES DU BENEVOLAT SANITAIRE AU SENEGAL : CONTOURNEMENTS D'UNE ACTION PUBLIQUE LOCALE ?

Abdoulaye Moussa DIALLO

Sociologue, université de Lille (CLERSE, UMR 8019)

et université Cheikh Anta Diop de Dakar (LASAP)

baba.yoro22@gmail.com

Tidiane NDOYE

Socio-anthropologue,

université Cheikh Anta Diop de Dakar (LASAP).

Sylvain Landry FAYE

Socio-anthropologue,

université Cheikh Anta Diop de Dakar (LASAP).

Résumé :

Le principe désintéressé du travail bénévole, longtemps au fondement de l'engagement d'acteurs communautaires dans le domaine sanitaire, subit un travestissement. Sa facette, à l'articulation entre logiques institutionnelle, sociale et professionnelle, se transforme-t-elle ? L'examen des structures représentationnelles des groupes professionnels en interactions dans la prise en charge de la santé communautaire constitue un apport de la sociologie des groupes professionnel à l'étude du travail bénévole. Les sens que les acteurs accordent au travail de bénévoles oscillent entre bénévolat, volontariat et salariat à la marge du système sanitaire formel, porteur de dynamiques communautaires. Finalement, la mise en contenu du travail bénévole passe par des discours sur « soi » et sur « autrui » qui le promeuvent et le font émerger comme un tremplin au travail formel et une réponse au sous-emploi endémique.

Mots-clés : *acteurs communautaires de santé, bénévolat sanitaire, volontariat, travail à la marge, Sénégal.*

Abstract:

The selfless principle of voluntary work, which has long been the basis of

The selfless principle of voluntary work, which has long been the basis of the involvement of community actors in the health field, is being disguised. Is its facet, at the articulation between institutional, social and professional logics, changing? The examination of the representational structures of interacting occupational groups in the management of community health constitutes a contribution of the sociology of professional groups to the study of volunteer work. The meanings that actors give to the work of volunteers oscillate between volunteering, volunteering and working on the margins of the formal health system, which is the bearer of community dynamics. Finally, the content of volunteer work involves discourses on "self" and "others" that promote it and make it emerge as a springboard to formal work and a response to endemic underemployment.

Keywords: *community health actors, volunteering, voluntary work, work on the margins, West Africa, Senegal.*

Introduction

L'épidémie Covid-19 a révélé les inégalités structurelles (manque de reconnaissance, insuffisance et inégale répartition des ressources matérielles, etc.) entre soignants mais plus encore, elle a mis à nu la précarité sociale, sanitaire, des agents de santé communautaire (ASC) qui sont les acteurs du *community empowerment*, de la démocratie sanitaire (Carillon et al., 2021). Sa facette, à l'articulation entre logiques institutionnelle, sociale et professionnelle, se transforme-t-elle ? Cette action publique locale traverse des tensions politique, institutionnelle et professionnelle. La littérature grise sur le sujet a mis en lumière les préoccupations de certains acteurs des réformes sanitaires en Afrique de l'Ouest (Fassin et Fassin, 1989), soucieux de la maximisation de leurs gains (Tizio et Flori, 1997), de la conservation de leurs pouvoirs (Beyer, 1998). Dans certains cas, le travail bénévole communautaire a créé des tensions entre professionnels et acteurs communautaires de santé et suscité une renégociation des rapports de travail (Ridde, 2011 ; Diallo, 2023). Ainsi, peu de recherches se sont intéressées

aux représentations et pratiques du bénévolat sanitaire comme objet « infra-politique » (Scott, 1990), approprié différemment par l'État, les responsables sanitaires locaux et les populations. Pourtant, cette perspective permet de saisir une réalité qui ne laisse pas intacte les dynamiques contemporaines dans les trajectoires (quelquefois atypiques) des ASC, l'intégration et la pérennité dans le système sanitaire des pays ouest-africains.

L'analyse de l'engagement, de la formation et de la transformation du groupe professionnel des ASC requiert en effet de transcender les motivations institutionnelles de départ, la dynamique du groupe en question et tenir compte de l'écosystème socio-politique, économique et culturel dans lequel prend place l'action publique. Introduire ici la dimension éco-systémique (Abbott, 1988, 2005) permet dès lors d'étudier le processus de construction des représentations sociales du travail bénévole à la marge du système sanitaire, comme une réalité sociologique complexe, surtout en contexte de développement (Olivier de Sardan, 1995). La marge relève ici de l'ordre de l'inexistant statutaire s'érigeant à côté d'une réalité organisationnelle qui centralise et régule le système des professions paramédicales.

Cet article appréhende les structures représentationnelles (Abric, 1994 ; Renard et *al.*, 2012) de la formation des groupes de travailleurs bénévoles et permet de faire ressortir le caractère erratique et évolutif de leurs formes d'engagement (Ferri, 1988 ; Prouteau, 1999 ; Fortin et *al.*, 2007). Il s'agit de dépasser le groupe comme l'unique échelle d'analyse et tenir compte des influences de l'écosystème socioprofessionnel et des aspirations individuelles et sociales des acteurs bénévoles. Suivant cette perspective, nous analysons les contournements d'une action publique locale par les pouvoirs publics, les responsables sanitaires locaux et les populations. On s'interroge ainsi sur comment « l'approche communautaire » reposant sur la

prévention et la promotion de la santé publique rencontre des défis liés aux mutations dans la conception, la mise en œuvre et la pratique du bénévolat par les acteurs par en haut et par en bas.

L'article examine donc les mises en actes et dynamiques du bénévolat dans le champ sanitaire sénégalais : la quête de carrière dans le bénévolat sanitaire dénote une tension entre logique instituée de l'action publique et logique pragmatique des travailleurs à la marge qu'une approche ethnographique et compréhensive a permis de mettre en lumière.

