



HAL
open science

Connaissances populaires et pratiques de prévention des infections respiratoires aiguës (IRA) infantiles en population bobo (Burkina Faso)

Chiara Alfieri

► To cite this version:

Chiara Alfieri. Connaissances populaires et pratiques de prévention des infections respiratoires aiguës (IRA) infantiles en population bobo (Burkina Faso). Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest, 2003. hal-02575239

HAL Id: hal-02575239

<https://hal.science/hal-02575239>

Submitted on 14 May 2020

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

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

Connaissances populaires et pratiques de prévention des infections respiratoires aiguës (IRA) infantiles en population bobo (Burkina Faso)

Chiara Alfieri

Lorsqu'un enfant du "Sud" est affecté par une pathologie respiratoire grave, telle qu'une pneumonie ou une bronchite, ses probabilités de survie sont infimes. Cependant, rares sont les programmes sanitaires qui prennent en charge globalement - formation des agents de santé, des mères, éducation à la santé et à l'hygiène, etc. - ces pathologies respiratoires.

Elles sont pourtant à l'origine de nombreuses disparitions d'enfants en bas âge. Ainsi, 99% des décès de pneumonie ont lieu dans les pays en voie de développement, alors que ce fait est très rare dans les pays du Nord (OMS 1999). Plus précisément, les IRA (Infections Respiratoires Aiguës) représentent une des causes majeures de la mortalité des enfants entre 0 et 5 ans. Par exemple, l'UNICEF dans son rapport (Le Progrès des Nations 2000) estime que chaque année 2 millions d'enfants meurent dans les pays du Sud suite à des affections respiratoires. Elles sont la deuxième cause de mortalité infantile au Burkina Faso¹, après le paludisme. Dans la province du Houet où a été menée notre étude, la direction de la santé souligne qu'en 1999 sur une population totale de 828.554 personnes, il y a eu 38.956 cas d'IRA correspondant à une prévalence de 4,70% (Plan d'action des districts sanitaires 1999).

Mais décrivons, plus précisément encore, les caractéristiques de notre lieu d'enquête. Comptant 383.722 habitants (Anonymes 1990)², la principale ville du sud du pays, Bobo-Dioulasso, abrite le centre

1 Le Burkina Faso comprend 11.300.000 habitants. Le revenu moyen par habitant est d'environ 240 \$, 61% de la population vit avec moins d'un dollar par jour. L'indicateur de pauvreté humaine (IPH) introduit par l'OMS sert à mesurer les différents aspects que peut prendre la pauvreté. Au Burkina, l'IPH dépasse 50%, ce qui signifie que la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté "consenti". Amat-Roze (2000:33) explique que: "(...) la pauvreté entraîne dans son sillage toutes les maladies associées à la misère: maladies liées à l'eau, au péril fécal, à l'absence d'hygiène, à la promiscuité, à l'ignorance. D'origines virales ou bactériennes, elles sont le plus souvent à transmission directe et rencontrent dans l'environnement socio-économique des conditions qui leur sont très favorables. Ces maladies sont l'expression du sous-développement".

2 Pour plus de détails au sujet de la ville de Bobo-Dioulasso et de ses structures sanitaires,(cf. Myriam Roger-Petitjean ,1999, Alice Desclaux, 2000).

Hospitalier National Souro Sanou (CHNSS), qui est le second hôpital national. Globalement, “45% de la population dépend de cet hôpital” (Tall & Nacro 1994).

Une étude (à paraître), faite dans le service de pédiatrie de cet hôpital en 1995, souligne que les IRA correspondent le plus fréquemment à quelques pathologies comme les broncopneumopathie virales et bactériologiques, les pneumonies lobaires aiguës, les staphylocoxies pulmonaires, et la tuberculose. En outre, les hospitalisations pour d'autres pathologies pédiatriques comptaient 20% de diagnostics “secondaires” qui concernaient des formes plus légères d'IRA, dues souvent et notamment chez les enfants de 0 à 3 ans, à des complications de la rougeole (Nacro, com. pers.).

Une enquête démographique et sanitaire (EDS) de l'UNICEF (Le Progrès des Nations 2000 : 17) a mis en évidence que les parents des enfants qui souffrent de pathologies respiratoires aiguës s'adressent très rarement aux structures sanitaires. Ces maladies respiratoires seraient occultées, peu reconnues, ou considérées comme peu graves. Divers travaux confirment ces données. Ainsi deux études, l'une menée en structure hospitalière (Tall, Nacro 1994), et l'autre dans un village bobo (Lang & Lafaix 1986),³ soulignent la difficulté des mères à reconnaître des IRA se présentant sous la forme d'une multiplicité de symptômes (toux, fièvre, vomissements, manque d'appétit). Ce phénomène de la maladie⁴ associé à des difficultés pécuniaires conduirait les mères à utiliser des remèdes “traditionnels”. C'est à mieux comprendre ces conduites que nous avons consacré notre étude⁵.

Elle a été menée en population Bobo⁶, groupe le plus anciennement établi dans cette zone (Guy Le Moal, 1980) et qui constitue 11% de la population de la ville de Bobo-Dioulasso. Elle se propose d'explorer les perceptions et les représentations relatives aux pathologies respiratoires infantiles, ainsi que les

3 Sur cette question, voir aussi, Sanou, Koueta et ali 1994 ; Sawadogo, Koueta et ali 1996; Koueta, Ouedraogo et ali 1996; Sawadogo, Sanou et ali 1997.

4 Nous renvoyons sur cette question à Yannick Jaffré (2000).

5 Une partie de l'enquête a été menée dans deux “quartiers-villages” bobo de la ville de Bobo-Dioulasso et dans 3 villages environnants, auprès de 28 personnes de tous statuts. La plupart étaient mères de famille. Nous avons aussi interrogé 8 guérisseurs (hommes et femmes). Une enquête a été également menée à la Division du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National Souro Sanou auprès de trente mères (tout groupe ethnique confondus) dont les enfants, (de 0 à 5 ans), étaient hospitalisés pour une pathologie respiratoire. Certains de ces entretiens supplémentaires ont été poursuivis à domicile. Les entretiens ont été fait en langue bobo, dioula et français, pour les premières à l'aide d'une interprète.

Je tiens à remercier, tout particulièrement, le docteur Boubacar Nacro, responsable du service de pédiatrie, qui m'a permis de mener librement mon enquête auprès des mères des enfants hospitalisés, et pour ses précieuses clarifications.

6 Les Bobo constituent une population d'agriculteurs d'environ 350.000 personnes. Leur majorité vit au Burkina Faso et petite minorité au sud du Mali. Il s'agit d'une société lignagère où les rôles socio-religieux sont repartis entre le *kirevo*, chef de village (autorité villageoise créée au temps de la colonisation), le *sogovo*, chef de la brousse, le *dovo* (responsable du culte du Do, entité religieuse de référence), le *yélévo* responsable de l'éducation de jeunes, des classes d'âges, des initiations et aussi des masques lors des sorties rituelles. La gestion des “affaires du village” est également assurée par un groupe de notables, charge à laquelle on accède par ancienneté. La religion animiste détient encore un poids très considérable parmi cette population, en milieu rural et même parmi les habitants de la ville.

différentes interprétations de leur transmission. Nous décrirons aussi les stratégies de prévention que les mères utilisent pour leurs enfants, et comment ces pratiques sont intégrées et influencées par les messages de “sensibilisation” et “d’éducation à la santé”. Enfin, nous nous interrogerons sur la façon dont cette “prévention moderne”, et notamment les vaccinations, s’insère dans la complexité des systèmes de pensées ruraux et “traditionnels”.

Les causes des IRA dans le discours commun

Très largement, en population bobo, on établit une relation étroite entre les différentes IRA et les conditions climatiques. Elles varieraient de la saison sèche fraîche et froide (de novembre à décembre) à la saison sèche et venteuse (de janvier à février) ; et de la saison sèche et chaude (de mars à mai) à la saison pluvieuse (de la mi-mai à mi-septembre).

Durant la saison sèche et venteuse, souffle l’harmattan,⁷. Ce vent de sable, à cause de la poussière qu’il soulève et transporte, est supposé propice à la transmission des maladies liées à la respiration. Globalement on pense qu’il favorise aussi la “transmission/contagion” des maladies comme la méningite ou la rougeole (*màfúgápùrùru*), ou encore qu’il provoque des irritations de l’œil.

On distingue dans cette saison sèche, celle qui est fraîche (*lia*) et celle qui est chaude (*símínà*). La première période serait porteuse de pathologies respiratoires liées au refroidissement du corps exposé à l’amplitude de l’écart thermique entre le soir et le matin. On dit que c’est la période des “maladies du froid”. Si l’on ne se couvre pas, on peut attraper la toux sèche ou la pneumonie : “l’air froid rentre et fait gonfler les poumons”. Durant la seconde période, sèche et chaude, le danger d’attraper un rhume ou une toux proviendrait d’une transpiration nocturne à cause des variations de température entre l’intérieur et l’extérieur des habitations. Lors des entrées et des sorties, le corps subirait un refroidissement dû à la transpiration qui sèche sur le corps et qui crée une couche d’humidité. En outre, les mères se plaignent du fait que les enfants se découvrent pendant le sommeil ou qu’ils ne soient pas suffisamment couverts lorsqu’ils dorment dehors. Par ailleurs, elles pensent que la transpiration “non lavée” ou qui reste trop longtemps sur la peau ou sur les vêtements de l’enfant produit une sorte de pellicule qui bouche les pores de la peau et empêche, par la même, à une autre transpiration de sortir. Cette dernière serait à la base du refroidissement : Elle colle au corps, le refroidit et crée ainsi une sorte de “membrane” cutanée qui est pathogène. C’est pourquoi les mères lavent plusieurs fois leurs enfants durant la journée, pour empêcher que la transpiration sèche et reste sur la peau.

