



Relations de soins, conflits et attentes thérapeutiques dans le village de Bama (Burkina Faso)

Sidbéwendin David Olivier Ilboudo

► To cite this version:

Sidbéwendin David Olivier Ilboudo. Relations de soins, conflits et attentes thérapeutiques dans le village de Bama (Burkina Faso). Sociologie. Université de Ouagadougou, 2015. Français. \langle NNT : \rangle . \langle tel-03856843 \rangle

HAL Id: tel-03856843

<https://hal.science/tel-03856843v1>

Submitted on 17 Nov 2022

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.



HAL Authorization



N° d'ordre 362

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES

Ecole Doctorale Lettres, Sciences Humaines et Communication

(E.D/LE.SH.CO)

Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences sociales et la Santé

(L.A.R.I.SS)

Thèse de doctorat unique de Sociologie

Présentée par :

Sidbewendin David Olivier ILBOUDO

Relations de soins, conflits et attentes thérapeutiques dans le village de Bama (Burkina Faso)



Thèse dirigée par André Kamba SOUBEIGA

Maître de Conférences en Sociologie à l'Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

Et co-dirigée par Tania DRAEBEL

PhD, External Lecturer/Université de Copenhague (Danemark).

Membres du jury :

Jean-Baptiste OUEDRAOGO, Directeur de recherche au CNRST, Président.

André SOUBEIGA, Maître de Conférences, Université de Ouagadougou, Directeur de thèse.

François GBIKPI-BENISSAN, Professeur Titulaire, Université de Lomé, Togo, Membre.

Boureima OUEDRAOGO, Maître de Conférences, Université de Ouagadougou, Rapporteur.

Table des matières

<i>Dédicace</i>.....	viii
Remerciements	ix
Abréviations, Acronymes, et Sigles	xii
Résumé	xiv
Introduction	1
Première partie : Cadre conceptuel	5
Chapitre I. Description de l'objet et considérations théoriques.....	7
I.1. Objet empirique.....	7
I.1.1. Considérations épistémologiques	7
I.1.2. Objectif spécifique de la recherche	11
I.1.3. Contexte socio-politique du lieu d'étude	12
I.1.4. Problématique.....	14
I.1.5. Revue de littérature	18
I.2. Objet analytique	29
I.2.1. Positionnement théorique	29
- La pensée de Goffman	29
- La pensée de Bourdieu.....	32
I.2.2. Les concepts analytiques.....	35
I.2.3. Méthodologie	39

<i>Les lieux d'enquête</i>	42
Bilan numérique des données collectées	44
Chapitre II. Brèves de terrain et méthodologie en actes : le visuel, l'oral, et le vécu	52
Introduction	52
II.1. Installation physique sur le site d'étude	53
<i>Le terrain, histoire d'une expérience de vie, formule d'un apprentissage au cœur du social</i>	53
<i>Trouver une maison au village, planter des racines sociales, une phase de terrain</i>	59
II. 2. Le domaine de la réflexivité	65
<i>L'exhaustivité de la population d'étude</i>	65
<i>Réflexivité par rapport à l'appréhension du sujet d'étude</i>	71
<i>Réflexivité sur l'immersion en milieu sanitaire : participer et prendre des notes</i>	76
Conclusion partielle	84
Deuxième Partie : Milieu, système de santé et acteurs	85
Chapitre III. Connaissances monographiques du site d'étude	87
Introduction	87
III.1. Recomposition et préoccupations sociales actuelles des communautés	88
III.2. Nouvelles formes de vies familiales	94
III.3. Monographie de l'espace sanitaire	98
III.3. 1. Noms de quartiers, noms de villes, noms de structures sanitaires	99
III.3.2. Typologie des lieux de recours et des systèmes de réponses thérapeutiques en vigueur	101
III.3.3. Le système de santé formel	103

Similitudes et dissemblances entre les deux structures de soins	103
<i>Des dysfonctionnements dus aux acteurs ?</i>	111
<i>Le CSPS perçu comme un milieu d'affaires</i>	111
III.3.4. Le système de santé informel.....	116
<i>Les « tradi-praticiens »</i>	116
<i>Les devins</i>	117
<i>Les guérisseurs traditionnels ou naturalistes : cas du pédiatre de Bama</i>	118
<i>Les « nakidos »</i>	127
<i>Les religieux</i>	130
Conclusion partielle	132
Chapitre IV. Logiques des choix thérapeutiques et conflits	133
Introduction	133
IV.1. Nosologie locale, une réalité complexe	134
La maladie dite banale (« ban zalle », « zou zabre », « yaamsse »)	135
La maladie dite de mort (« yonre banga ») ou non !	137
La maladie à remède particulier	139
IV.1.1. Discours étiologiques : la typologie des maux connus et leurs manifestations	141
IV.1.2. Logiques de sélection des recours et oppositions : qui décide du recours, quand et pourquoi ?	
.....	144
-Le regard sur la maladie	144
-Le coût estimatif du recours	144
IV.2. Choix thérapeutiques et conflits	149
IV.2. 1. Modalités de recours aux soins formels et oppositions.....	149
IV.2.2. Temporalité des choix thérapeutiques et tensions dans le ménage	153
IV.3. Gestion de la maladie hors du dispensaire et logiques opposées	164
IV.3.1. Automédication.....	164