Encadré 1: Une méthodologie d'enquête qualitative transversale sur les mutations du bénévolat au Sénégal

L'analyse présentée ici est issue de plusieurs recherches – appliquées et fondamentales - menée durant 11 ans. Les données présentées concernent plus particulièrement des milieux ruraux et périurbains sénégalais, nommés « districts sanitaires périphériques ». Les deux régions médicales investiguées (Kaolack et Kolda) sont pionnières dans la « participation communautaire ». Du fait de leur localisation en zone transfrontalière, propices à la propagation des maladies, elles connaissent des campagnes de prévention régulières. Aussi les bénévoles y deviennent quasi-permanents, comme des professionnels de santé – le salaire en moins. L'article s'appuie sur trois enquêtes de terrain comprenant 900 heures d'observations dans trois sites, ainsi qu'un corpus de données de 157 entretiens, et 21 *focus groups*. Les focus groups exploités dans cet article sont ceux ayant permis de confronter les opinions concernant le travail bénévole, autour de thématiques relatives au devenir du bénévolat sanitaire, aux relations professionnelles et aux appréciations indigènes du rôle social plus général des bénévoles. Les entretiens exploités dans cet article sont au nombre de 59, ils comprennent ceux réalisés avec des bénévoles (huit aides-soignant·e·s, neuf matrones, onze relais et huit *bàjjenu gox*), des responsables institutionnels (deux médecins-chefs de région, trois membres de la cellule de santé communautaire du ministère de la santé et de l'action sociale, huit membres d'organisations non-gouvernementales) et des responsables médicaux et paramédicaux (deux médecins-chefs de district, quatre infirmiers-chefs de poste et quatre

sages-femmes). Nous avons interrogé les interactions des bénévoles avec les autres acteurs sanitaires (personnels hospitaliers, représentants d'ONG, usagers), ou interrogé les responsables sur les relations de travail, leur perception des initiatives des bénévoles, la gestion des ressources humaines. Le matériau a été organisé par thématique et exploité à l'aide de logiciels : Nvivo pour l'analyse de contenu et l'exploitation de compte rendu d'enquête ethnographique, Lucidchart pour la modélisation. Posture assignée par les acteurs ou posture revendiquée par le chercheur ? Posture de « faux partisan », ou de « chercheur apprivoisé », grâce à laquelle l'objectivation de l'enquête émane aussi bien de l'acceptation du statut assigné sur le terrain que du statut revendiqué par le chercheur lui-même.

1. La place des volontaires dans le système de santé sénégalais

Présenter les bénévoles est un exercice délicat, qui suppose un art de naviguer dans la diversité des discours sur l'objet, entre définitions administratives nationales et internationales, perceptions émiqes et définition sociologique. Aussi nous incombe-t-il de le mettre en perspective, avec l'analyse des antécédents, avant de faire le tri dans un bénévolat sanitaire différemment approprié dans le globe, pour enfin distinguer entre taxinomie administrative plurielle et segmentation sociologique.

1.1. Des précédents historiques

Notre objet invite d'abord à un examen historique des frontières entre bénévolat, travail et activité professionnelle. Au nombre de 33 000 au Sénégal, les ASC ont une existence juridique dans le dispositif sanitaire périphérique sénégalais défini par une ordonnance ministérielle mettant l'accent sur le volontariat (MSAS, 2020). La figure du bénévolat dans le domaine des soins a connu des précédents historiques dans la situation coloniale des pays de l'Afrique subsaharienne. On peut citer le rôle d'intermédiaire joué par les chefs coutumiers pour rallier des

populations à la médecine occidentale (Cornet, 2011). Ainsi le guide religieux de la confrérie *Tidiane*, El hadji Malick Sy, accepte, en 1914, de se faire vacciner contre la peste, incitant la population locale à suivre son exemple pour éviter des émeutes entre indigènes et colonisateurs (dans le quartier populaire de Guet Ndar à Saint Louis, au nord du Sénégal). Ces *middle figure*, assurant la fonction de *go-betweeners*, précèdent donc l'institutionnalisation du modèle de la participation des acteurs locaux.

L'introduction officielle de bénévoles dans le système de santé en Afrique subsaharienne intervient après les indépendances, dans les années 1970, à la suite de tensions entre soignants/soignés entraînant l'absence de recours aux services de santé hospitaliers par les habitants (Gobatto, 1999). La conférence d'Alma Atta en 1978 consacre la politique des soins de santé primaire et crée la catégorie intermédiaire des "agents de santé communautaire" pour assurer l'accès aux soins des populations du Sud (Ridde et Girard, 2004). Les études développementalistes des années 1990 (Fournier et Potvin, *op. cit.* ; Bresson, 2014 ; Faye, 2017) ont montré comment la Charte d'Ottawa et les conférences de Harare et de Ouagadougou ont tenté de renforcer les soins de santé primaires afin de réduire les disparités d'accès aux soins entre régions et entre villes et campagnes¹. Dans un contexte de relance de la santé communautaire, les États ouest-africains ont misé sur la main d'œuvre des ASC (en principe gratuit) pour satisfaire conjointement la demande de santé au niveau périphérique et stabiliser la masse salariale, en maintenant la politique de gel des recrutements dans la fonction publique, conséquence des programmes d'ajustement structurel (Fall et Vidal, 2005).

¹ Au Sénégal, les cliniques privées augmentent considérablement l'offre de soin urbaine. Le besoin du volontariat sanitaire se fait cependant ressentir en milieu rural et périurbain.

Officiellement, les ASC doivent être « *des membres de la communauté, choisis par elle, pour être ses représentants, doivent aussi être supervisés par le système de santé sans faire partie de son organigramme et ont une formation plus courte que les professionnels de la santé* » (OMS, 1986). À défaut de personnels compétents, des suppléants, bénévoles ont été engagés, légitimés pour intégrer les structures de santé et ceux-là se sont offerts comme modèles. Après ont suivi les autres formes d'intégration de ces personnels de soutien : les comités de santé et leurs recrues entrent dans cette fenêtre. Cependant, l'accent a été mis sur l'efficience quantitative du soin plutôt que sur le sens de l'équité et de la justice sociale, à l'œuvre dans le tri des besoins sanitaires des populations concernées (Ridde, 2011), ou la nécessité de la prise en considération de la situation professionnelle des soignants (Hane, 2018).