Mais la saison des pluies n’est pas plus clémente. En effet, on dit que l’organisme est aussi affecté par le refroidissement du climat et par l’humidité : “on dirait que tu es dans les conditions pour prendre la maladie qui est déjà dans ton corps. Le fait que la fraîcheur arrive ne fait que la déclencher”.

7 L’harmattan est appelé *wogoyaga* en bobo, terme qui est employé aussi dans la langue courante pour décrire un état climatique connoté par un mauvais temps. On emploie aussi le terme *panga yaga* (*panga*:vent; *yaga*: mauvais, litt. “le mauvais vent”) pour souligner le caractère négatif de ce type de vent porteur de maladies.

8 La notion de “fraîcheur” est très utilisée par les gens lorsqu’on parle d’affections respiratoires ou de pathologies fiévreuses. Elle est aussi considérée comme l’une des étiologies locales possibles à la

L'humidité que le corps accumule est nommée *kon ti*, (*kon* : fraîcheur/humidité ; *ti* être là, exister ; lit. "la fraîcheur est là/existe"). Durant cette période, cette humidité ne réussit pas à être éliminée ou absorbée "à la longue, l'humidité enrhumé", affirment les gens. Mais il s'agit aussi d'une constatation. En effet, durant le mois d'août - que l'on désigne d'ailleurs par le terme *bii* le mois des pluies⁹ - il y a peu de soleil, et il est fréquent que les enfants s'enrhument et toussent. Les vêtements mouillés sèchent à même la peau et ceux qui jouent et ne se protègent pas sont les plus touchés. Ainsi la vie quotidienne est souvent bien éloignée des messages sanitaires qui recommandent de protéger les enfants des pathologies respiratoires en les préservant de l'eau, du vent et du froid et en leur mettant des habits, des caleçons, des chaussettes, des bonnets ou des chapeaux¹⁰....

Mais d'autres causes sont aussi imputées. Ainsi, différents aliments sont considérés comme étant à la base de certaines toux, angines, maux de gorge (*kalamala*)¹¹ ou rhumes. En général on évoque les céréales "nouvelles" et les aliments non mûrs. "Une partie de l'aliment se colle à la gorge et provoque la toux", disent alors les mères. On incrimine particulièrement les mangues ou les arachides fraîches que les enfants mangent avec gourmandise. Il s'agit, toutefois, de types de toux temporaires.

Le mil à peine récolté génèrerait aussi la toux, le rhume ou la diarrhée, soit à cause de la poussière qui se répand dans l'air lorsque la plante est vannée pour séparer les graines des épis, soit parce qu'il s'agit d'un aliment considéré comme récemment cultivé dans l'agriculture régionale. Cette dernière interprétation peut aussi concerner le maïs, les haricots et le fonio. Ainsi l'explique un guérisseur : "c'est un type de récolte nouvelle, l'organisme se rebelle. Le corps humain n'est pas préparé pour ces aliments, l'organisme nous dit qu'il y a quelque chose de nouveau et il réagit"¹².

base d'une crise paludéenne. Le dictionnaire bobo- français traduit le mot paludisme ainsi que fraîcheur par le même mot: *kon*.

Roger-Petitjean M., dans son étude (1992, 31:55) relative à certaines pathologies infantiles au Mali (qui comprend aussi des notions locales qui s'attachent au paludisme), mentionne les éléments climatiques et notamment la fraîcheur humide de l'hivernage, les soudaines altérations de température, ou le passage du chaud au frais, comme fait constant, indiqué par les mères, à la base du déclenchement de certains états morbides en latence, ou comme facteurs de maladie.

- 9 Le terme *biiin* est employé aussi pour désigner l'état non mûr, non cuit, ou frais, d'une substance, d'un aliment, d'une boisson ou aussi d'une plante, cf. aussi Le Bris, Prost 1981:129.
- 10 Soulignons que la protection des enfants petits de l'eau, était cependant une pratique largement diffusée dans les villages. Il y a quelques décennies, il existait un équipement qui protégeait l'enfant en cas de pluie : "En cas de pluie il y a tout un harnachement qui recouvre l'enfant. Une hotte, en peau graissée au karité mêlée de terre de ferrugineux [appelé]" *kaba*", couvre et retient l'enfant à cheval sur le dos de sa mère, une sorte de chapeau pointu en fibres de rônier graissées et enduites de terre de ferrugineux recouvre sa tête; des lacets de cuir fixent ce chapeau au corps de la mère (Montjoye, 1952:27).
- 11 Autrefois, dans les villages, pour soigner le mal de gorge quand il est persistant, on utilisait des amulettes en peau en guise de protection.
- 12 Entre novembre et décembre, lorsque les récoltes sont terminées et avant de consommer le nouveau mil, une cérémonie d'offrandes de prémices aux ancêtres, appelée *fogoziokie*, se déroule pendant la nuit dans tous les villages et quartiers-villages bobo. Autrefois il était interdit de consommer le "nouveau mil" avant cette cérémonie, mais maintenant il arrive que les familles qui ont déjà épuisé

Les noms donnés aux rhumes et aux IRA

Les affections respiratoires, interprétées comme étant des maladies naturelles, sont souvent nommées à partir de termes biomédicaux : rhume, toux normale ou toux “compliquée”.

En langue bobo, un autre terme, *sun*, désigne la toux et le rhume. Les personnes âgées affirment que les origines de cette pathologie sont peu connues. On pense que c’est surtout la poussière qui la provoque, même s’il y a des enfants qui naissent déjà enrhumés. Dans ce cas, on pense que la maladie a été transmise pendant la grossesse si la mère en souffrait durant cette période.

Le plus fréquemment, les mères distinguent plusieurs types de toux en utilisant une nosographie populaire aux contours flous même si, certaines d’entre elles, peuvent fournir des détails supplémentaires selon les signes et les symptômes qui se présentent. La diffusion souvent confuse des messages biomédicaux dans la population induit aussi un certain arbitraire sémantique dans les terminologies utilisées et pousse les gens à exprimer une symptomatologie en supposant une correspondance univoque entre leurs catégories et celles de la médecine moderne.

Le rhume et les toux

Selon nos interlocuteurs, le rhume se localise dans la partie haute du visage et touche le nez, les oreilles, les yeux et la tête (*won* : tête, y compris le cerveau). L’origine du cathare serait dans la tête et s’étendrait ensuite dans tout le corps, descendant jusqu’à la poitrine. On distingue deux types de rhumes : *bin zio* (*bin* : nez & *zio* : eau ; lit. : “eau du nez”) ou, plus généralement, *duma*¹³ : la saleté. Quand le rhume se manifeste, les mucosités transparentes et peu visqueuses sont considérées “comme de l’eau du corps” qui coule. Si l’affection persiste, et qu’elles deviennent jaunâtres ou vertes, c’est souvent à ce stade que les mères commencent à s’en préoccuper, même si rien n’est réellement fait pour tenter d’enrayer la maladie.

leurs stocks y font recours également, tout en faisant, préalablement, un petit rituel offertoire à l’échelle du lignage.

- 13 Outre à traduire saleté, le terme *duma* exprime aussi une idée de maladie, d’irrégularité, quelque chose qu’on ne doit pas accepter parce que c’est contraire à l’équilibre. Le contraire de *duma* est *kini*, qui veut dire propre, recommandable. La notion de “saleté”, est très utilisée par les Bobo. Certains comparent les microbes à la saleté, en affirmant qu’elle serait :” Comme quelque chose qui se promène dans le corps. Il faut faire sortir les saletés, ce n’est pas seulement ce qui est visible qui est mauvais et qui peut rendre malade. Les microbes sont comme les saletés, quelque chose qu’on ne voit pas et qui a un certain moment rend la personne malade”. La saleté recouvre aussi une signification très ample dans le domaine magico-religieux et éthique. Par exemple, le fait de faire une promesse à un “fétiche” et de ne pas la respecter est considéré une saleté. Il s’agit également de saleté lorsqu’on se présente devant un “fétiche” pour une consultation, sans avoir rempli tous les conditions physiques et mentales que celui-ci demande. Ainsi de quelqu’un qui a volé en brousse, on dit qu’il est *duma*, sale. La notion de souillure/contamination dans la sphère profane et dans celle du religieux a été amplement traitée par M. Douglas, 1981.

Il arrive fréquemment que cette affection s'accompagne de toux. On dit alors que les saletés descendent et se décomposent : “*duma ma yaga tangan bè wora*” (*duma* : la saleté ; *ma yaga* : mauvaise ; *tangan* : est assise ; *bè wora* : sur ton cœur ; lit. “les saletés sont assises sur ton cœur”) . “Maintenant que les saletés sont assises sur ton cœur, tu as la toux”, dit-on.

Les mères distinguent les toux en deux grands ensembles qu'elles appellent la “toux normale”, *wogo sun* (*wogo* : tousser; *sun* : rhume/toux) qui dure quelques jours, et la “toux “compliquée” (*sun ba*; *sun* : toux, *ba* : difficile/dur, litt : “toux difficile/compliquée”). Elles tiennent compte de deux caractéristiques essentielles pour diagnostiquer une “toux compliquée” : la durée hors norme - supérieure à dix jours - et le fait qu'une fois que la toux semble guérie à l'aide des médicaments, elle se représente seule ou souvent accompagnée par d'autres signes. En fait, la complexité des affections respiratoires rend assez difficile la reconnaissance de leur gravité et des différents stades de la maladie. Mais, pour préciser notre propos, voici quelques exemples de nomination de “toux compliquées”.