IV.3.2. Médication proactive	172
Conclusion partielle	174
Troisième partie : du construit au conflit	175
Chapitre V. Au quotidien de la vie sociale des agents de santé : perceptions, critiques et attentes.....	178
Introduction	178
V.1. L'agent de santé comme expert du médicament	179
V.1.1. Perceptions croisées sur les agents de santé	179
V.1.2. Regard spécifique sur l'agent de santé	186
V.2. Perceptions des populations sur la motivation des agents de santé	187
V.3. Exclusion et non-assistance ?	190
- Sentiment d'exclusion	191
- Sentiment de non-assistance	194
V.4. Attentes d'une offre supérieure	198
Conclusion partielle	201
Chapitre VI. Défiance-confiance de l'agent de santé au cœur des relations de soins	203
Introduction	203
VI.1. Défiance-confiance sur la compétence de l'agent de santé	205
VI.1.1. Sur le diagnostic.....	205
VI.1.2. Sur la prise en charge	211
Querelles de compétences entre rebouteurs et agents de santé formels	211

Désaccords entre patients et soignants sur le type de traitement	212
VI.1.3. Sur la référence	219
- Le rejet de la référence	220
- L'exigence de la référence et la contestation de l'agent de santé local	223
VI.2. Cas de défiance-confiance des agents de santé par les patients	225
-Protestations et menaces contre des agents de santé au cours d'une consultation médicale	225
-Manque de considération pour la profession d'infirmier	227
-Défiance-confiance et manque de considération pour les prescriptions de l'infirmier.....	229
-Manque de respect pour l'infirmier et oppositions entre patient et soignant	230
VI.3. Légitimation de la défiance-confiance	232
VI.4. Causes spécifiques de la défiance-confiance.....	234
La proximité de la ville	235
Les échecs thérapeutiques	236
Des coûts irréguliers, une cherté prohibitive de l'offre publique de santé ?.....	240
VI.5. Qualité sociale du thérapeute et défiance-confiance	244
Conclusion partielle	249
Chapitre VII. Relations, compétitions et oppositions inter-thérapeutes.....	251
Introduction	251
VII.1. Agent de santé contre agent de santé au niveau formel	251
VII.1.1. Conflits dans l'organisation du travail.....	251
VII.1.2. Conflits sur les intérêts économiques	254
VII.2. Agents de santé contre tradi-praticiens	256

VII.2.1. Conflits de représentations	256
-Quête de valorisation chez les tradi-thérapeutes et relations de pouvoir avec les acteurs de l'offre formelle	256
- Tradi-thérapeutes spéculateurs ? : perceptions des tradi-thérapeutes par les agents de santé.....	259
-Agents de santé détracteurs	262
VII.2.2. Légitimation et compétition d'une catégorie de thérapeute à une autre.....	263
Conclusion partielle	265
Conclusion générale	266
Bibliographie	269
Annexes	290

A mon épouse Jane, pour son estime et son affection tout au long de ce travail !

Remerciements

Cette thèse s'inscrit entre autre dans le cadre de ma participation à un projet de recherche anthropologique sur le sujet : *Fragile Futures, Rural lives in time of conflicts*. Ce projet est financé par le comité de recherche consultatif pour le développement de la recherche (FFU) du ministère danois des affaires étrangères. Il s'agit d'un projet de recherche collaboratif qui réunit les institutions suivantes au Burkina Faso et au Danemark : l'Université de Copenhague, l'Université de Ouagadougou, et l'Institut de recherches en sciences de la santé (IRSS)/Bobo-Dioulasso.

Le projet comprend trois axes thématiques, chaque axe reflétant un lien particulier entre les populations villageoises et les représentations de l'Etat : services de soins de santé (axe1) ; approvisionnement et distribution en eau (axe2) ; et représentations gouvernementales locales (axe3). Les objectifs poursuivis sont de différents ordres dont : décrire et analyser les perceptions de l'Etat et ses représentants locaux sur le local ; décrire les obstacles à l'usage optimal des services existentiels de base délivrés par le gouvernement (services de santé, accès à l'eau, et conflits de gestion) à l'échelle du village ; et identifier les possibilités d'amélioration des services du gouvernement au niveau village, en vue de réduire la vulnérabilité et la fragilité de la population.

Le mérite de ce projet revient avant tout à l'Université de Ouagadougou et en particulier à l'Ecole doctorale de Lettres, Sciences Humaines et Communication (ED.LE.SH.CO) et au département de Sociologie qui en s'engageant dans cette collaboration scientifique interuniversitaire confirment leur ambition de former une relève académique de haut niveau en vue également d'œuvrer utilement à l'essor scientifique et socio-économique du Burkina Faso.

Il est aussi le lieu de saluer l'initiative de ce projet de recherche scientifique entre le Nord et le Sud. Il sied de remercier en particulier le premier artisan de ce projet, le Dr Helle Samuelsen, Professor associate, et Chef du département d'Anthropologie de l'Université de Copenhague. Derrière la personne du Dr Helle Samuelsen, je

voudrais montrer ma reconnaissance vis-à-vis de l'Université de Copenhague, en particulier envers le personnel du département d'anthropologie, celui de la Faculté de Santé et des Sciences médicales, et celui de l'Ecole internationale de santé globale.