1.2. Les ASC au Sénégal : un groupe socio-professionnel hétérogène

Le système sanitaire du Sénégal est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, régional (régions médicales) et un niveau périphérique appelé district sanitaire. Malgré la réalisation d'infrastructures nouvelles pour élargir la carte sanitaire et améliorer l'accès aux soins (ECPSS, 2017), il subsiste un retard dans les recours aux soins de santé et la tendance à l'automédication (Faye, 2009). Pour garantir l'accès universel à des soins de santé de qualité, l'État du Sénégal a décidé en 2014 d'élaborer une Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) en cohérence avec la dynamique internationale d'impulsion de la santé communautaire (Fournier et Potvin, 1995 ; Houéto et Valentini, 2014). Cette politique s'est déclinée à travers le renforcement de l'implication des acteurs communautaires au niveau périphérique, une politique qui a existé bien avant celle des soins de santé primaire (SSP),

précisément en 1967, lorsque les populations de Dakar-Plateau ont été déguerpies et recasées dans la banlieue de Pikine. Leur rôle se résumait à l'accompagnement des malades et la sensibilisation des populations pour l'hygiène collective (Faye, 2012). Depuis la conférence d'Alma-Ata (1978), plusieurs programmes de santé les ont impliqués (Walt et *al.*, 1989) pour améliorer l'accès aux soins des populations : lutte contre le VIH/Sida (Tchantchou, 2008), travail social (Madelin, 2001), gestion des pharmacies villageoises et santé des enfants (Perez et *al.*, 2009), lutte contre le paludisme (Faye, 2012).

Il est nécessaire de souligner que la présence de ces acteurs très polyvalents dans le champ de la santé ne date pas d'aujourd'hui, mais ses caractéristiques ont évolué au fil du temps, sous l'impulsion de lois ou de contextes socio-politiques assez particuliers.

Tableau 1 : Historiographie de l'implication des ASC

<i>ASC</i>	<i>Cadre de création</i>	<i>Rôles assignés</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Aides-soignant·e·s ; • Matrone 	La loi n° 72 — 02 du 1er février 1972 portant réforme de l'administration territoriale et locale	- Assistance technique du personnel qualifié (en principe)
<ul style="list-style-type: none"> • Membres des comités de santé • Dépositaires 	La loi n° 92-07 du 15 janvier 1992 et le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992	- Autofinancement et autogestion ; - Vente des médicaments

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relais polyvalents</i> • <i>Distributeurs Communautaires de Soins à Domicile (DSDOM)</i> 	<p>Le contexte de la décentralisation en 1996</p>	<p>- Activités promotionnelles, préventives et curatives pour lutter contre les maladies endémiques (paludisme, diarrhée »</p>
<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Bàjjenu gox</i> » 	<p>Crée en 2009 par le président Abdoulaye Wade, qui visait à s'attaquer aux taux élevés de mortalité et de maladies maternelles et infantiles du pays.</p>	<p>- Activités promotionnelles et préventives pour la santé maternelle et néo-natale</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Membres comités de développement sanitaire</i> 	<p>Projet ministériel de janvier 2018</p>	<p>- Cadre de concertation pour viabilité institutionnelle financière et managériale</p>

Ces acteurs, que nous rassemblons sous le générique Acteurs Communautaires de Santé (ACS) du fait de leur capacité d'action², ont été, à l'origine, impliqués au côté des infirmiers comme des auxiliaires (aide à la préparation des soins, sensibilisation et communication). Certain·e·s comme les aides-soignant·e·s ont été chargé·e·s d'effectuer les soins de santé primaires (pansements, vaccination, etc.).

² Pour plus de concision, nous utilisons, pour le reste de l'article, le sigle sociologique ACS (acteurs communautaires de santé), au lieu du sigle institutionnel ASC (agents de santé communautaire).

L'implication des ACS s'est réalisée à travers des cadres référentiels distincts, mais complémentaires. D'une part, l'institutionnalisation politique de certaines sous-catégories (aides-soignant·e·s, matrones, membres de comités de santé et dépositaires) a été une demande des professionnels de santé et des chercheurs spécialisés, observant les difficultés du cumul des tâches gestionnaires, curatives et de promotion de la santé. D'autre part, la présence des relais polyvalents, des distributeurs de soins à domicile, des *bàjjenu gox* et des membres comités de développement sanitaire, suit une logique politique des gouvernants. Cette situation crée des attitudes assez particulières entre ACS dans la mise en œuvre des activités au niveau périphérique. Les ACS émanant d'une demande professionnelle privilégient l'ancrage, l'allégeance au personnel soignant et tire sa légitimité aussi bien du communautaire que de sa proximité avec les acteurs de la santé au niveau périphérique. Les ACS émanant d'une volonté politique construisent le travail communautaire sur la légitimité politique, avec une allégeance faite plus aux acteurs politiques et un ancrage communautaire, quelquefois, contesté.

1.3. Le bénévolat sanitaire d'ici et d'ailleurs : une comparaison entre quelques modèles

Le don de soi pour sa communauté détermine le « passage à l'action », la traduction d'une intention en une action (Ferrand-Bechmann, 1992). Cependant malgré ce principe universel, des contrastes subsistent entre les modèles dans certains pays occidentaux (Simonet, 2000) ; mais aussi entre ces modèles et celui en vigueur en Afrique subsaharienne. Le modèle occidental du bénévolat apparaît comme un détour pour la réussite socioprofessionnelle. En effet, à la suite d'un constat « d'urgence sociale » dans la prise en charge sanitaire des groupes sociaux minoritaires et/ou des sans domicile fixe (SDF) (Cefai

et Gardella, 2011), l'engagement des populations locales à travers des procédés divers de solidarité a permis de faire des progrès dans l'accessibilité aux soins. En France, des équipes mobiles d'intervention prodiguent des soins aux SDF non couverts par la sécurité sociale. Aux États-Unis, le *give back to the community* c'est-à-dire s'engager pour la cause de sa communauté (noires, hispaniques, whites anglo-saxon protestant) est un sacerdoce, une marque de reconnaissance et de gratitude envers ses semblables. Au Québec (Canada), la communautarisation de la santé autorise à chaque département de définir ses propres politiques de soins et d' enrôler des acteurs locaux pour assurer la mise en œuvre. Si dans ces pays susmentionnés la pratique du bénévolat individuellement ou en association permet d'authentifier ou de discréditer une action locale (Simonet, 2002, Abélès, 2003; Farnarier et Sarradon-Eck, 2018), la réalité en est tout autre dans l'hémisphère sud.

Le modèle ouest-africain du bénévolat sanitaire renvoie à un objet infra-politique qui a des incidences dans sa pratique quotidienne. Il se fonde traditionnellement sur les pratiques collectives telles que le « *toolu dëkk* » (champ des indigents) pour lutter contre la malnutrition et le *set-setal* (nettoyage des espaces communautaires) pour assurer l'hygiène collective. Plus individualisé et associé à l'exemplarité, il a été au cœur de l'engagement individuel des ACS subsahariens, chargés de la mission de rendre des services à leurs communautés. Au Sénégal, en particulier, la présence de ces acteurs dits exemplaires (en raison de leur niveau d'instruction, leur légitimité, leur activité, leur engagement pour le collectif, leur statut de modèle) au niveau périphérique s'est faite de manière progressive suivant l'histoire de l'institution sanitaire (*cf. supra*) (Diallo, 2021). Toutefois, dans un contexte où le travail bénévole impulsé par l'État rencontre une situation de sous-emploi (15,7 %), qui touche plus les femmes (21,1 %) que les

hommes (9,6 %) (ANSD, 2018), on peut se poser des questions sur les formes de sa traduction socioprofessionnelle au ras du sol et les implications sur l'identité professionnelle de cette catégorie.