Pour certaines d'entre elles, l'appellation traditionnelle coïncide en grande partie avec la catégorisation biomédicale. Il s'agit, par exemple, de la coqueluche ou de la “toux de trois mois”, *kulukulu* en bobo. Elle touche les enfants et si ces derniers ne sont pas soignés rapidement ils peuvent en mourir : “ça commence avec la toux normale, ensuite l'enfant a le corps chaud¹⁴, et parfois pendant la crise [convulsive] il tourne les yeux”. Cette connaissance se manifeste surtout parmi les mères qui ont plusieurs enfants et qui, de plus, ont parfois recouru aux services de l'hôpital ou du dispensaire. Cette expérience leur permet de formuler un diagnostic correct lors d'un autre épisode pathologique pour un autre enfant.

Sunfuru (*sun* : toux, rhume & *furu* : blanc ; lit. “toux blanche”) décrit la tuberculose qui est considérée comme étant une “maladie de famille”¹⁵. Elle est appelée toux blanche non pas pour la couleur du crachat mais pour le teint pâle qu'ont ceux qui en sont affectés.¹⁶ *Sunfuru* commence comme une toux normale mais incurable. Le cathare est considéré contagieux et les enfants et les adultes qui en souffrent sont alimentés séparément du reste de la famille. Leurs habits et les ustensiles de leur repas sont lavés à part¹⁷.

Les mères parlent aussi de “toux compliquée”, de “mauvaise toux” *sun yo'* (*sun* : toux ; *yo* : mauvaise; lit. “mauvaise toux”) ou de “maladie de la poitrine” *dun ba* (*dun* : poitrine ; *ba* : mal), ou de “maladie du froid”, *laganduru lu* (*laganduru* : maladie; *lu* : froid) en se référant à chaque fois à un type de toux persistante, très débilitante, qui tend à s'aggraver au point que l'enfant ou l'adulte qui en est touché ne réussit même plus à tousser. *Niunu bana fa* (*niunu* : respirer; *bana* : fatigue; *fa* : chose; lit. “la chose qui fait respirer avec fatigue”) selon certains désignerait fréquemment de l'asthme. Cette affection est considérée par certains comme une maladie contagieuse alors que pour d'autres, elle est simplement

14 La notion émique de “corps chaud” à été développée à propos du paludisme par D. Bonnet (1990, 241-258). “Corps chaud en bobo: ”*kon toga*” (*kon*: corps; *toga* : feu ; litt. “feu du corps, fièvre”).

15 Par “maladie de famille” on désigne des maladies qui sont présentes au sein du lignage, même si tous les membres n'en sont pas forcément touchés. C'est le cas aussi de la drépanocytose très fréquente dans la zone d'enquête.

16 M. Dacher (1992: 114) donne la même information au sujet de la tuberculose dans la société Gouin.

17 Soulignons qu'il faut considérer spécifiquement la tuberculose. En effet, bien que sa couverture vaccinale atteignait 63,34¹⁷ en 1999, son lien avec la pandémie du VIH¹⁷ fait qu'elle représente actuellement une des causes principales d'hospitalisation pédiatrique.

provoquée par le froid et l'humidité. Par la locution *yanoon ba*, "maladie du flanc" (*yanoon* : flanc ; *ba* : mal; lit. "maladie du flanc") certaines mères nomment la pneumonie¹⁸. *Yanoon ba* est aussi considérée une maladie non contagieuse, provoquée par le froid. Anatomiquement elle correspondrait à une maladie du "foie"¹⁹.

Le *kpégélège*

Le *kpégélège* est une maladie naturelle jugée très difficile à soigner. Cette affection, dont les personnes interrogées ne connaissent pas l'origine, fait partie des "entités nosologiques populaires internes" bobo²⁰, et ne trouve pas de correspondance dans le domaine biomédical. De fait, lorsque l'enfant en est atteint, les mères n'ont pas recours à l'hôpital, et se tournent vers les guérisseurs bobo. Selon elles, il s'agit d'une maladie de la poitrine qui provoque de la toux et de la fièvre et qui touche uniquement les enfants âgés de quelques mois à 3 ou 4 ans. L'enfant a d'énormes difficultés à respirer, il a de la fièvre, il a froid et pleure continûment. Il refuse de téter ou de manger et il devient "grognon". On dit alors que le *kpégélège* empêche la respiration des bébés au niveau de la poitrine²¹.

Les guérisseurs bobo ou les femmes âgées qui connaissent cette pathologie palpent la poitrine de l'enfant pour savoir s'il s'agit ou non de *kpégélège*. Si le diagnostic est positif, on fait une série de petites scarifications, généralement au nombre de seize, sur la poitrine et sur le dos à la hauteur des omoplates. Certains guérisseurs insèrent aussi des "poudres noires"²¹ à l'intérieur des scarifications. Ensuite, on lave l'enfant à l'eau froide pour arrêter le saignement et on le frictionne avec du beurre de karité. Les mères affirment que ces incisions permettent au corps de "mieux respirer". Parallèlement à cette intervention, on donne à l'enfant une tisane avec laquelle on le lave pendant plusieurs jours. Soulignons que les entretiens faits à l'hôpital ont montré que tous les enfants qui avaient été soignés pour cette maladie du *kpégélège*, ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pneumonie.

Reste enfin un vaste ensemble de toux liées à la saison des récoltes. Elles sont qualifiées par leur origine : *tugu sun*²², toux de mil ; *sun fen*²³ toux de fonio ; *demen sun*²⁴, toux de haricot ; *bàmakâ sun*²⁵, toux de maïs...

18 A propos de la pneumonie, j'ai retrouvé la même expression, "maladie du flanc", dans l'enquête menée en pays bobo par le R.P. de Montjoye (cf, 1952: 9).

19 Selon l'anatomie bobo, sous le terme "foie" sont indiqués un ensemble d'organes internes, considérés "plats", et "collés" aux côtes comme les poumons. Au centre de ces organes résiderait le cœur, qui est décrit comme une gourde, donc "rond". Le cœur régulerait toute la circulation sanguine dans le corps. *Wora tutulu* (*wora*: foie, poumons, cœur ; *tutulu*: gourde,) exprime à la fois un complexe anatomique de type respiratoire et digestif, mais aussi l'organe anatomique lui-même, le myocarde. Au sujet des perceptions populaires relatives à l'anatomie, cf. Durif-Bruckert:1994.

20 Au sujet des entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, cf. Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, 2000.

21 Il s'agit de racines, brûlées et réduites en poudre.

22 *Dugo*:petit mil.

23 *Fen*: fonio (*Digitaria exilis*).

24 *Demen*: haricot locale (*Vigna unguiculata*).

Ethnophysiopathologie bobo de la formation du rhume et des toux.

La poussière que l'on inspire est censée atteindre la tête par les narines. Les personnes interrogées pensent que la substance visqueuse qui constitue la morve se forme dans la tête par une interaction entre la poussière et le "cerveau"²⁵.

Première étape, le nez joue donc un rôle dans la répartition de l'air respiré. Sa base est censée communiquer avec la gorge et la nuque. Derrière la nuque, où se trouveraient aussi les terminaisons des yeux, il y aurait une sorte de tube qui communique avec le cerveau. En ce même lieu anatomique, il y aurait aussi une sorte de "poubelle" où se déposeraient la poussière et les saletés. Quand on dort, les yeux se retournent libérant l'ouverture de ces tubes. La saleté y entre et peut communiquer avec le cerveau, ou rester derrière les yeux et dans la nuque. Quand la saleté ne réussit pas à sortir, on suppose qu'elle couvre la vue et peut entraîner la cécité. Quand les enfants ne réussissent pas à ouvrir les yeux, ils sont lavés avec de l'eau et on leur applique un traitement.

C'est cette poussière qui monte à la tête à travers les narines et qui, au contact avec le cerveau, forme les mucosités. Voilà pourquoi les sécrétions nasales sont perçues comme *duma*, littéralement une "saleté" expulsée par les narines.

Dans les représentations populaires, le cerveau est donc assimilé à un filtre, épurant l'air et faisant converger la saleté présente dans la poussière vers un réceptacle, sorte de poubelle, située au niveau du cervelet. On pense qu'un semblable espace se trouve aussi entre les oreilles et le cerveau et que, toujours à travers les narines, s'y dépose la saleté qui avec le temps se décompose et "pourrit". Et c'est ainsi qu'arrivent les maux de tête, *η wòn tulu ba* (*wòn* : tête ; *tùlù* : gourde ; *ba* : mal), la fièvre et l'occlusion du nez. A ce stade de la maladie, des inhalations ou le fait d'aspirer du tabac, peuvent arrêter le processus de décomposition. On dit alors que "la médecine a fait pourrir définitivement les saletés qui ressortent". On dit aussi que "*le médicament attrape la nuque par derrière*" et que cela provoque les éternuements.

La saleté inspirée et sa décomposition agissent de la même manière pour ce qui concerne les yeux et les oreilles. Et c'est pourquoi, durant la saison sèche, lorsque l'harmattan souffle, on voit souvent des gens qui protègent leurs oreilles avec du coton. En outre, un surplus de vent reste dans le corps et en sort par les éternuements "au moment où la maladie explose". "Quand tu éternues, tu sens qu'il y a du vent qui sort, quand tu te mouches tu sens qu'il y a du *duma* ou du *bin zio* qui sort, c'est la saleté qui s'en va".

Autre ouverture, la bouche ne communique pas avec le cerveau car elle est au service du ventre. Il peut cependant y entrer une poussière chargée de saletés. Mais, ne pouvant monter à la tête, elle descend sur la

25 En ville, les gens commencent à mentionner aussi la "toux de cigarette", ou la toux due à la pollution provoquée par les mobilettes et les voitures. On parle aussi de "toux de cola" (*wolo:cola*; *sun:toux*) et de "toux de chien", dans ce deuxième cas pour décrire une toux ancienne, rare et inguérissable, qui provoque des diarrhées sanglantes permanentes.