Aussi, que les autres composantes de l'équipe de ce projet trouvent également ma profonde et sincère gratitude, et à cet effet, il me plaît de relever en particulier :

- La disponibilité, l'engagement et la qualité de l'encadrement du Dr Kamba André Soubeiga, Maître de Conférences en Socio-anthropologie et co-directeur de la présente thèse à l'Université de Ouagadougou.
- Le pragmatisme et la fertilité scientifique de l'accompagnement du Dr Tania Dræbel, Anthropologue, External lecturer/Department of International Health Institute of Public Health/ Faculty of Health and Medical Sciences/ University of Copenhagen. Tania Dræbel est co-superviseuse de ce travail à l'Université de Copenhague. Le contenu du savoir acquis et l'originalité de l'encadrement du Dr Tania Draebel m'ont édifié et aiguisé davantage ma soif d'apprentissage en Anthropologie et en Sociologie.
- L'attention et le suivi dévoué et appliqué de Dr Léa Paré/Toé, Chargée de recherches à l'IRSS/Bobo-Dioulasso. Le Dr Léa Paré/Toé a consacré du temps pour superviser mes travaux de collecte de données sur le terrain. Son assistance m'a été d'un soutien appréciable durant toute la période d'une investigation ethnographique in situ qui a constitué la source principale de production de données empiriques qui ont servi à l'écriture de ce document. Il est également juste de souligner son soutien dans la valorisation par l'analyse et la présentation des premiers jets d'analyse de mes données de terrain.
- La cordialité, et l'esprit de communication et de partage de savoirs de tous les membres de l'équipe du projet *Fragile Futures : rural lives in time of conflicts*. La soumission d'articles groupés à des revues scientifiques en ligne témoigne de la qualité de la collaboration, et en particulier de l'esprit de

groupe dans ce projet. Je remercie en particulier le Dr Korbéogo pour sa constante sollicitude.

- Au-delà de l'équipe de ce projet, je formule un sentiment de gratitude à l'endroit l'Ecole doctorale de Lettres, Sciences Humaines et Communication (ED.LE.SH.CO) de l'Université de Ouagadougou, pour les divers encadrements reçus.
- Je me saisis de ces lignes pour traduire également un sentiment de reconnaissance à l'endroit du Professeur Jean-Bernard Ouédraogo. Par son exemple et son appui matériel multiforme, le Professeur Jean-Bernard a su illustrer et demeure jusqu'à ce jour pour moi, un modèle d'engagement fécond dans la quête et la transmission du savoir.
- Ma reconnaissance va également à l'endroit du Professeur Jean-Baptiste Ouédraogo qui n'a jamais cessé de me prodiguer conseils, et qui m'a appris la persévérance et l'humilité dans le savoir.
- Ensuite, je félicite le Professeur André Nyamba, porteur et maître d'œuvre de la commission doctorale de Sociologie à l'Université de Ouagadougou. Son œuvre est scellée comme un acte historique dans l'évolution de la formation de haut-niveau en Sociologie au Burkina Faso.

J'exprime enfin ma gratitude à l'endroit de toutes les personnes qui ont accepté répondre à mes questions ou m'appuyer au cours de mon enquête de terrain. Je remercie en particulier : le personnel des formations sanitaires, mon assistant, mes informateurs clés, les voisins et amis, les guérisseurs traditionnels, le groupe du renouveau charismatique, le personnel de la mairie, les acteurs communautaires et associatifs intervenant dans le domaine de la santé, les femmes et hommes dans les ménages où des observations et entretiens ont été réalisés.

Abréviations, Acronymes, et Sigles

AIS : Agent Itinérant de Santé

ASC : Agent de Santé Communautaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

CMLS : Comité Ministériel de Lutte contre le Sida

CNLS-IST : Conseil National de Lutte contre le Sida - Infection Sexuellement Transmissible

COGES : Comité de Gestion des Structures de Santé

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

DGI : Direction Générale des Impôts

ICP : Initiative Privée Communautaire

ICP : Infirmier Chef de Poste

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MCCM : Médecin Chef du Centre Médical

MCD : Médecin Chef de District

PCD : Plan Communal de Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PSN : Politique Sanitaire Nationale

SCADD : Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable

TDR : Termes de Référence

VK : Vallée du Kou

Résumé

Les conflits dans les relations de soins traduisent des attentes thérapeutiques. La présente étude permet de l'affirmer. Il s'agit d'une étude micro-sociologique basée sur un travail ethnographique dans un village appelé Bama, situé à l'Ouest du Burkina Faso. L'analyse des conflits dans les relations de soins de santé s'est révélée pertinente sur les questions suivantes :

- les logiques individuelles dans les choix thérapeutiques ;
- les regards autour de la vie sociale des agents de santé ;
- la défiance-confiance envers l'agent de santé ;
- les rapports entre agents de santé formels et agents de santé informels.

Dans cette recherche, deux éclairages spécifiques ont pu être apportés sur la compréhension des conflits dans les relations de soins de santé.

D'une part, l'étude montre que le conflit existe au niveau des logiques de choix thérapeutiques prenant effet dans l'espace domestique des populations approchées au cours de l'enquête de terrain. Cette analyse est importante car elle permet de soutenir que le conflit dans les relations de santé peut se manifester en dehors des rapports de soins classiques entre agent de santé et usager des services de santé. Plus précisément, l'homme exerce un pouvoir d'influence sur la femme dans le processus de décision sur la quête thérapeutique. Qui plus est, le pouvoir d'influence masculin se répercute très souvent sur la temporalité et les modalités économiques des recours aux soins formels.

Le deuxième apport spécifique de cette étude est l'analyse de la défiance-confiance, qui se caractérise par une contestation de l'agent de santé par plusieurs patients qui viennent consulter dans les structures de santé du village. A travers les formes de contestations qui se manifestent, la défiance-confiance informe une relation conflictuelle reposant sur une perspective double : s'opposer pour revendiquer des

rapports plus égalitaires avec l'agent de santé, et pour défendre des préférences thérapeutiques. La confiance envers l'offre de santé formelle est donc l'élément de base sur lequel se fonde l'entreprise de défiance envers l'agent de santé local ; ainsi que les attentes formulées dans les domaines spécifiques où elles s'exercent : les actes prescrits par l'agent de santé (le diagnostic et la prise en charge), certaines normes du système de santé (cas des normes de la référence), et la perception de la qualité morale de l'agent de santé (probité) parfois établie selon l'accueil et le coût de l'ordonnance.