2. Des contournements qui ne sont pas le seul fait des ACS

Les autorités sanitaires sénégalaises mettent l'accent sur des critères d'éligibilités tels que : habiter le village, la ville, l'ère de santé, être crédible dans sa zone de résidence, savoir lire et écrire, être volontaire et justifier d'une activité annexe avec une source de revenus et accepter de collaborer avec les structures de santé, sous la supervision de l'infirmier-chef de poste ou de l'équipe-cadre de district (Faye, *op. cit.*). Dans le quotidien des services de santé, les modes d'implication des ACS n'ont pas toujours suivi ces indications. Ils sont plutôt facilités ou contournés par le personnel soignant sur la base d'une désignation par les autorités locales (chefs de villages/quartiers, délégués de quartiers) et les autorités religieuses et coutumières (imams, prêtres, guides coutumiers). Les choix sont souvent justifiés par le fait que ces individus font l'unanimité au sein des populations, c'est-à-dire sont issus d'une famille exemplaire qui n'a jamais eu de contentieux avec d'autres familles ou la justice de façon générale ; sont des individus avec des capacités de dialogue, de médiation et de persuasion de leurs pairs ou sont des amis, parents et proches des autorités politiques des collectivités locales ou du comité de santé. Ces procédures ont eu tendance à oublier les individus exemplaires reconnus comme tels en raison des services rendus à la communauté, de leur grande imprégnation des préoccupations des communautés. Ce qui est en débat, c'est la légitimité de ces acteurs et les motivations de leur engagement qui induisent des processus divers de mise en actes du bénévolat.

2.1. Un engagement bénévole impulsé de l'extérieur

De plus en plus, les professionnels de santé, en particulier les infirmiers, sollicitent des appuis en main d'œuvre auprès des « *Jom wuro* » (chef de village/quartier) qui choisissent un individu qui leur est souvent lié (socialement, politiquement), sans occupation professionnelle. Ils sont les premiers à penser le travail bénévole comme une occasion ou opportunité de récompenser leurs parents ou affiliés et de trouver une occupation, gagner de l'argent comme l'avaient montré Didier Fassin et Éric Fassin (1989) à propos des comités de santé à Pikine. Dans le même temps, ceux qui sont désignés conçoivent cet acte comme une reconnaissance de leur légitimité par les autorités locales et un privilège de faire partie des forces vives du quartier/village. En clair, il y a une instrumentalisation du contrat social pour des intérêts personnels ou politiques. Le choix porté sur un individu crée une pression symbolique tacite qui le contraint à sursoir momentanément à ses aspirations pour répondre favorablement à la confiance placée en lui et à se conduire en « représentant » de la communauté.

L'expérience a aussi montré que les modes de désignation des ACS ont été plus en faveur des hommes que des femmes (en raison de la politisation de ce processus), alors que 4/5 des personnes intéressées au travail bénévole sont des femmes (Diallo, *ibid.*). De surcroît les professionnels de santé soulignent la nécessité d'une meilleure implication de la main d'œuvre féminine, plus conforme aux activités à réaliser. Pour résoudre cette situation, l'approche des *bàjjenu gox* a été pensée comme la réponse adaptée, même si elle cache aussi d'autres rationalités

politiques³. La *bàjjenu gox* dotée d'un rôle traditionnel de *care* devient un point focal naturel, une femme-ressource privilégiée pour la mise en œuvre d'activités surtout dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Il faut aussi souligner que de la même manière, le choix de ces femmes a connu des contournements et certaines nommées avaient d'autres aspirations que le service à la communauté, posant le problème de leur légitimité aux yeux des populations. « *Maintenant même la nomination de bàjjenu gox est politisée. Ce n'est rien d'autre qu'un choix partisan* (trad. *par-parlo*) » (SG, femmes, 34 ans, relais). Malgré ces avis, les populations participent activement à remodeler la finalité du bénévolat sanitaire.

2.2. Une rhétorique populaire incitative au travail

Du côté des ACS, si le bénévolat est en principe requis pour s'engager, les motifs évoqués pour justifier leur mobilisation pour le travail bénévole sont divers : la vocation, la mésaventure sociale (échec scolaire), la cooptation (modèle parent-amis-connaissance), la continuation d'un héritage (recyclage d'un travail social ou remplacement d'un parent) et le manque d'occupation. Ces différentes rationalités font que le bénévolat est perçu par les populations sous l'angle d'intérêt *a minima* (Ion, Ravon, 2005), une pratique agitée par des individus ayant une situation familiale difficile ou ne devant leur légitimité d'être nommée à ce poste qu'en raison de leurs relations, familles ou appartenance socio-familiale. Aussi bien à Kolda qu'à Kaolack, la situation socio-familiale des ACS est un déterminant fondamental de leur implication au travail et

³ Les *bàjjenu gox* ne sont pas uniquement des agents de santé, elles sont aussi des actrices politiques. En ce sens, elles développent une forme de « militantisme de redevabilité » favorable au parti démocratique sénégalais, parti de leur président « tuteur » (Diallo, 2021).

conduit souvent à une volonté d'élargissement de leur périmètre d'action, en mettant en avant la polyvalence : se constituer aussi en bénévole en dehors du champ de santé, par exemple celui de l'environnement, de l'assainissement, etc.

De manière plus intime, les événements socio-familiaux survenus dans les carrières singulières d'un ACS (mariage, décès) participent à consolider l'incitation au travail et à aiguïser le besoin d'une amélioration statutaire, de la réalisation de soi au détriment d'un don de soi pour sa communauté :

« Bada était jeune quand il s'est engagé comme bénévole. Il n'avait aucune charge sur son dos, ni femme ni enfant. Mais aujourd'hui c'est un père de famille. Depuis son mariage, les gestionnaires et le personnel ont constaté l'augmentation de son engagement dans le travail. Maintenant il touche un peu à tout et participe à tous les programmes pour espérer avoir une somme conséquente à la fin du mois. » (LF, homme, chef de quartier, 69 ans).