26 Dans les entretiens qui ont lieu en langue française, les gens emploient le terme cerveau pour se référer soit au crâne soit au cerveau. En langue bobo, la distinction est, par contre, très nette. On appelle la tête, au sens de crâne *won tulu* (*won*: crâne; *tulu*: gourde) et le cerveau *won loro won*: tête; *loro*: dans; litt: "dans la tête").

poitrine : “Si dans l’air il y a trop de poussière, ça descend pour se poser sur les poumons et les abîmer et aussi les contaminer”. On prescrit alors un régime alimentaire particulier où tout ce qui a de la mousse est adéquat (bière, boissons pétillantes, etc.).

Enfin, l’air rentrerait aussi dans le corps par les espaces intercostaux où il y aurait des “filtres” ou des “trous” qui communiqueraient avec l’extérieur. Si l’air froid y pénètre, il fait gonfler les poumons, le sang ne circule plus, et les poumons n’ayant plus d’espace ne réussissent plus à fonctionner.

La transmission des IRA

La transmission d’une maladie est le plus fréquemment exprimée en langue bobo par le terme *kpìrèbè*, signifiant “passer d’un côté à l’autre”. On peut aussi dire : *laganduru kpire* (*laganduru* : *laga* signifie équilibre physique ou santé et *duru* signifie absence, manque, pauvreté). Enfin on emploie aussi l’expression : *wi kpire* : passer, (lit. “la maladie est passée du malade au sain”). Le concept de transmission rassemble donc deux idées, celle d’une transmission et celle d’un passage de l’équilibre à l’instabilité.

Cette idée de la contamination est strictement liée aux notions d’hygiène et de propreté du corps interne et externe. Soulignons que ce sens recoupe aussi la notion d’hygiène “importée”. En effet, on pense que certaines maladies s’attrapent par manque d’hygiène. On évoque toujours le rhume, la toux, la méningite, la rougeole comme étant des maladies pour lesquelles les “microbes” seraient transportés par le vent et la poussière chargés de saletés.

Cette notion de saleté, qui, comme nous l’avons déjà souligné, est importante en pays bobo, est différenciée en deux grands ensembles. L’un correspond à la poussière et autres scories qui se posent sur le corps et le pénètre. Résultant de ce processus, la transpiration (*fogoro* : sueur/transpiration; de *fogo* : poudre) est considérée comme de la saleté que le corps expulse. Et c’est pourquoi laver l’enfant chaque jour est important. Il s’agit ainsi d’éliminer les saletés qui obstruent les pores, et empêchent la peau de “respirer” normalement. Bref, “dans la poussière on trouve de tout, et quand la maladie attaque quelqu’un, elle se transmet ensuite aux autres. Et par exemple, si les gens crachent par terre, le vent transporte cette saleté sèche dans l’air et elle contamine les autres facilement”.

L’autre ensemble correspond à plusieurs facteurs mais surtout à la nourriture. On considère, en effet, que chaque aliment est porteur d’une petite quantité de “venin”, et donc, que certains régimes alimentaires favorisent la formation et l’accumulation de la saleté dans l’organisme humain.

Les types de contamination évoqués à propos des IRA.

Les différents types de contamination sont nombreux et nous nous bornerons ici à les citer et à les qualifier très brièvement. La maladie peut se transmettre par contact, et, par exemple, il suffit de donner la main à une personne après s'être mouché le nez pour éventuellement la contaminer. C'est notamment le cas durant l'allaitement, si la mère se mouche le nez avec les mains et ensuite donne le sein à l'enfant, ce dernier peut tomber malade²⁷. Réciproquement, elle peut se contaminer puisque les mères bobo ont l'habitude d'aspirer la mucosité du nouveau-né avec la bouche pour lui libérer le nez et l'aider à mieux respirer lorsqu'il est enrhumé. L'air aussi, lorsqu'on partage le même espace avec quelqu'un qui éternue ou tousse, peut devenir dangereux. Ce mode de contagion est le plus évoqué, puisque l'air et la poussière, transportés par le vent sont décrits comme étant hautement pathogènes. Outre les IRA, le vent est aussi supposé à l'origine des pathologies de l'œil et de l'ouïe. L'air et la poussière transportés par le vent sont donc globalement perçus comme une substance pathogène très contagieuse. Un autre discours, bien que moins fréquent, est relatif à la pollution atmosphérique et à celle des eaux. On impute les maladies dans le premier cas à l'utilisation massive d'engrais pour les cultures, *nasara kuru*, le fumier des Blancs et, dans le second aux déchets des usines qui polluent les eaux du fleuve qui traverse la ville de Bobo, et les rivières de certains villages proches de la ville.²⁸ Cette transmission est souvent attribuée à un changement dans les conduites. On dit ainsi que "le rhume existait depuis toujours, mais qu'il n'avait pas les effets inquiétants d'aujourd'hui". Et encore : "*les gens se mouchent et crachent n'importe où, et c'est avec la poussière que les maladies viennent*".

Les aliments, lorsqu'on partage un repas ou qu'on termine celui d'un malade sont aussi des vecteurs de contamination. A ce propos, les mères parlent de la contagion par les mangues que les enfants souvent se partagent. Il en va de même des ustensiles de cuisine si, par exemple, on fait circuler un même gobelet.

Il en va de même des habits et des pagnes dans lesquels sont enveloppés les enfants : "la transpiration qui empreigne les habits peut véhiculer certaines maladies comme la rougeole. Quand un enfant est enveloppé dans un pagne contaminé, il peut l'attraper"²⁹.

Tous s'accordent sur une même interprétation, lorsque la maladie est "installée dans le corps", la personne atteinte devient elle-même un vecteur : "*Quand ça attrape une seule personne après c'est tout le monde*".

27 Au sujet de la transmission mère-enfant, cf. Alfieri et Taverne, 2000:219-237.

28 Dans le cas de la pollution des eaux, les gens racontent qu'à certains endroits de la ville, l'eau, qui est recueillie par les femmes, est de couleur rougeâtre et, avant de l'utiliser pour la cuisine, la boisson et le bain, il faut attendre qu'elle décante au fond du canaris. Un autre aspect de la pollution, assez récent, est lié à la mort par empoisonnement des silures, poissons sacrés pour les bobo, qui étaient présents en ville à certains endroits du fleuve et dont la disparition entraîne aussi la déstabilisation de certaines pratiques religieuses intrinsèques à la culture bobo.

29 A propos de la rougeole, cf. les études de Jaffré 1991, Fassin 1994, Nichter 1995.

Les recours thérapeutiques

A ses débuts, le rhume ne préoccupe pas les mères puisque la morve (*bin zio*) n'est, après tout, que "l'eau du nez". C'est seulement quand ce liquide change de consistance et de couleur, qu'il devient jaune, a une mauvaise odeur et qu'apparaissent d'autres symptômes - pleurs, fièvre et toux persistante - que les mères commencent à s'inquiéter. "*Tant que l'enfant ne fait pas de fièvre, on se dit que ça peut passer. Dès que la fièvre arrive, on s'inquiète*"³⁰.

Le diagnostic est le plus souvent effectué par les femmes et les grand-mères en fonction de la gravité de la toux, de la manière de tousser et selon le mouvement de la respiration. Parfois elles réussissent à déceler s'il s'agit de toux sèche, de toux normale ou de toux grave ou "compliquée".

Mais, le plus souvent, ce n'est qu'après avoir appliqué les traitements traditionnels, sans obtenir de résultats satisfaisants, que les familles ont recours à l'hôpital. En effet, "*pour qu'il y ait maladie, il faut qu'il y ait durée du symptôme*" (Bonnet 1988 : 77). La seconde étape de soins est fréquemment le dispensaire qui orientera vers l'hôpital si la situation est critique. De fait, une enquête, faite en 1998 auprès de la Division Pédiatrique de l'hôpital de Bobo-Dioulasso, souligne que, dans la majorité des cas, les enfants arrivent à l'hôpital dans des conditions dramatiques. Les IRA se sont aggravées à cause d'un manque de soins qu'on peut notamment attribuer à un système de santé organisé par « palliers successifs » - ce qui augmente le temps d'accès au bon diagnostic et donc au bon traitement - et non pas spécifiquement à la réaction tardive des mères comme le personnel soignant a trop tendance à le dire d'une manière exclusive. Ceci explique, malheureusement, le pourcentage élevé des décès suite à l'hospitalisation. Certes, il ressort de ces entretiens que les enfants atteints de pathologies respiratoires souffrent aussi de *kolon* (candidoses buccales) et de *kòtigè*³¹ (fissures anales), affections qui focalisent l'attention des mères et ne les conduisent pas à se rendre directement au dispensaire. Dans ce cas, les mères massent l'anus de l'enfant avec du beurre de karité ou d'autres produits pharmaceutiques comme le Mentolatum® ou le Végébaum®, pour soigner les pathologies anales que cette affection provoque, mais aussi dans l'espoir d'accélérer la guérison de la toux ³².

30 En 1995, à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, la fièvre constituait 60% des consultations pédiatriques (com. pers. dr. Nacro)

31 Ces deux entités nosologiques populaires exprimées par les mères en langue dioula, ont fait aussi l'objet d'étude, dans la ville de Bobo-Dioulasso, par Roger-Petitjean M., 1999:220-221 et Desclaux A., 2000:85. Comme il est souligné dans les travaux ci-dessus, le *kòtigè* ne serait pas seulement un effet de la toux, mais il serait dû aussi au fait de rester assis à des endroits sales ou humides, ou de garder les mêmes caleçons, parfois mouillés d'urine pendant longtemps, en créant ainsi une irritation de la zone anale. Une alimentation trop riche en sucre est aussi considérée comme étant à la base de cette affection

32 Les mères soutiennent que si l'enfant tousse cela concerne aussi l'anus. A ce propos, voilà ce que dit un guérisseur bobo renommé: "Quand les adultes toussent, l'anus est ouvert et ses muscles détendus, lorsqu'ils se raffermissent la toux s'en va. Quand on tousse, c'est tout le corps qui tousse et l'anus est le lieu où démarre la santé de tout le corps. La toux peut amener le *kòtigè*, car c'est tout le corps qui est secoué".