Mots-clés : relation, soins, conflit, attente, patient, thérapeute, village, Burkina Faso.

Abstract

Conflicts in care relationships convey therapeutic expectations. This study allows that assertion. It is a micro-sociological study based on an ethnographic work in a village named Bama and located in western Burkina Faso. The analysis of conflicts in health care relationships proved relevant on the following issues:

- Individual mechanisms in therapeutic choices;
- The perception of health workers' social lives;
- The defiance-confidence towards the health worker;
- The relationships between formal and informal health workers.

This research enlightens two specific aspects that helps the understanding of conflicts in health care relationships.

On one hand, the study shows that the conflict exists at the level of the mechanisms of therapeutic choices made in the domestic sphere of people approached during the field survey. This analysis is significant because it helps to support that the conflict in health relations can occur outside the traditional relationships between health care agents and users of health services. Specifically, men exert an influence over women in the decision process on the therapeutic quest. Moreover, the male power of influence is very often reflected on the temporality and economic terms of the use of formal care.

The second specific contribution of this study is the analysis of the defiance-confidence, which is the fact that many patients who consult in the village primary health facilities challenge health workers. Through the forms of disputes that arise, the defiance-confidence informs an adversarial relationship based on a double perspective: opposing to demand more equal relationships with the health worker and to defend therapeutic preferences. Confidence in the formal health services is therefore the basic element on which relies the defiance of local health workers as well as expectations in the specific areas in which they operate: the acts prescribed

by health workers (the diagnosis and treatment), some standards of the health system (case of the standards of reference), and the perception of health workers moral quality (integrity) sometimes established according to the reception and the cost of the prescription.

Keywords: relationship, care, conflict, expectation, patient, therapist, village, Burkina Faso.

Introduction

Le sujet du conflit en santé a été très documenté par des travaux ethnographiques et sociologiques. Cependant, face aux transformations contemporaines de la position du patient décrit comme un patient actif (Klein A, 2012), l'objet du conflit reste une problématique relativement intéressante. En Occident, l'importance de cet objet peut être illustrée notamment dans le domaine des soins en ce que ce domaine a donné lieu à des mouvements de pressions revendiquant une biomédecine plus à l'écoute de l'individu (Francine S & Eric G, 1999). A ce niveau, ce qui se voulait être la résultante de luttes civiles (mouvements associatifs de malades et de proches de malades) et d'initiatives de médecins s'est prolongé à travers des actes de résistance et de contestation, où le corps médical est critiqué et rejeté par des groupes appelés self-help affirmant ne plus vouloir dépendre de l'offre de santé (Eve B & Judith H, 2014). Ces réactions d'hostilité contre les milieux médicaux ont été parfois expliquées comme une opposition à certaines pratiques de recherches médicales jugées scandaleuses (cas d'expérimentations sur l'homme). L'une des conséquences de cette réforme a été d'augmenter le pouvoir d'influence et le droit du patient auprès du médecin (Moulin, A. M., 2010). Ce changement est décrit comme le désaveu de la politique paternaliste qui s'opposait à l'individualisme croissant du monde occidental (Massé R., 2001).

Dans le contexte africain, l'analyse du conflit peut être liée aux réformes produites ces dernières décennies sur les systèmes de santé de plusieurs pays. En effet, ces réformes ont entraîné un transfert du coût des prestations sanitaires vers les usagers des services de santé, et par conséquent une accentuation des inégalités d'accès à la santé (Haddad & Fournier 1995 ; Gilson, 1997).

Au Burkina Faso en particulier, les réformes en santé se sont traduites par une densification de la couverture sanitaire (à travers l'accroissement des infrastructures sanitaires), et une augmentation du nombre du personnel médical dans la mesure où de telles actions ont été perçues par l'Etat comme

des orientations politiques clés en vue d'une réduction des précarités, et d'un accès universel à la santé par les populations (Aude Meunier, 2000). Dans cette voie, la réponse sanitaire nationale s'est longtemps manifestée par une amélioration progressive de la couverture en infrastructures, le nombre de centres de santé ayant augmenté de 9,2% entre 2010 et 2011, passant de 1737 à 1897 (Ministère de la santé, 2012). Il est aussi noté un accroissement des ressources humaines (88,8% de centres de santé et de promotion sociale répondent aux normes en matière de personnel de santé), ainsi qu'une amélioration du taux global de fréquentation des centres de santé (0,7 contre 0,64 en 2010). Des réalisations se poursuivent dans ce sens à travers l'application du Plan national de développement sanitaire (PNDS), et de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD).

Cependant, une décennie après la déclaration des Objectifs du Millénaire pour le Développement¹, la situation du Burkina Faso reste l'une des plus critiques de la sous-région (VSO, 2010 : 5). Les indicateurs sociaux y demeurent en effet très éloignés de la moyenne subsaharienne (Balma & al, 2010). Ces indicateurs reposent sur les conditions de vie et le comportement des populations : insalubrité des lieux d'habitation ; mauvaise qualité de l'eau de boisson ; ignorance et inobservance des mesures d'hygiène de vie et d'hygiène alimentaire ; pauvreté économique définie par un seuil de pauvreté évalué récemment à 43,9% (VSO, 2010 : 12).