« Fatou a longtemps incarné le rôle de protectrice des femmes et des enfants et de fédératrice des générations de jeunes, de femmes et de vieux dans ce village ! Cela lui a valu le respect des villageois. Quand elle a été cooptée pour devenir bàjjenu gox son mari l'avait soutenu. Malheureusement, il est décédé il y a deux ans (tristesse ! Yeux abaissés, soupirs...) [...] Ce choc l'a affaiblie. Elle est devenue, du jour au lendemain, une chef de ménage qui doit élever, éduquer, vêtir trois enfants, sans aide d'un proche parent. Elle ne compte que sur son travail à l'hôpital pour faire face cette situation ! » (MD, femme, bénéficiaire de soin, 43 ans).

Plutôt qu'un bénévolat, être ACS est donc vécu comme la réalisation d'un travail, d'un métier volontaire, qui ne fait pas encore accéder à un salaire, mais permet de capter des ressources financières (motivations, *per diem*), des capitaux sociaux (liens, réseaux, connaissances) qui peuvent aider pour s'en sortir. Par

ailleurs, les représentations des ACS sur le bénévolat concourent toutes à confirmer son caractère « intéressé » : « *le bénévolat c'est un travail hein ! Tu ne peux pas partir de chez toi du matin au soir, tu travailles de 8 h 30 à 18 h. Donc tu passes toute la journée dans une structure de santé pour dire que tu n'attends rien en retour.* » (CN, président association ACS, 42 ans).

Chez les ACS, toutes catégories confondues, la durée moyenne journalière de mobilisation au travail bénévole est un premier argument de revendication d'un travail à temps plein. Ensuite, la réciprocité est érigée en règle, justifiant l'attente d'une reconnaissance sociale (des rétributions symboliques), professionnelle (délégation des tâches, transfert de compétence), institutionnelle (recrutement) et financière (paiement) en échange du temps donné à la communauté : « [...] *dimbali am ci as tuut* (aider et en tirer profit ne serait-ce qu'un peu) » (KB, *bàjjenu gox*, 41 ans, femme). Aussi, le bénévolat est enfin assimilé à du travail gratuit favorisant le manque de rigueur et de sérieux. « *Bénévolat mom dafay indi yaafus ci ligey* (trad. le bénévolat favorise la paresse et la médiocrité dans le travail). » (SS, femme, 33 ans, relais). Ce développement de la pratique du bénévolat en contexte de pauvreté montre que le « bénévolat du pauvre » n'a pas la même résonance que celles des riches patronnes en Europe ou philanthropes aux États-Unis (Abélès, 2003).

2.3. Le volontariat partiel : une avancée statutaire insuffisante

Du côté des ONG et des acteurs de santé au niveau périphérique, les dysfonctionnements dans la gestion de l'offre de soins ont aussi favorisé des pratiques de contournement consistant surtout à promouvoir le volontariat. Il peut être défini comme une forme d'engagement à temps plein pour une durée déterminée qui ouvre droit à des indemnités et à la prise en charge de certains

droits sociaux (Demoustier, 2002). Contrairement au bénévolat reposant sur le principe du désintéressement, le volontariat procure aux ACS un « semblant » de statut. Au niveau des établissements publics de santé, il se fait souvent sans engagement formel entre l'employeur (responsables sanitaires ou ONG) et l'ACS et se limite à un montant forfaitaire mensuel, remis de main à main. Le volontariat proposé par les ONG est, quant à lui, formalisé par un contrat entre l'ACS et les représentants locaux de l'organisme. Malgré ces différences, le volontariat reste une occupation avec des enjeux locaux importants, convoités par la plupart des ACS engagés à la recherche de travail, prêts à se constituer en marge du système sanitaire et qui progressivement se mettent hors de la tutelle de l'infirmier-chef de poste (Diallo, Sainsaulieu, 2022). On peut donner l'exemple des *bàjjenu gox*, cherchant à être contractualisées par les ONG, alors qu'elles doivent leur statut à leur engagement bénévole initial auprès des districts sanitaires.

Pour pouvoir obtenir à temps les données sanitaires du niveau communautaire et respecter leurs engagements auprès des bailleurs, les ONG ont pris l'initiative d'enrôler directement des acteurs communautaires, moyennant une incitation financière sur la base du volontariat, sans passer par les infirmiers chefs de poste. Cette fois-ci, le référentiel est plutôt une implication sélective basée soit sur un bon niveau d'instruction, soit sur des compétences observables sur le terrain, soit sur une discrimination positive en faveur de la frange féminine en général plus disponible, avec une capacité d'écoute et de respect des consignes. Chez les *bàjjenu gox*, le poste de superviseur communautaire leur est le plus souvent confié par les ONG, en se référant non pas à leurs diplômes, mais à leurs expériences avec les communautés. Cette valorisation efficiente des « savoirs d'expérience » (Demailly, 2008) a permis aux ONG d'obtenir de bons résultats. « *Je ne regrette pas le*

recrutement de DG. Il nous apporte beaucoup de satisfaction. Je suis parfois bluffé par son savoir et ses compétences interactionnelles. » (Homme, 39 ans, chargé de mission, UNICEF).

Si l'engagement désintéressé est souvent prôné dès l'entrée dans le bénévolat sanitaire, plusieurs réalités de l'écosystème social lui procurent un caractère composite. Tantôt l'ACS reste sans revenu ou rémunéré périodiquement *a minima*, tantôt il est dans un cercle vertueux d'entrepreneuriat et d'auto-salariat par la mise en place de partenariat local. Finalement, devenir ACS s'inscrit dans une carrière professionnelle dont les retombées (financières, sociales, relationnelles, statutaires) doivent permettre de s'en sortir, dans un contexte de rétrécissement perçu du marché local de l'emploi dans les régions enquêtées.