Il ne s'agit donc pas d'analyser ces conduites en fonction de ce qui relèverait uniquement de "résistances culturelles". Les gens savent que la médecine moderne soigne les pathologies respiratoires graves, mais que l'accès au traitement dépend aussi des possibilités économiques³³ et sociales. A cela il faut encore ajouter une mauvaise qualité des rapports entre les familles et le personnel médical et paramédical. De nos entretiens, il ressort que les mères et les familles qui réussissent à arriver à l'hôpital y sont souvent mal reçues. On les accuse notamment d'avoir amené l'enfant trop tard. D'autres se plaignent qu'après quelques jours d'hospitalisation et plusieurs examens et soins, on ne leur ait communiqué ni le diagnostic ni la thérapie entreprise. Lorsque les familles ne parlent ni français, ni dioula³⁴, elles disent être l'objet de discriminations dans les soins et les traitements et être aussi victimes d'actes d'escroqueries de la part du personnel.³⁵ Tout ceci démontre la difficulté de l'utilisation des recours disponibles et la nécessité d'une analyse de ses dysfonctionnements.

Imbrications, liens et conflits, entre les systèmes populaires et médicaux de traitements et de préventions des IRA

Pour soigner les affections respiratoires et les pathologies infantiles, les mères ont recours à diverses thérapies. Il peut s'agir de connaissances enseignées dans la famille, de soins conseillés par le voisinage, de savoirs plus spécialisés de guérisseurs ou d'autres "spécialistes" des maladies infantiles et, actuellement, d'informations reçues au dispensaire ou à la SMI (Santé Maternelle et Infantile).

En ville, pour accéder aux soins médicaux, les mères cherchent, souvent par le réseau familial, une personne travaillant dans une structure médicale pour avoir un conseil ou une aide, soit pour franchir plus vite les « palliers » du système soit à des fins économiques. En effet, le prix des médicaments pratiqué par le dispensaire ou la pharmacie rend leur achat très souvent impossible. C'est pourquoi on s'adresse facilement à une "médecine" locale distribuée par des herboristes ou des marchands ambulants qui, le plus souvent, ne possèdent aucune connaissance sur les produits qu'ils offrent. Au Burkina comme à Bamako *"il ne s'agit aucunement de spécialisation ou de "filières locales de formation", et, s'il y a naissance d'une nouvelle profession urbaine du "secteur informel", elle concerne plutôt l'acquisition d'aptitudes commerciales - connaître notamment les réseaux pour se procurer les produits - que la maîtrise et la volonté de progresser dans les domaines du diagnostic et de la thérapeutique"* Jaffré (1999

33 Une étude menée en 1992 à l'hôpital de Bobo-Dioulasso(cf. Tall, Nacro, 1992) informe qu'un stock réduit de médicaments indispensables et essentiels sont vendus à l'unité par la pharmacie de l'hôpital, et à des prix nettement inférieurs aux pharmacies privées, mais aussi que, dans le cas de patients indigents, leur prise en charge au niveau des médicaments est gratuite.

34 Le dioula est une langue véhiculaire d'origine mandingue qui compte de nombreux locuteurs dans la région.

35 En ce qui est de l'interaction entre patients et personnel de santé, cf. Y. Jaffré 1994, 30-39; Y. Jaffré et A. Prual 1994, 165-181; Y. Jaffré 1999,55-66; A. Desclaux 2000,119-130; Y. Diallo 2000, 75-82; F. Ouattara 2000, 111-124.

: 65). Ce réseau informel donne l'illusion de prix plus abordables parce qu'il est possible d'acheter des produits à l'unité. Mais ceux-ci sont d'origines diverses, souvent du Nigéria, et douteuses³⁶. Ce sont souvent des contrefaçons de produits conventionnels, dont le contenu est inconnu (Chillio 1996). En outre, un réseau de vente "à domicile" - oscillant entre le semi-traditionnel et le semi-biomédical - se développe. Toujours dans ce secteur "néo traditionnel", dans certains quartiers urbains, on rencontre des personnes - infirmiers à la retraite ou religieux africains - qui proposent leurs traitements et préparent leurs propres médicaments pour "soigner" la toux et le rhume mais aussi d'autres pathologies. Il s'agit, le plus souvent, de flacons de sirops à base de plantes ou de graines végétales mélangées au beurre de karité qui, selon les mères, sont efficaces s'ils sont pris dès les premiers symptômes.

Parmi ces produits, une place particulière doit être faite à ce que l'on désigne du nom de Mentolatum® et qui regroupe un produit mais aussi un ensemble de baumes que les mères utilisent dans le traitement des IRA. Il s'agit de produits à base de méthylacrylique, camphre, menthe et eucalyptus qui sont utilisés à la fois par voie orale ou par friction sur la peau pour calmer et soigner les "maladies de refroidissement". Même si les indications portées sur les notices spécifient qu'il s'agit de produits uniquement à usage externe, les habitudes courantes dans l'utilisation et le faible pourcentage de gens alphabétisés font que ces indications ne sont pas toujours prises en compte. Qui plus est, dans le cas du Robb® de production nigériane ou du Menthol Balm® de production chinoise les instructions sont en langues étrangères. On pense que ces produits sont efficaces à cause de leurs caractéristiques "piquantes" : leur action créerait une forte transpiration qui libérerait le corps de ses impuretés.³⁷ On distingue encore le mentolatum blanc et le rouge. Ce dernier étant considéré plus puissant, il est utilisé dans les cas les plus graves. Il existe aussi un mentolatum, très "piquant" vendu par les femmes yoruba sous forme de "petites boules jaunes" au prix de 25,50 FCFA.

Les mères affirment prendre beaucoup de précautions dans l'utilisation de ces baumes, et surtout durant la saison sèche. L'enfant enrhumé est lavé et massé avec le baume, on lui enduit abondamment la poitrine, ensuite il faut bien le couvrir et le protéger du vent et de la poussière qui, sans cette protection, lui collerait au corps et le contaminerait.

36 Dans le bulletin de février 2001, l'OMS souligne comment la contrefaçon de médicaments expose les populations des pays pauvres, et surtout les enfants, à des handicaps permanents ou à des risques mortels : par exemple, le cas de l'éthylène glycols, produit antigel, qui est encore aujourd'hui utilisé par des laboratoires pharmaceutiques clandestins pour la composition de sirops pour la toux. L'utilisation de cette substance provoqua la mort de 236 enfants en 1990 au Bangladesh, d'environ 100 enfants en 1991 au Nigeria. Les "rescapés" eurent des affections permanentes aux reins.

37 La présence dans ces produits du méthylsalicylate, antiphlogistique et analgésique pour une utilisation topique est évidemment fortement toxique et peut provoquer, même en petites quantités, des nausées, des vomissements, des œdèmes pulmonaires, des convulsions jusqu'à la mort. Le camphre, qui est conseillé seulement pour un usage externe, peut provoquer des troubles gastriques (cf. Casiglia et Gava, 1998: 275).

Avec le mentolatum on masse la poitrine, et on en applique sur les lèvres, dans les narines et aussi sur l'anus et ceci même s'il est simplement enrhumé afin d'éviter l'affection nommée *kòtigè*³⁸. Pour la toux, on boit du mentolatum dilué dans de l'eau chaude, mais généralement on ne la donne pas aux enfants de moins de 4 ou 5 ans. On utilise aussi des infusions à inhaler.

Ces différents types de mentolatum constituent la variante urbaine du beurre de karité qui reste cependant très utilisé. C'est précisément dans ces modalités d'utilisation traditionnel du beurre de karité que le mentolatum a pris place : pratique "d'indigénisation" des produits pharmaceutiques largement répandue en Afrique Occidentale où les populations utilisent les baumes de la même manière que leurs produits traditionnels. Cette pratique est fort répandue en Afrique de l'Ouest. Ainsi dans le Sud-Est du Nigeria, les mères utilisent des pommades qui réchauffent le corps pour lutter contre le froid auquel l'enfant a été exposé (Etkin, Ross, & al. 1990). Elles ont aussi recours au mentolatum Robb®, en frottant les paupières de l'enfant ou en lui massant la poitrine « pour la réchauffer », ou encore en l'administrant par voie orale avec de l'eau chaude.

Dans les enquêtes menées en région bobo, l'action de ces produits est considéré utile, car productrice de chaleur et favorisant la transpiration, et par la même, l'élimination de la saleté (celle qui empêche le corps de respirer).

Les discours et les pratiques concernant l'évitement de la maladie

La plupart des discours concernant l'évitement et la transmission des maladies sont stéréotypés. De plus, la plupart du temps, les conduites observées ne suivent pas ces propos. Cependant, certaines règles d'hygiène semblent être respectées, comme celle de ne pas cracher à côté ou à l'intérieur de la cuisine, ainsi que dans les endroits où les aliments sont manipulés et transformés. Il est dit aussi, que les rats de la maison sont gourmands de cathare et de mucosité, c'est pourquoi il est rare que les gens mangent les rats attrapés à l'intérieur ou aux alentours de la maison. Ceux qui le font, les lavent soigneusement, et les laissent tremper longtemps dans de la potasse avant de les cuisiner. La viande de rat qui n'est suffisamment désinfectée est susceptible de transmettre la toux, le rhume et la tuberculose.

La manière de se moucher avec les doigts, et l'apprentissage de ce geste par les enfants, vise à éviter certains contacts. Il faut apprendre, en pressant sur les narines, à projeter la morve loin de soi et ainsi à pas se salir les mains et les habits avec les mucosités. L'utilisation de mouchoirs est très rare.