Pour expliquer ou saisir le gap entre une politique publique sanitaire relativement dynamique, et la persistance de la précarité décrite dans le domaine sanitaire, de nombreux travaux en sociologie et anthropologie de la santé évoquent des facteurs socio-culturels (Augé 1986, Fainzang 1999-2000, Green 1999) et économiques (Ridde 2003-2006, Marschal & Flessa 2008, Phlokhorel & al 2010). Le champ de la santé au Burkina Faso, et en particulier la problématique des politiques de soins demeure alors un sujet d'intérêt dans

¹ Les **Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)** sont huit objectifs adoptés en 2000 à New York (Etats Unis) par 189 États, ainsi que par Mme Rouge (représentante française de l'ONU, que les Etats membres de l'ONU ont convenu d'atteindre d'ici à 2015. La déclaration fut signée en septembre 2000.

la littérature scientifique. L'on pourrait dire de ce champ que le soin s'y découvre par ses lieux d'exercice domestiques et professionnels, des acteurs qui le mettent en œuvre, et des cadres institutionnels dans lesquels il est mis en œuvre (Calvez M, 2010). L'univers des relations de soins au Burkina Faso a été déjà saisi comme un lieu de rapports asymétriques entre soignants et soignés, et un espace mettant à nu des phénomènes tels que la domination, le clientélisme, la corruption (Gobatto I., 1999, Ouattara F, 2002, Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), ainsi que la violence du personnel de santé à l'encontre de malades (Friderich M-L., 2009). En effet, en dépit des analyses effectuées, l'objet du conflit reste toujours d'actualité sur un double plan : l'accès individuel et l'accès collectif aux soins de santé.

Sur le premier plan, certaines femmes en milieu rural restent privées du droit d'accès aux structures de soins modernes parce que leur mari s'y oppose (Nikiema B, & al, 2008, 2012).

Sur le second plan, des conflits plus ouverts se développent entre communautés et structures de soins périphériques. Récemment en septembre 2011, dans un quartier de la ville de Bobo-Dioulasso (ville située à l'Ouest du Burkina Faso, et à 25km du site de l'étude), des individus protestent contre le personnel de santé de la maternité de Sylla Sanon et incendient les locaux de la structure sanitaire. La pertinence de cette étude se justifiait donc par ces deux éléments qui dénotent de l'existence du conflit dans les relations de soins.

Qui plus est, la localité de Bama est marquée par une forte pression démographique et des conflits fonciers, liés à des flux migratoires et des spéculations sur la terre, qui se sont accentués au cours des deux dernières décennies (Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008).

Dans cette localité affectée déjà par des conflits dans l'accès et le contrôle des ressources foncières, il s'agissait alors de savoir si le conflit se manifeste également dans l'accès à la santé.

Ma recherche a interrogé le conflit dans les relations de soins de santé à travers les processus de décisions et les recours thérapeutiques dans le village de Bama. Elle s'est menée sur deux axes :

1/ Les oppositions dans les interactions homme-femme à travers le choix des réponses thérapeutiques face à la maladie dans les ménages. Les questions qui ont été traitées autour de cet axe ont trait aux conceptions de la maladie, aux logiques et modalités de choix thérapeutiques, à la temporalité des recours, et aux relations de genre autour des choix opérés.

2/ Les contradictions entre *acteurs* (soignant-soigné) dans le système de santé formel et informel. Les questions abordées dans cet axe portent sur les perceptions et attentes entre patient-praticien, les oppositions locales entre les catégories de thérapeutes au niveau formel et informel.

Ce document est structuré en sept (07) chapitres partagés entre trois parties. La première partie traite des aspects théoriques et méthodologiques de l'étude. La seconde partie entame le champ de l'analyse-interprétation des données. Cette partie est intitulée *Milieu, système de santé et acteurs*. Quant à la troisième et dernière partie, elle se poursuit dans la restitution analytique et l'interprétation théorique des données d'enquête. La troisième partie de cette thèse est titrée : *Du construit au conflit*.

Première partie : Cadre conceptuel

L'anthropologie de la santé est face au défi d'un nouvel objet, la biomédecine qui est de moins en moins une médecine au chevet du malade mais de plus en plus au chevet des populations (Massé, R. 2010). De nombreuses problématiques suscitées aujourd'hui par cette évolution sont traduites dans la problématique du lien entre le global et le local.

"Global and local are not spatial structures (levels, scales, places, distances, etc.), but different representations of space competing against each other in a process to determine within society the reality that society is." (Guy, Jean-Sébastien, 2010)

Interroger le local signifie donc faire attention au global, même si la réalité étudiée demeure le sens donné dans le local aux préoccupations suscitées sur un objet donné.

Pour étudier le local en tenant compte du global, la description de l'objet spécifique d'étude se présente alors comme une exigence scientifique, en sociologie tout comme en anthropologie. Il est difficile de cerner une question sociale telle que celle du conflit dans les relations de soins, sans la poser en en montrant la pertinence et l'intérêt. Cela nécessite de situer sur le contenu du questionnement, de décrire le contexte (Coleman, Simon, and Peter Collins, 2006), ainsi que les considérations théoriques et méthodologiques.

Chapitre I. Description de l'objet et considérations théoriques

I.1. Objet empirique

I.1.1. Considérations épistémologiques

Il est de plusieurs cas d'institutions de savoirs, telle celle de la santé où la position sociale et le rôle des individus en présence fixe un cadre de relations d'où ne pourrait être exclue la notion du pouvoir (Foucault M., 1972). L'espace sanitaire comme espace social de rapports est aujourd'hui caractérisé par le passage d'une tradition clinique à une modernité thérapeutique (Dodier, in Batifoulier P. & al, 2006). C'est le passage d'une époque traversée par la concentration des pouvoirs de décisions dans une seule sphère (le cadre du politique) à une autre époque caractérisée par une égalisation des pouvoirs d'influence, et la manifestation de conflits entre l'acteur et le système.