2.4. Être ACS au Sénégal : un « travail » à la marge de la réglementation socioprofessionnelle

Au Sénégal, les modalités de prise en charge des volontaires sont fixées par décret présidentiel, sur proposition du ministre de la Jeunesse, de l'environnement et de l'hygiène publique : dans l'article 1, il est stipulé que « *les volontaires du service civique national reçoivent un pécule appelé indemnité de subsistance de volontaire (ISV). L'indemnité de subsistance de volontaire n'est pas un salaire. C'est une contribution aux frais (transport, restauration et hébergement) du volontaire* ». Mais jusqu'à présent ce dispositif législatif n'est pas appliqué aux bénévoles de la santé. À côté de cette réglementation nationale, on note une réglementation socioprofessionnelle spécifique au domaine sanitaire, inscrite dans le document officiel du fonctionnement des Comités de développement sanitaire (CDS). Selon cette mesure, le revenu des ACS est fluctuant, car, le plus souvent (pour 80 % d'entre eux), il n'est pas assuré par un salaire fixe,

mais calculé sur la base des recettes effectuées dans les structures locales de santé. Les autorités sanitaires ont fixé en effet le taux de rémunération monétaire des ACS à 25 % des recettes des prestations et 10 % des recettes des médicaments. Mais les responsables outrepassent ces directives et payent souvent au-delà pour encourager les ACS à combler le déficit en personnel hospitalier, surtout dans un contexte de financement basé sur les résultats (FBR).

La politique du financement basé sur les résultats (FBR) prônée pour améliorer la gestion des services publics (Wone et al., 2012) a, en effet, contribué à plus affirmer la posture volontaire des ACS que celle bénévole. En effet, les années 2000 ont vu les ACS étendre leur champ d'intervention, en ajoutant à leur fonction de promotion de la santé, la réalisation d'activités curatives et de distribution de soins à domicile ou de produits contraceptifs, qui leur ont été confiés par les professionnels de santé afin de lutter contre le recours tardif aux soins et améliorer la couverture sanitaire. En plus des rémunérations symboliques que les ACS tirent de leur activité (notamment se soigner gratuitement, accéder à des médicaments, se construire un réseau de santé, recevoir des cadeaux de la part de patients satisfaits), les responsables sanitaires ont jugé nécessaire de les motiver financièrement sur la base du travail effectué afin de réaliser des performances dans la fourniture des soins de santé. Animés par l'idée que « *tout travail mérite un salaire* », les responsables sanitaires maintiennent le montant moyen entre 20 000 et 25 000 francs CFA par mois. En les responsabilisant davantage et en leur proposant des contrats pour l'atteinte de bons résultats, les ONG ont contribué à faire exister les ACS, de manière tacite, comme une catégorie à la marge ou dans l'organigramme des services de santé périphériques, et de faire de leur activité, un métier.

Pour rendre visible leur rôle, leur utilité et leur présence, les ACS saisissent la brèche ouverte en mettant du contenu dans leur travail : d'abord, il y a une reconstruction *émique* de la notion de "communautés locales" : elles ne sont plus seulement pensées comme celles de la parenté, des liens forts (Granovetter, 1973), mais ce sont des collaborateurs avec lesquels ils sont censés travailler. L'appartenance à la population locale comme fondement de l'engagement n'est plus aussi tranchée dans les discours, que celle au groupe du personnel communautaire. Par ailleurs, l'importance accordée à l'atteinte des objectifs sanitaires assignés avec le FBR a fini par donner (sans le vouloir) aux ACS une identité de travailleur social sanitaire et de renforcer leur position de travail à la marge du système sanitaire formel, avec des logiques éclectiques. L'identité des ACS définie par « autrui » finit par rencontrer, fonder et renforcer l'« *identité pour soi* » (Dubar, 2010) de ces acteurs sur le plan professionnel.

2.5. Polyvalence et constructions identitaires du travail d'ACS

Pour démontrer leur utilité sociale et professionnelle aux ONG ayant contribué à renforcer le statut du volontariat, les ACS explorent de nouvelles compétences en mettant en avant des glissements de rôles pour sortir de l'invisibilité (Acker, 1997). Les activités à caractère relationnel (sensibilisation dans les maisons, accueil des patients dans les structures de santé, communication pour le changement de comportement) sont définies comme étant les tâches plus valorisantes que les séances de nettoyage des quartiers/villages (*set-setal*) à l'approche ou la fin de l'hivernage (forme classique et populaire de participation communautaire). Aussi, du fait de leur faible fréquence (ou de leur faible valorisation/intérêt pour les aides-soignant-e-s), les activités sociosanitaires sont de plus en plus

délaissées en faveur des actes médico-techniques, plus proches des préoccupations de professionnalisation (Carol, 2008). Les visites à domicile et les recherches de ménage ayant manqué la vaccination de leurs enfants ou les consultations pré et/ou post natales deviennent des activités dévalorisantes comparées à la vaccination, aux pansements, aux accouchements, la prise en charge de la malnutrition, la prescription de contraceptifs qui sont des manœuvres plus techniques. Les ACS se substituent au personnel soignant qualifié (souvent avec la complicité de ce dernier) et ne se confinent plus dans le rôle de promoteur de la santé qui leur était initialement réservé. Ils passent plus d'heures dans les structures de santé ; ils portent des blouses pour montrer leur appartenance à la communauté hospitalière (Sainsaulieu, 2006) ; et ils prennent des initiatives personnelles (ou sur demande des ONG) dans les soins comme la consultation et la prescription d'ordonnance.

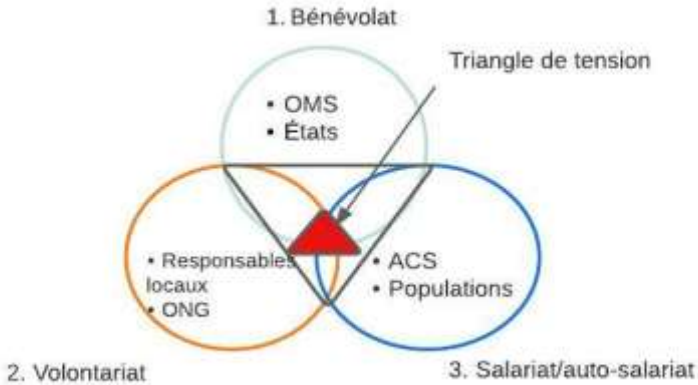
Pourtant, le renforcement de cette identité de plus en plus commune ne fait pas l'économie des modes de socialisations des ACS qui débouchent aussi sur une différenciation interne (Champy, Israël, 2019) en trois segments professionnels distincts, porteurs chacun d'une forme d'identité au travail (Sainsaulieu, [1988] 2014) : i). Il y a d'abord une « *identité affinitaire* » développée par les ACS spécialisés (aides-soignant·e·s, matrones et dépositaires de pharmacie publique) et formée autour du personnage de l'infirmier·ère/sage-femme ou du/de la major/maitresse sage-femme : la recherche d'un statut au sein des établissements de santé amène l'ACS spécialisé à devenir plus dévoué et loyal envers sa tutelle. ii) Ensuite, « *l'identité de retrait* » est le fait des agents municipaux de santé (gestionnaires trésoriers et employés municipaux de santé) qui se sentent moins concernés par l'organisation du travail et estiment être dans le système sanitaire pour mieux servir leur militantisme politique. iii) Enfin, les ACS polyvalents (*bàjjenu*

gox, relais et aides à domicile) développent une « *identité fusionnelle* » par regroupement et coalescence pour faire face à la concurrence des saisonniers de santé (élèves et/ou étudiants, autres volontaires) et établir une *avoidance relationship* (Vollmer et Mills, 1966). Cela leur permet de garantir le monopole de la livraison des services de santé dans les campagnes de masse et le contrôle du pouvoir économique dans l'espace local.