Soulignons cependant que si les gens tiennent un discours assez codifié quant aux différentes formes d'évitement de la contagion, il n'en reste pas moins qu'en pratique, ils ne font, ou ne peuvent, pas faire attention aux types "classiques" de recommandations. Par exemple, éviter d'enjamber des traces d'urines, d'utiliser des médicaments périmés ou des éponges végétales "communautaires", utilisées parfois aussi bien pour le bain des personnes malades que pour les autres. En ville, le danger est considéré comme majeur, car certaines règles d'évitement de la transmission sont en contradiction avec les espaces plus

38 Le massage anal, très pratiqué dans cette zone pour le traitement du *kòtigè* est aussi mentionné en pays songhaï-zarma au Niger. Il est pratiqué par des "spécialistes de famille" pour le soin du *weyno* dans sa manifestation sous forme d'hémorroïdes, cf. Olivier de Sardan, 1999: 256.

restreints qu'en zone rural. Des familles, qui ne sont pas nécessairement apparentées, doivent cohabiter dans la même unité domestique.

Les soins quotidiens et les “préventions populaires” des IRA chez l'enfant

Différents types de conduites guident les mères ou les femmes qui s'occupent des enfants en bas âge. Il s'agit de conduites préventives qui relèvent à la fois des savoirs et conseils traditionnels et des actions de sensibilisation “importées” menées auprès des mères par sages-femmes lors des consultations aux SMI (Santé Maternelle et Infantile) ou à travers des “causeries éducatives” dans des Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN). Les femmes citent aussi, des émissions médicales radiophoniques, faites dans la langue locale véhiculaire, le dioula, par des spécialistes qui donnent des conseils selon les saisons et les maladies susceptibles d'être contractées. Les journaux et les hebdomadaires³⁹ publient encore des rubriques et des services à caractère médico-préventif.

Les échanges d'informations entre femmes d'un même réseau de voisinage sont également un facteur de diffusion et de comparaison entre les différentes “stratégies de prévention et de soins” des IRA infantiles et, plus généralement, de toutes les pathologies infantiles.

Enfin, on constate que les femmes préviennent les pathologies de leurs enfants à travers des pratiques, que l'on pourrait nommer de “bon sens”, et au sein de la famille, véritable lieu “dispensateur des soins” (Cook & Dommergues 1993 : 45). Par exemple, durant les mois où souffle l'harmattan les très jeunes enfants doivent être gardés à la maison, bien couverts, et surtout au niveau de la poitrine et des côtes, là où le froid et l'humidité pénétreraient plus facilement. Globalement, ce “travail domestique de santé” (Cresson 1995) est essentiellement féminin, et correspond tant à des comportements “traditionnels” de bon sens qu'à des pratiques plus récentes.

En fait, ces conduites correspondent à un syncrétisme et à une adaptation du mode de vie aux conditions du milieu. La pauvreté extrême d'une grande partie de la population (aggravée par la dévaluation de la monnaie) rend cette population souvent dépourvue de vêtements pour se protéger du froid. Si l'on ajoute un manque de puits, de fontaines et de robinets, on comprend bien la difficulté de mettre en œuvre les conseils pour appliquer les mesures biomédicales d'hygiène les plus élémentaires⁴⁰. C'est pourquoi, les conseils concernant le fait de couvrir les enfants durant la saison froide et humide sont parfois suivis, quelquefois peu respectés, car la majorité de la population n'a pas la possibilité de les appliquer. Un discours “néo traditionaliste” où l'on dit qu'autrefois le corps “apprenait” à se défendre tout seul du froid et que les enfants tombaient malades moins souvent qu'aujourd'hui, donne, paradoxalement, un sens

39 Le mensuel “*Votre Santé*” du mois de février 1999 a été en grande partie consacré aux maladies respiratoires infantiles et aux bienfaits des vaccinations. Malheureusement, ces publications ne sont lues que par une petite minorité de la population, ceci s'explique par une double cause : le coût des journaux et le faible taux d'alphabétisation, 19% (La situation des enfants dans le monde 2001 : 78).

40 Une étude du 1991 soulignait que dans la ville de Bobo-Dioulasso, seulement 43% de la population avait un robinet dans la concession (Plan quinquennal de développement sanitaire du Houet).

« hygiéniste » à l'explication des maladies infantiles ⁴¹. Par exemple, un instituteur de Bobo-Dioulasso affirme : *“Maintenant il y a le problème aiguë des maladies respiratoires. Les embarras respiratoires se situent au niveau des viscères et c'est pour ça qu'on conseille de bien s'habiller. L'air doit rentrer de quelque part pour se retrouver dans les viscères. Dans le temps, il y avait une immunisation générale : tu te protégeais en ne protégeant pas. On ne veut pas que tu t'exposes, alors que tu es exposé. On ne peut pas recommander des protections que les gens ne peuvent pas se permettre. La protection d'une manière générale, c'est un problème d'hygiène”*.

C'est ainsi que les conseils que donnent les SMI sont partiellement acceptés en ville, lorsqu'ils sont simples : par exemple, couvrir légèrement les enfants lorsqu'il fait chaud au lieu de les déshabiller complètement, les laver aux heures chaudes et avec de l'eau tiède lorsqu'ils sont enrhumés, et. Dans la mesure du possible les mères cherchent aussi à ne pas laisser jouer leurs enfants avec l'eau trop longtemps, tout comme elles cherchent à éviter aux enfants qui ne marchent pas encore de rester assis longtemps par terre au contact de l'humidité et de la saleté. Elles essaient aussi de contrôler l'éventuelle ingestion des restes de repas, qui pourraient être souillés par les mouches, les rats ou les chiens de la concession. Durant la période de l'harmattan, une bonne partie des femmes, celles qui ont un puits dans la cour, ont soin d'asperger le sol de la concession après l'avoir balayée, pour empêcher la poussière de circuler, puisque, comme nous l'avons dit précédemment, ces situations favoriseraient l'arrivée d'un rhume et de la toux.

Ces conduites sont précaunisées et observées par l'entourage. En cas de maladies infantiles certains parents peuvent évoquer la “négligence de la mère” (Bonnet 1996 : 5-16 ; Desclaux, 1996 : 251 : 279). Pour certaines femmes, le mauvais “entretien” de l'enfant, y compris dans un sens “hygiéniste biomédical” (Desclaux, 1996), serait à la base de toutes manifestations morbides chez l'enfant. C'est ainsi qu'une mère nous décrit l'évolution de la pathologie respiratoire : *“Si la mère néglige son enfant, il peut attraper beaucoup de maladies,. Après la toux, si on ne le soigne pas, c'est la bronchite. Il y a des mères qui ne soignent pas tout de suite. Elles disent que ça ne va pas durer, mais si ça dure ça peut amener l'enfant à l'hôpital. A force de rester dans les poumons, la toux se transforme en bronchite. L'entretien de l'enfant dépend des mères, en brousse et en ville aussi. Il y en a qui disent qu'elles n'ont pas les moyens pour soigner, d'autres qui disent que c'est passager et si la maladie s'aggrave, en général elles se tournent vers la médecine traditionnelle ”*.

La notion de prévention et de vigilance des mères ne correspond pas à une notion strictement biomédicale. Les soins pour la propreté (décoctions de feuilles ou de racines, beurre de karité parfois mélangé à de la poudre de charbon) ont pour fonction de renforcer la peau et l'organisme de l'enfant et le savon est quelquefois considéré comme un élément qui enlève de la force à l'enfant. Il éliminerait les effets des bains phytothérapeutiques. “Toute la force du médicament s'en va avec le savon” déclarent certaines mères, ou encore, “le savon ce n'est pas bien, puisqu'il affaiblit la peau”. Dans ce contexte, les normes de propreté modernes, sont nommées par l'expression locale : “l'hygiène au savon”.

41 Jusqu'aux environs des années '50 les Bobo utilisaient rarement d'habits. Seulement une famille pouvait posséder un seul habit ou un chapeau, qui circulait parmi ceux qui devaient voyager hors du village. Les habits sont donc des objets récents, *a fortiori* ceux des enfants.

La toilette de l'enfant est l'occasion d'administrer à l'enfant divers médicaments sous forme de tisanes et par l'eau du bain. Il s'agit de feuilles spéciales, préalablement bouillies⁴², que l'enfant prend oralement, mais aussi à travers la peau puisqu'on suppose que le bain a la vertu de faire pénétrer le médicament à l'intérieur du corps, à travers les pores qui s'ouvriraient au contact de l'eau chaude rendant ainsi plus efficace le traitement⁴³. Jusqu'à deux ans, le nouveau-né est lavé au moins trois fois par jour. S'il pleure, on poursuit la toilette car les mères pensent qu'il sent encore des saletés sur son corps. Il peut aussi ressentir une certaine sécheresse corporelle avec la perte des larmes. Après le bain on essuie soigneusement l'enfant et on enduit son corps de beurre de karité. On lui souffle dans les narines pour en expulser le résidu d'eau qui pourrait provoquer un rhume. Enfin, la bouche et les gencives sont également lavées et massées pour calmer la douleur d'une éventuelle dentition en cours⁴⁴. Si l'enfant est malade, on maintient une toilette quotidienne et en insistant surtout sur le nettoyage du nez lorsqu'il est sec. On lui frictionne régulièrement la poitrine au beurre de karité et la nuit on introduit aussi du produit dans les narines.