Dans les bouleversements qui ont émaillé l'histoire de la sociologie de la santé, Marc Renaud (1985) traduit le glissement d'une considération fonctionnaliste de la maladie (la maladie comme conduite sociale) à une approche plus conflictuelle et politique de la question (la maladie comme produit social). Le premier paradigme présente la conduite du malade comme un ensemble de comportements qui sont fonction de facteurs objectifs et subjectifs, par nature sociologiques et psychologiques, et non pas biologiques. La conduite du malade était donc reliée à des facteurs tels que le statut social, le sexe, l'ethnie, et le type de morbidité qui caractérise la maladie. Ce sont donc des éléments purement extérieurs à la profession médicale qui de fait, constituaient les références idéal-typiques du comportement social de chaque individu face à la maladie. Comme le montre Renaud dans le même écrit, cette approche explique le fait que les

sociologues intéressés par les questions de santé (depuis Talcott Parsons qui dans les années 1950 étudie la pratique médicale au *Massachusetts general hospital de Boston* ; Morin, Boltanski, Stœtzl qui s'intéressent tous de donner un contenu conceptuel à la notion de santé, aux comportements du malade vus sous l'angle de la sociologie) se soient penchés longuement sur le malade et la maladie comme tels, un peu à la manière des médecins. Ce regard sera changé dans le tournant des années 1970, au cours desquelles une nouvelle façon de voir la maladie et le malade apparaît, ouvrant ainsi de nouvelles pistes de recherche et de réflexion. Sous l'impulsion des mouvements sociaux (féministes et groupes populaires), s'effectuent les travaux d'Eliot Freidson sur l'étiquetage social et la profession médicale, et ceux de Michel Foucault, Erving Goffman, R.D. Laing et Thomas Szasz (Renaud, 1985). Cette approche naissante réoriente la perspective d'appréhension du phénomène de la maladie qui cesse d'être une situation censée correspondre au schéma de représentations et au système de pensée médical, pour être envisagé comme un « produit social ». La maladie, et le comportement social du malade dans le recours aux offres hospitalières ne sont donc plus à partir de-là, des domaines de rapports encadrés, régis seulement par le discours du professionnel de santé. Ils sont au contraire des registres rattachés aux perceptions et réactions des individus dans le sillage de liens sociaux ouverts sur des interactions et des conflits avec les institutions.

Dans son analyse, Freidson décrit précisément un conflit de perspective dans la relation entre médecin et malade, conflit dû à une divergence entre les univers sociaux et culturels des deux catégories d'acteurs : celle du médecin qui perçoit les besoins du malade selon sa vision professionnelle, et celle du malade définissant ses attentes selon son expérience quotidienne et son origine socio-culturelle (Herzlich, C., & Adam, P. 2007). Depuis les travaux de Freidson, le conflit s'est fixé comme un modèle paradigmatique dans les études sur les relations entre agents de santé et patients (Burton-Jeangros, 2005). Cependant, si le conflit est aujourd'hui traité comme une dimension structurelle de la relation de soins entre professionnels de la santé et

malades, l'analyse de Freidson émerge dans «un contexte de contestation des institutions, des savoirs et des pouvoirs» (Herzlich, C., & Adam, P., 2007). Cette dimension contestataire est quasi-similaire à celle qui caractérise la situation sociale et politique au Burkina Faso, depuis le tournant de l'année 2011 jusqu'à « la révolution » d'octobre 2014 (Hagberg, S., & al, 2015). L'intérêt spécifique d'une étude micro-communautaire sur le conflit entre professionnels de santé et patients se justifie également par ce contexte. Le contexte d'un objet est plus pertinent à considérer dans son étude plutôt que son caractère « neuf » ou « vieux » (Becker H. S., 2002).

Cependant, la recherche a significativement évolué dans le champ particulier de la santé. Aussi, dans une période relativement courte, la sociologie et l'anthropologie de la santé vont parcourir des thématiques diverses allant de la médicalisation de la société au sens du mal, en s'établissant plus récemment sur le sida et d'autres pathologies courantes (paludisme, tuberculose). Les thématiques liées à la représentation du corps, du bien-être, les maladies mentales, les questions liées à l'alcoolisme, à la toxicomanie, le cancer, etc. sont également explorées (Claudine Herzlich et Janine Pierret, 2010). L'apparition du phénomène du sida traité sous des inclinaisons disparates dans les différentes régions du monde (Kereoudan, 2011) a contribué à faire naître et exacerber une certaine conscience collective du risque se traduisant en termes clairs par le fait que la moindre pathologie suscite un sentiment d'urgence, et de réaction politique (Claudine Herzlich et Janine Pierret, 2010). Ce fait constitue l'un des intérêts majeurs d'une prise en compte des conflits dans les études contemporaines sur la santé.

Dans la présente étude, l'analyse s'articule autour de différentes formes de conflits définies par Picard, D., & Marc, E. (2008). Il s'agit notamment du conflit relationnel (lié au fait d'être en contact avec les autres avec qui il faut partager des espaces de pouvoir) ; du conflit d'intérêts (lié à une divergence d'intérêts) ; du conflit de pouvoir (lié à un rapport de force sous-tendu en

partie par des intérêts divergents) ; du conflit de relation (absence de consensus sur la nature de la relation : égalitaire ou professionnelle ou amicale,...) ; du conflit cognitif (lié à une divergence sur les opinions, les valeurs, les représentations idéologiques, la religion, ...).