Comme le reconnaissent si bien Didier Demazière et Charles Gadéa, « en l'absence de réglementation et de codification formelle, les groupes professionnels sont des ensembles flous soumis à des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne. » (2009, p. 20). Dès lors, comment les ACS parviennent-ils à maintenir leur existence professionnelle en dépit d'une faible unité de groupe ? L'idée de regroupements sporadiques peut bien résumer les mobilisations socioprofessionnelles des ACS afin d'obtenir des avancées statutaires qui visent autant le système formel qu'elles s'en dispensent. Le travail à la marge serait ainsi une sorte d'autonomisation professionnelle qui oscille entre une institutionnalisation des pouvoirs publics et privés et des initiatives locales des acteurs sociaux.

En résumé, le bénévolat sanitaire comme action publique renvoie donc à une réalisation de soi aventurière sous-tendue par des contournements institutionnels, organisationnels et communautaires, qui cristallisent un triangle de tension socioprofessionnelle, comme on peut le voir sur le schéma ci-dessous.

Schéma 1 : Contournement multi-niveaux du bénévolat sanitaire



Au Sénégal, si le pari des autorités sanitaires était de faire des ACS des bénévoles en soutien au corps médical et paramédical, aujourd'hui on constate une délégation des tâches (Hane, 2018), des discours sur soi et d'autrui tendant à faire d'eux les pivots du dispositif sanitaire au niveau périphérique, sans que ce nivellement par le haut ne s'accompagne d'une reconnaissance statutaire officielle (Diallo, 2021). Sans être diplômés, ils font office d'aides-soignant·e·s, d'aides-sages-femmes, de dispensateur·trice·s de soins à domicile, d'éducateurs pour la santé. De plus en plus, si l'institution sanitaire fait du bénévolat des ACS une activité désintéressée, les populations le considèrent comme un moyen d'ascension sociale et de réalisation de soi. Leur implication auprès des professionnels de santé les fait apparaître comme des acteurs disposant de ressources. Ainsi, des communautés qui consentaient à cotiser au début ne le font plus puisqu'ils perçoivent les ACS comme

recevant des paiements de la part des structures de santé pour leurs services. Cela les éloigne d'autant plus, aux yeux des autres membres de la communauté, de l'approche du bénévolat.

Conclusion

Le rôle social de *care* intrinsèque au bénévolat sanitaire revêt des vertus émancipatoires pour des femmes ordinaires (Moliner, 2013). L'espace de la santé publique est composé de plusieurs acteurs interreliés dans une scène sociosanitaire au cours de laquelle le bénévolat est constamment remodelé, laissant transparaître des parcours originaux irréductibles au principe du bénévolat à la base de l'implication des ACS dans le dispositif sanitaire local. L'*empowerment* comme politique interventionniste s'avère donc incompatible avec le bénévolat sans le domaine sanitaire perçu comme un tremplin pour le travail (Carrel et Rosenberg, 2014).

Le bénévolat sanitaire demeure une action publique traversée par des contournements. Sa pratique permet à l'État de pallier le gap de ressources humaines dans les structures de santé et de masquer le gel de recrutement dans la fonction publique ainsi que la non-reconnaissance du travail social. Eu égard à ce désengagement de l'État (Simonet, 2018), les autorités sanitaires locales (responsables des établissements de santé locaux et agents d'ONG intervenant) prennent l'initiative de transformer cette mesure palliative en pseudo-volontariat, moyennant une rémunération *a minima*. Mais, ce volontariat partiel qui n'ouvre pas un accès aux droits sociaux (couverture maladie, pension retraite, etc.) amène les ACS concernés, sous l'incitation des autres habitants, à chercher à être recrutés officiellement soit dans le public (centre et poste de santé) ou dans le privé (ONG).

En définitive, la vision statique des responsables sanitaires nationaux et internationaux contraste avec la vision

évolutive des acteurs opérationnels. La tendance à la gouvernance sanitaire régulée par la performance (Contandriopoulos, 2008) se confirme dans le domaine de la santé communautaire sénégalais, mais elle repose plus sur le pragmatisme des acteurs locaux que sur des règles instituées. La pluralité des modes d'appropriation du bénévolat sanitaire montre que les ACS sont des travailleurs à la marge du système sanitaire formel caractérisé par un vide juridique et dont l'apport se perçoit au niveau local. Ce travail à la marge, dont la professionnalisation est portée par des identités éclectiques et des segments professionnels (Diallo et Sainsaulieu, 2022), n'empêche pas leur constitution en groupe socio-professionnel (Poulard, 2020). Ainsi, quel modèle de rémunération efficiente pour ces acteurs dont le rôle a été consolidé durant la pandémie à COVID-19 et restera encore déterminant dans la prise en charge des effets sanitaires au niveau communautaire induits par le changement climatique ?

Bibliographie

Abélès M. (2003). « Nouvelles approches du don dans la silicon valley », *Revue de Mauss*, 1(21), p. 179-197.

Abric J. C. (1994). « Les représentations sociales : aspects théoriques », dans Abric (J. C.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses universitaires de France, 11-35.

Acker F. (1997). « Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier », Paris, *École des hautes études en sciences sociales*, 65-93.

ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie), Sénégal, 2018.

Arborio A.M. (2001). *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*, Paris, Anthropos.

Beyer B., (1998). "The Politics of the Health Care District Reform in The Republic of Benin", *International Journal of Health Planning and Management*, n° 13, 230-243.

Carillon S., Hane F., Bâ I., Sow K. & Desclaux A. (2021). La réponse communautaire à la pandémie de Covid-19 au Sénégal : un rendez-vous manqué ? *Mouvements*, 105, 92-103.