Malgré ces nombreuses pratiques domestiques, une étude concernant les comportements et les pratiques d'hygiène en rapport aux diarrhées (Kanki & Curtis 1993) a montré que, lorsqu'il s'agit d'un petit enfant, les règles d'hygiène les plus élémentaires ne sont pas pratiquées. Par exemple, la conception populaire que l'on a du nourrisson fait que ses déchets ne sont pas perçus comme de véritables "saletés". En effet, la salive, le cathare et les excréments du jeune enfant sont considérés comme étant moins sales que ceux de l'adulte. Cette croyance se base sur la différence entre les aliments consommés : l'enfant se nourrit du lait maternel, et de ce fait est considéré comme faisant partie d'un cycle alimentaire mère-enfant. Quand l'enfant tète le sein de la mère, il mange ce qui a été produit pour lui du corps de la mère. Ses excréments seraient donc moins malsaines que celles d'un enfant déjà sevré. Et c'est pour cela qu'elles ne font pas l'objet d'un nettoyage méticuleux, lorsque, par exemple, l'enfant fait ses selles. Ce n'est qu'après le sevrage, et le passage aux aliments solides, traités et cuisinés, que les liquides organiques et surtout les selles de l'enfant comme jugées sales. C'est d'ailleurs vers l'âge de deux ans que les mères enseignent à leurs enfants à faire leurs besoins tout seuls, à l'extérieur de la maison, et à se moucher le nez conformément aux usages locaux.

Face à la complexité de ces conduites un lien de compréhension semble manquer, dans les informations dites de "sensibilisation", pour permettre de transférer aux mères le passage essentiel entre hygiène et maladie. En fait, *"les quelques pathologies principalement responsables de la morbidité et de la mortalité sont en grand partie déterminées par des conduites sociales (manger, boire, déféquer), et sont susceptibles d'être prévenues par quelques actions simples, allant de la vaccination à une modification des conduites d'hygiène"* (Jaffré 2000 : 261).

42 A propos des pratiques de puériculture bobo, (cf. Alfieri 2000:115-118).

43 Relatif aux pratiques hygienistes ou de propretée, cf. Vigarello (1985:17-25)

44 Dans les causes imputées aux IRA, les mères mentionnent souvent la dentition comme facteur favorisant le rhume, la toux et la diarrhée. Durant cette période, une corde avec un morceau d'os ou de bois est liée au poignet de l'enfant pour qu'il puisse la mastiquer.

Les pratiques populaires “d’immunisation” et de protection.

Les pratiques populaires de protection sont d’origine religieuse ou profane. En zone urbaine, les pratiques religieuses ont tendance à disparaître. On raconte fréquemment qu’il n’y a pas si longtemps, il existait encore des prières et des formules pour conjurer l’arrivée des maladies transmises par le vent, comme la toux et le rhume mais aussi la méningite et la rougeole. En milieu rural, et en particulier dans les villages *vore*⁴⁵, divers rituels sont encore fréquemment accomplis. C’est ainsi qu’en décembre, avant que ne souffle l’harmattan, une cérémonie appelée *sun yé* (*sun* : toux, rhume; *yé* : accompagner ; lit. “accompagner la toux et le rhume hors du village”) est organisée. Il s’agit d’un rituel spécifiquement féminin où, à travers des prières et des offrandes aux ancêtres et aux divinités bobo, les femmes demandent que le vent qui transporte la toux et le rhume “passe à côté” de leur village et que ses habitants, mais surtout les enfants, en soient épargnés. Le port d’amulettes est aussi largement pratiqué. Celles-ci contiennent un morceau de tissu sur lequel a été versé le sang d’une poule ou d’un poussin sacrifié à l’occasion d’une cérémonie où l’enfant a été confié à une divinité bobo (*Duba, Do, Wietongon*) ou à un génie (*wyaga*). Même les plumes de la pintade, animal appartenant aux mythes de fondation de la société bobo, peuvent être accrochées à une petite corde autour du cou pour protéger l’enfant de la rougeole.

En ce qui concerne les remèdes profanes des IRA, surtout dans les cas de toux sèches, on pend au cou de l’enfant une valve du fruit du caïcédrat (*Kaya senegalensis*) avec un peu de coton sauvage. On peut aussi mâcher et avaler le jus de l’écorce blanche et souple du *tigelepin* (*Sterculia setigera* ou *tomentosa*). L’eau des pluies qui reste dans les troncs des arbres aurait aussi la vertu de calmer la toux. Récupérer cette eau et l’administrer comme traitement implique la connaissance de pratiques codifiées : il faut la récupérer au lever du soleil et la donner trois à quatre fois par jour à l’enfant malade selon le sexe. La rosée aurait les mêmes propriétés curatives.

Une autre pratique préventive, qui n’existe plus désormais qu’en milieu rural, est celle de mettre le corps de l’enfant en contact avec de l’eau ou des aliments considérés comme sales, dans le but de le fortifier. On pense que faire boire à l’enfant de l’eau où toute la famille s’est lavée les mains avant le repas « l’immunise ».⁴⁶ Ces épreuves constituent en fait, surtout selon les hommes bobo, une sorte “d’initiation sanitaire” ou même une “vaccination traditionnelle” en mesure de renforcer les éléments sains et dans le but d’identifier ceux qui sont faibles ou malades. Ce que rappelle Jaffré dans son étude de 1991 : “*La culture bobo définit le risque comme étant nécessaire au déploiement réel de la vie*”.

C’est dans cet univers complexe que prennent place les démarches de sensibilisation entreprises au sujet des vaccinations. Il est dommage qu’elles n’utilisent pas les catégories locales de l’immunisation et de la protection, même si celles-ci sont déjà syncrétiques, afin que le message provenant d’un univers

45 La zone dite *vore*, comprend une quinzaine de villages bobo très actifs dans les pratiques rituelles, pratiques désormais résiduelles dans d’autres zones bobo.

46 M. Dacher (1992:169) cite le point de vue de certaines personnes âgées Gouin, qui pensent qu’utiliser les couverts pour manger plutôt que les mains amène à un affaiblissement de l’organisme, qui, au contraire, se renforcerait contre les maladies à travers l’ingestion de la saleté déposée sous les ongles grâce à une sorte de vaccination naturelle.

“importé” soit mieux accepté⁴⁷. Le manque d’informations et de communication entre les agents de santé et les mères, la rapidité des consultations (lecture succincte du livret sanitaire, paiement des seringues et des injections), l’attitude des agents de santé jugée souvent arrogante, relèguent les femmes à un rôle passif, et les rendent souvent réticentes face à la vaccination de leurs enfants. Cela peut expliquer le fait que les services de santé soient utilisés seulement à 30% de leur capacité (J. Brunet-Jailly, 2000 : 195).

En fait, si en ville la vaccination semble avoir trouvé son espace parmi les pratiques de prévention et est généralement perçue comme un fait positif, à la campagne la situation est bien différente à cause de l’éloignement des CSPS et aussi parce que la “sensibilisation” est négligée⁴⁸. Les femmes se plaignent de ne pas recevoir d’informations et d’explications suffisantes, ou que les équipes médicales ne se présentent pas aux jours convenus, les obligeant ainsi à parcourir avec l’enfant des distances considérables. Voici ce que dit une femme du village de N. : *“Un beau jour tu les vois tomber dans un coin pour la vaccination et tu ne sais même pas pourquoi. Ils tombent comme ça et ils te demandent d’amener l’enfant. Maintenant il faut que chaque mère comprenne pourquoi il faut amener son enfant. Comme ce n’est pas obligatoire, on ne veut pas aller acheter une maladie”*.

De leur côté, les équipes sanitaires se plaignent du fait que les populations ne se présentent pas aux jours établis ou bien font seulement quelques vaccinations mais ne continuent pas cette prévention. Une infirmière d’un centre de santé rural explique ainsi la situation : *“ ce n’est pas vrai que les gens refusent de vacciner leurs enfants mais ils disent qu’ils n’ont pas d’argent. S’ils ont plus d’un enfant ils doivent multiplier par deux ou trois les 200 FCFA de la seringue. Puis les femmes se plaignent aussi du fait qu’après la vaccination, les enfants font la fièvre et/ou la diarrhée, ce qui influence négativement les autres femmes. D’autres encore refusent la vaccination sans donner d’explications”*.

Globalement, il règne une grande confusion sur l’utilité de la vaccination et notamment sur les différents types de vaccins. De nombreuses mères pensent que la vaccination est importante pour la santé de l’enfant, qu’elle le protège dans l’ensemble et qu’elle aide son organisme à lutter contre les maladies. En revanche, d’autres mères admettent n’avoir jamais vacciné leurs enfants, ne rien connaître à ce sujet, et nombreuses sont celles qui pensent qu’une seule vaccination suffit à protéger l’enfant. D’autres s’inquiètent des effets secondaires du vaccin (fièvre, diarrhée).

Cependant, au-delà des difficultés économiques et du manque d’information, on a pu constater une progression dans la couverture vaccinale de la province du Houet. En 1999, les taux de vaccination sont meilleurs que ceux obtenus en 1988⁴⁹. Le vaccin BCG est passé de 58% à 63,34%, celui contre la rougeole

47 L’idée de vaccination n’est pas une conception absente dans la société bobo, il existe au moins deux types de “vaccinations africaines” que les gens mentionnent : l’une concerne la protection contre les morsures de serpents, elle consiste en diverses petites incisions au niveau des mollets où sont insérées des poudres protectrices ; l’autre, utilisée pour les nouveau-nés, préviendrait la “maladie de l’oiseau”, le *Yalo* (Alfieri 2000:118) Le médicament pour le *Yalo* préviendrait et soignerait aussi le tétanos. Cette interprétation, qui n’a pas été rencontrée dans notre zone d’enquête m’a été relatée par Mahir Saul (com.pers.) en ce qui concerne les villages à l’est de Bobo -Dioulasso.

48 Le PEV (Programme Elargi de Vaccination) présent au Burkina, comprend la lutte pour la réduction et la prévention de sept maladies (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, fièvre jaune, rougeole, poliomyélite).

49 Les données de 1988 sont issues de l’étude de Y. Jaffré (1991:2490).

de 25% à 51%, la DTC/Polio III de 24% à 48,86% et le vaccin contre la fièvre jaune de 26% à 50,42% de couverture vaccinale. Ceci a heureusement entraîné une réduction considérable de la mortalité infantile. Mais il est toutefois utile de rappeler que la moyenne mondiale se situe aux alentours de 77% d'enfants vaccinés, et que dans les Pays du Nord elle atteint 90% et parfois plus. Globalement, elle n'est en Afrique subsaharienne qu'à 50% seulement (Le Progrès des Nations 2000 : 22).