Pour autant, la notion qui a orienté ma compréhension repose sur l'entendement donné dans les travaux de Lewis Coser (1956) qui porte une réflexion globale sur les fonctions sociales du conflit, à partir des chercheurs qui s'y sont intéressés. Il critique la vision pathologique du conflit, et prend appui sur l'œuvre de Simmel pour produire un essai sur les fonctions sociales du phénomène conflictuel. Sur cette base, Coser défend une conception fonctionnelle et utilitaire du conflit, en insistant sur son importance dans le renouvellement de l'ordre social. Dans une relation entre deux ou plusieurs individus, le conflit traduit un antagonisme, ce qui signifie une opposition qui se résout par une interaction. Il existe donc toujours une voie de résolution du conflit, que ce soit dans l'accord ou dans le désaccord. Il s'agit donc d'une dynamique essentielle, et un ingrédient de la construction du lien social. Le plus important n'est donc pas là où il y a désaccord, mais là où ce désaccord conduit. Par conséquent, le conflit dans un domaine se traduit par le type de relations sociales auxquelles il donne lieu. Le conflit dans les choix thérapeutiques renvoie donc à la manière dont les relations se passent au travers des désaccords qui se produisent à partir de cette relation. Il n'empêche pas alors la relation ; il la caractérise selon l'ordre et la dynamique qu'elle revêt. En admettant la pertinence de la fonction sociale du conflit décrite dans la théorie de Coser, une critique pourrait être adressée sur la conception idéalisée du jeu social dans la relation conflictuelle. En effet, l'existence du conflit chez Coser suppose un certain degré de consensus entre les adversaires, au moins sur le fait qu'ils maintiennent une relation faite d'antagonismes. Coser poursuit son raisonnement en disant que le consensus conflictuel entre deux parties peut se renforcer à l'apparition d'un adversaire commun. Ce troisième acteur constituera une cible commune pour les deux parties, et l'union se ferait entre les deux contre le nouvel ennemi

commun. Cette vision renvoie à l'image d'acteurs rompus dans une certaine éthique de responsabilité (Weber M, 1919), et qui subissent dans une certaine mesure l'emprise du conflit sans détenir le moyen d'interagir avec le phénomène indépendamment de la survenue de facteurs extérieurs.

Dans mon analyse, le conflit reste une action dans laquelle l'acteur développe sans arrêt des stratégies pour résoudre la divergence avec l'autre, soit individuellement soit collectivement. Plus précisément, le conflit matérialise le désaccord dans le processus de décision thérapeutique et de recours soins (individus, institutions de santé formels, prestataires privés, etc). Quel était alors l'objectif spécifique poursuivi ?

I.1.2. Objectif spécifique de recherche

A travers une articulation entre soins formels et soins non formels (médecine dite traditionnelle), cette thèse consistait à décrire les types de conflits qui se produisent dans les relations de soins, et de les analyser à travers diverses expériences individuelles et collectives du recours aux soins face à la maladie.

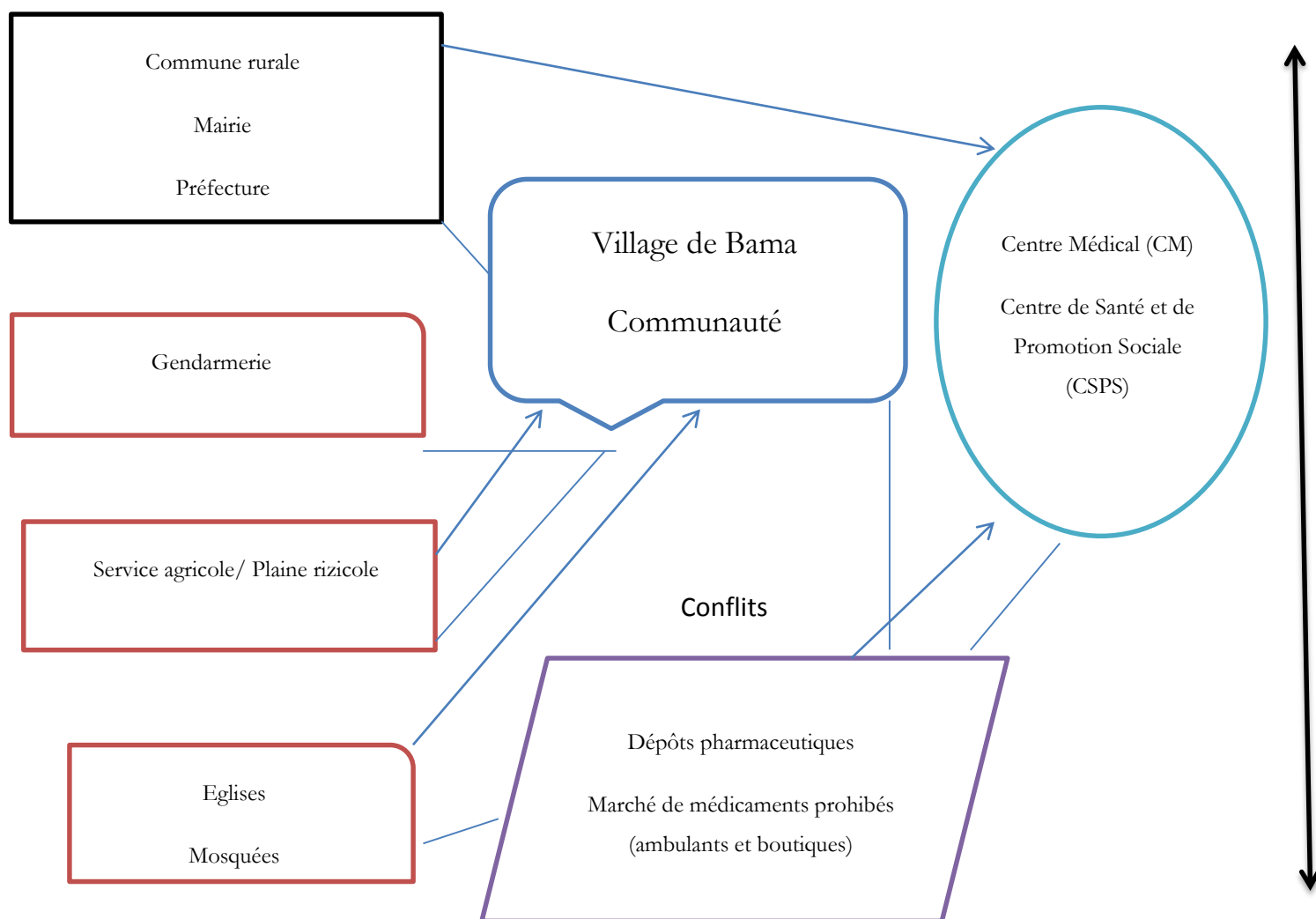
Pour ce faire, mon regard s'est porté sur les désaccords apparaissant dans le processus de décision du recours à domicile, les oppositions entre soigné-soignant, et les tensions entre les catégories de thérapeutes au niveau formel et informel.