Carol G., (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Paris, Flamarrion.

Carrel M. & Rosenberg S., (2014). *L'empowerment et le travail social sont-ils compatibles en France ? Recherche sociale*, n° 209, 25-35.

Cefaï D. & Gardella E. (2011). *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samu social de Paris*, Paris, La Découverte.

Champy F. & Israël L. (2009). « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, n° 1, 73, 7-19.

Contandriopoulos A. P. (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation par la performance », *Santé publique*, 2 (20), 191-199.

Copans J. (1999). « L'enquête ethnologique de terrain », *Revue Tiers-Monde*, n°157, 40.

Cornet A. (2011). *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda. 1920-1940*, Paris, Karthala.

Demazière D. & Gadéa C. (dir.), (2009). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.

Demoustier D. (2002). « Le bénévolat, du militantisme au volontariat », *Revue française des affaires sociales*, 97-116.

Diallo A.M., (2021). *Mobilisations à bas bruit des acteurs communautaires de santé au Sénégal : engagements locaux et aspirations professionnelles*, Thèse de sociologie, Universités de Lille et Cheikh Anta Diop de Dakar.

Diallo A.M. & Sainsaulieu I., (2022). « Les agents de santé communautaire au Sénégal. Unité et segmentation d'un groupe semi-professionnel ». *Sciences sociales et Santé*, n° 3, 40, 5-28.

Diallo A. M., (2023). "Informal work, informal mobilisation? The lateral paths of health volunteers in Senegal", *European Journal of Cultural and Political Sociology*, 10:1, 176-201.

Dubar C., (2010). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.

ECPSS (Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé), 2017, Sénégal.

Farnarier C. & Sarradon-Eck A., (2018). « Faire de la rue une innovation en santé mentale », In : Haxaire C., Moutaud B. et Farnarier C., *L'innovation en santé*, Presses universitaires de Rennes.

Fassin D. & Fassin E., (1989). « La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal », *Tiers-monde*, n°120, 30, 881-891.

Fall A.S. & Vidal L., (2005). « Émergence d'une culture, déclin d'une profession : soigner et prévenir au Sénégal et en côte d'ivoire », *CERIS*, Université du Québec en Outaouais, série Recherche, n° 38, 25.

Faye S. L. (2009). « L'anthropologue et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyse des mises en actes du personnel soignant et usages des savoirs produits », *Revue de sociologie, anthropologie et psychologie*, vol. 1, pp. 137-163.

Faye S. L. (2012). « Responsabilisé les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : Enjeux, Modalités, Défis », *Autrepart*, n° 60, 129-146.

Ferri J. M. (1988). "The Use of Volunteers in Public Services Production: some Demand and Supply Considerations", *Social Sciences Quarterly*, n° 69, 3-23.

Ferrand-Bechmann D. (1992). *Bénévolat et Solidarités*, Syros Alternatives.

Fortin A., Gagnon É., Ferland-raymond A.- E. & Mercier, A. (2007). « Les temps du soi. Bénévolat, identité et éthique », *Recherches sociographiques*, n° 1, 48, 43-64.

Fournier P. & Potvin L., (1995). « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », *Sciences sociales et santé*, n°2, 13, 39-59.

Hane F., (2018). *Anthropologie des dynamiques professionnelles en Afrique de l'Ouest. Construction de la fonction soignante dans la prise en charge de la Tuberculose au Sénégal*, Presses Universitaires Européennes.

Houéto D. & Valentini H., (2014). « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir », *Santé Publique*, n° HS, s1, 9-20.

Ion J. & Ravon B., (2005). *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.

Poulard F., (2020). « Reconsidérer l'hétérogénéité des groupes professionnels et ses effets ». *Revue Française de Socio-Économie*, n° 25(2), 233-243.

Prouteau L., (1999). *Economie du comportement bénévole*, Paris, Economica.

Madelin B., (2001). « Les femmes-relais, les "sans-papiers" du travail social ? » *VEI Enjeux*, n° 124, 81-91.

Moliner P., (2001). *La dynamique des représentations sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Olivier de sardan J.-P., (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.

Perez F., Ba H., Dastagire SG. & Altmann, M., (2009). “The role of community health workers in improving child health programs”, in Mali. *BMC Int Health Hum Rights*, n°9, 28.

Renard E., Roussiau N. & Fleury-bahi G. (2012). « Engagement de groupe, transformation des représentations sociales et modifications comportementales », *Bulletin de psychologie*, n° 521, 5, 467-477.

Ridde V. & Girard J.-E., (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », *Santé Publique*, n° 1, 16, 37-51.

Ridde V., (2011). « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 201 |, mis en ligne le 05 mai 2013, consulté le 23 avril 2018.

Sainsaulieu I., (2006). « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, n°1, 48, 72-87.

Sainsaulieu R., ([1988], 2014). *L'identité au travail: Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de Sciences Po, 604 p.

Scott J. C., (2019). *La Domination et les arts de la résistance, Fragments du discours subalterne*, Paris, Amsterdam.

Simonet M., (2000). *Les mondes sociaux du travail citoyen – sociologie comparative de la pratique bénévole en France et aux États-Unis*, thèse pour le doctorat de sociologie Université de Nantes, juin.

Simonet M., (2002). « Give back to the community : le monde du bénévolat américain et l'éthique de la responsabilité communautaire », *Revue française des affaires sociales*, 167-188.

Simonet M., (2018). *Travail gratuit : la nouvelle exploitation ?* Paris, Textuelle.

Tchantchou J.C., (2008). « Les nouveaux acteurs de la lutte contre le VIH/sida : chevauchement et revendication d'utilité au sein des structures existantes », *Médecine tropicale*, n° 3, 68, 300-305.

Tizio S. & Flori, Y.-A., (1997). « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Revue Tiers-Monde*, n° 38, 837-858.

Wone I., Hamed M.N. & Tal Dia A., (2012). « Gestion axée sur les résultats et stratégies de développement sanitaire en Afrique », *Santé Publique*, n° 5, 24, 459-464.

Walt G. & al., (1989). "Community health workers in national programmes: the case of the family welfare educators of Botswana", *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, n°1, 83, 49-55.

WHO [1989], "Strengthening the Performance of Community Health Workers in Primary Health Care: Report of a WHO Study Group", *World Health Organization Technical Report Series*, Genève, n° 780, 48.