Conclusion

Les IRA représentent un grave problème de santé publique. Le résoudre impliquerait d'engager des actions et des formations qui aillent au-delà des simples messages d'éducation à la santé. Les conseils concernant la protection des enfants du froid, de l'eau, d'une mauvaise l'hygiène etc., bien qu'utiles, n'affrontent pas le problème central : savoir transmettre aux mères des connaissances pratiques sur l'identification des signes, des symptômes et d'un seuil de gravité lorsque se présente l'affection respiratoire. Une étude sur les IRA, faite en 1994 à l'hôpital de Bobo-Dioulasso, préconisait déjà une formation médicale dirigée vers les mères, car ce sont elles les dispensatrices de soins sanitaires "profanes", afin de les mettre en mesure de dépister une IRA à un stade qui ne soit pas trop avancé (Tall, Nacro & ali 1994). Mais, en amont, il faudrait aussi que les personnels sachent mettre en œuvre une thérapie adéquate et aussi décider d'une hospitalisation rapide lorsqu'elle est nécessaire!

Cette formation du personnel médical devrait aborder les connaissances "profanes" relatives aux IRA, pour que l'interaction mères-personnel médical puisse servir à réduire les décalages sémantiques et culturels des définitions de la prévention et de la cure.

Bibliographie

ALFIERI C., 2000, Allaitement et parenté en pays bobo-madare. Desclaux A. et Taverne B. (éds.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*. Paris, Karthala. : 111-133.

ALFIERI C., TAVERNE B., 2000, Perceptions de la transmission des maladies par l'allaitement maternel au Burkina Faso. A. Desclaux et B. Taverne (éds.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*. Paris, Karthala. : 219-237.

AMAT-ROZE J.M., 2000, Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque, in Gruénais M.E.,Pourtier R., (éds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique Contemporaine. La Documentation Française, n° 195 : 24-35.

- Anonyme, 1990, *Schéma de développement et d'aménagement urbain de Bobo-Dioulasso*. Ministère de l'Équipement, Coopération française.
- BONNET D., 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi*, Burkina Faso, Paris, ORSTOM.
- 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, D. Fassin et Y. Jaffré (éds.), *Sociétés, Développement et Santé*, Paris, Ellipses/Aupelf : 242-258.
- 1996, La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant, Présentation du numéro spécial, *La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement sociale*, Sciences Sociales et Santé, Paris, vol.14, n° 1 : 5-16.
- BRUNET-JAILLY J., 2000, La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone, in Gruénais M.E., Pourtier R., (éds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Afrique contemporaine, La Documentation Française, n°195 : 191-203.
- Bulletin of the World Health Organisation, 2001, 79 (2).
- 1998, Bulletin du programme de recherche *Intéactions entre les systèmes de santé publique et les conceptions et pratiques populaires relatives à la maladie (Afrique de l'Ouest)*, vol. VIII.
- CASIGLIA C., GAVA E., (a cura di) 1998, *Annuario dei Farmaci*, Genova, Piccin.
- CHILLIO L., 1996, La vente informelle de produits de laboratoires au Niger: une réponse aux problèmes d'accès aux médicaments, Programme de recherche : *Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Afrique de l'Ouest)*, bull. n° V : 93-108.
- COOK J., DOMMERGUES J.P., 1993. *L'enfant malade et le monde médical: dialogue entre famille et soignants*, Paris, Syros.
- CRESSON G. 1995, *Le travail domestique de santé. Analyse sociologique*, Paris, l'Harmattan.
- DACHER M., 1992, *Prix des épouses, valeur des soeurs. Suivis de : Les représentations de la maladie. Deux études sur la société gouin (Burkina Faso)*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., 1996, De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant. J. Benoist (éd.), *Soigner au Pluriel, Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala : 251-279.
- 2000, *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion.
- DESCLAUX A. TAVERNE B., 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris, Karthala.
- DIALLO Y., 2000, Les consultations prénatales à Conakry. Les interactions soignantes-soignées, *Réseau Anthropologie de la Santé en Afrique*, bull. n°1, Marseille, SHADYC : 75-82.
- DOUGLAS M., 1975, *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*. Bologna, Il Mulino., Direction provinciale de la santé du Houet, Ministère de la santé, Plan quinquennal de développement sanitaire du Houet, de l'Action Sociale et de la Famille du Burkina faso., Bobo-Dioulasso, DPS Houet.
- DUBOIS M.C., 1990, *Etude des facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain. Bobo-Dioulasso*, Ministère de la santé et des affaires sociales, Direction provinciale de la santé du Houet.

- DURIF-BRUCKERT C., 1994, *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Editions Métaillié.
- ETKIN N.L., ROSS P.J., MUAZZAMU I., 1990, The Indigenisation of Pharmaceuticals : Therapeutic Transitions in Rural Hausaland, *Social Sciences and Medecine*, vol. 30, n° 8 : 919-928.
- FASSIN D., 1986 La bonne mère: pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal, *Social Science and Medecine*, Vol.23, n°11:1121-1129.
- FERRARO F., 2001, *Les infections chez l'enfant*, Paris, PUF
- GRUENAIIS M.-E., POURTIER R., 2000, *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Paris, Afrique Contemporaine, numéro spécial, La Documentation Française, n° 195.
- JAFFRE Y., 1999, Pharmacies des villes, pharmacies "par terre", *APAD*, bull. n° 17 : 63-70.
- 1991a, Education pour la santé et conceptions populaires de la prévention. A propos d'un programme d'amélioration de la couverture vaccinale au Burkina Faso, *La revue du Praticien - Médecine Générale*, t. 5, n° 154 : 2489-2494.
- 1991b, Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. *Cahiers Santé, Paris*, vol. 1, n° 1 : 406-414.
- JAFFRE Y., DICKO F., 2000, La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali), in Gruénais M.E.,Pourtier R., (éds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis. Afrique contemporaine*, La Documentation Française, n° 195 : 259-266.
- JAFFRE Y., PRUAL A., 1993. Le "corps des sages-femmes" entre identités professionnelles et sociales. *Sciences Sociales et Santé*, Paris, John Libbey, vol. 9, n.° 2 : 63-80.
- KANKI B., CURTIS V., MERTENS T., TRAORE E. et coll., 1994, Des croyances aux comportements : diarrhées et pratiques d'hygiène au Burkina Faso, *Cahiers Santé*, 4 : 359-366.
- LANG T., LAFAIX C., FASSIN D. et ali. "Acute Respiratory Infections: A Longitudinal Study of 151 children in Burkina-Faso, *International Journal of Epidémiology*, vol 15, n°4: 553-559.
- LE BRIS P., PROST A., 1981, *Dictionnaire Bobo-Français*. Paris, SELAF.
- LE MOAL G. 1980, *Nature et fonction des masques bobo*. Paris, ORSTOM.
- Ministère de la Santé, Direction Régional de Bobo-Dioulasso, Plans d'actions des districts sanitaires, 1999.
- MONTJOYE E. (R.P.), 1952, *Réponses au questionnaire sur la société bobo-fing*, 2^{ème} fasc., Cyclostilé.
- 1955, *Réponses au questionnaire sur la société bobo-fing*, 4^{ème} fasc. Cyclostilé.
- NICHTER M., NICHTER M., 1994, Acute Respiratory Illness: Popular Health Culture and Mother's Knowledge in the Philippines, *Medical Anthropology*, Vol.15: 353-375.
- OLIVIER DE SARDAN J. -P., 1999, Les représentations fluides et prosaïques de *weyno* et *yeyni*, Jaffré Y., Olivier de Sardan J. -P., (éds). *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF.
- OUATTARA F., 2000, Interactions entre populations et personnels de santé lors des consultations prénatales dans une maternité rurale (Burkina Faso). *Réseau Anthropologie de la Santé en Afrique*, bull. n° 1, Marseille, SHADYC : 111-124.

ROGER-PETITJEAN M., 1992, *Maladies d'enfants dans la région de Sikasso (Mali). Evolution des représentations des mères au contact des services de santé : à propos de quatre pathologies*. Institut Universitaire d'Etudes du Développement, Genève.

— 1996, Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso, *Sciences Sociales et Santé*, numéro spécial sur la malnutrition sous la direction de Doris Bonnet, Paris, John Libbey, vol. 14, n° 1 : 17-38.

— 1999, *Soins et nutrition des enfants en milieu urbain africain. Paroles de mères*, Paris, l'Harmattan.

SANOU I., KOUETA F., KAM K.L., DAO L., SAWADOGO A., 1995, L'asthme de l'enfant: aspects épidémiologiques et évolutifs en milieu hospitalier pédiatrique de Ouagadougou (Burkina Faso), *Recherche Médicale: publications pédiatriques*: 1-3.

SAWADOGO S.A., SANOU I., KAM K.L., REINHARDT M.C., KOUETA F., et ali, 1997, *Pédiatrie dans le monde*, Société d'Editions de l'Association de l'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris : 493-499.

TALL F., VALIAN A., CURTIS V., TRAORE A., NACRO B. et ali, 1994, Les infections respiratoires aiguës en milieu hospitalier pédiatrique de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), *Arch. Pédiatr.* (1994) 1, 249-254.

TALL F., DE ROEDENBECKE E., NACRO B., ZAONGO U., TRAORE A., SICARD J.M., 1992, Expérience de recouvrement des coûts médicamenteux au CHNSS, Burkina Faso, *Cahiers Santé*, vol. 2 : 161-165.

UNICEF 2000, *Le progrès des nations*, New York, UNICEF.

VIGARELLO G., 1985, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Editions du Seuil.

Votre Santé, 1999, *Magazine Mensuel de santé*, n° 0032, Ouagadougou, Le Pays, Editions.