Cet objectif de recherche a été poursuivi à travers une recherche microsociologique. Les analyses conduites ne s'écartent pas du contexte du lieu d'étude.

I.1.3. Contexte socio-politique du lieu d'étude

Mon enquête s'est effectuée dans le village de Bama. Comme le montre le schéma ci-dessous, ce village dispose d'une municipalité et de structures étatiques locales.

Schéma des infrastructures dans le village de Bama



Flèches bleues : relation administrative et politique entre les institutions locales et la communauté villageoise

Flèche noire : relations/conflits entre les institutions sanitaires, la communauté et les autres institutions.

- *Organisation sociale et politique de Bama*

L'organisation sociale et politique du village de Bama repose sur un système de chefferie traditionnelle, contrairement à d'autres villages organisés selon le système du lignage. Le pouvoir traditionnel est localisé notamment dans les quartiers de résidents majoritairement autochtones, les quartiers 1 et 2 de Bama. Les autres quartiers sont habités par différentes communautés. En effet, de fortes colonies de Yadcés provenant du Nord du Burkina Faso ; des hommes et femmes originaires du plateau central ; les ethnies san, senoufo, bwaba, bisa, etc. y sont également dénombrées. Dans ces quartiers, en lieu et place de chefferie traditionnelle et coutumière, il existe plutôt des responsables appelés délégués de quartiers.

- *Bama, un village de conflits*

En tant que zone de production rizicole et donc d'activité culturelle relativement intense, et aussi en tant qu'espace de concentration de l'administration publique locale de la commune, le village de Bama ressemble presque à un continuum rural-urbain. C'est une zone d'affluence migratoire restée sous l'attrait des possibilités agricoles (production rizicole notamment). La région de Bama avait connu depuis la famine survenue dans les années 1975, une arrivée massive de migrants venus entre autre du Plateau mossi. Plus récemment, avec le retour massif des migrants burkinabé menacés suite aux conflits en Côte d'Ivoire, la liste des demandeurs de terres cultivables s'est allongée (Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008).

La cohabitation entre plusieurs groupes ethniques possédant une organisation sociale et politique différente (sociétés lignagères et sociétés à chefferie traditionnelle), et l'afflux soudain de burkinabé venant de la Côte d'Ivoire, font de cette région une zone de conflits récurrents (PCD Bama, 2008-2012). Ces

conflits sont relatifs aux intérêts liés à l'accès à la terre marquée aussi par d'autres formes de spéculations : c'est le cas de l'acquisition massive de propriétés foncières par des habitants de la grande ville (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) qui auraient participé à détériorer la relation sociale autour de la question foncière.

Dans un tel contexte socio-politique, comment se structure la problématique du conflit dans les relations de soins de santé de manière générale, et plus spécifiquement dans le village de Bama?

I.1.4. Problématique

Les études sur les conflits dans les relations de soins en Afrique interrogent souvent la place et le rôle des acteurs dans un système de santé marqué par des recompositions depuis la décennie 1990. L'une de ces grandes réformes concerne les mesures de l'Initiative de Bamako (IB) adoptées au Burkina Faso en 1994. Dans cette réforme, les acteurs communautaires se sont retrouvés placés au milieu des enjeux de l'accès à la santé, étant impliqués dans la gestion économique et politique des établissements de soins primaires (Banque Mondiale 1993 : 456, cité par Gruénais Marc-Eric, 1999). Ces acteurs sont également affectés au rôle central de production de la relation entre les professionnels de santé et les communautés (Ridde, 2003). Mais ce mécanisme de participation communautaire est défini dans la refonte de la politique institutionnelle de l'Etat. Il reflète un double chevauchement entre une trajectoire politique soucieuse de formaliser son adhésion à des résolutions internationales (l'Initiative de Bamako faisant partie des réformes encouragées par l'OMS et la Banque Mondiale notamment), et des structures de développement privées (associations, et ONG) qui décident de combler les insuffisances dans l'accès des populations à la santé (Monné, 2010).

Au Burkina Faso, ce modèle est analysé comme un échec face à l'actualité d'une faiblesse persistante du niveau d'accès de la population aux soins de santé publique². En milieu rural, la faible fréquentation des infrastructures par les populations était toujours évoquée jusqu'à la fin de la décennie 2000 (Meunier 1999 : 53, 141). Dans certaines localités rurales, notamment dans la région du Boulgou (Tenkodogo) dans le Sud-Est du pays, elle est plus récemment soulignée comme un paradoxe, vu l'intensité des initiatives communautaires visant la promotion de l'accès à santé dans les localités rurales (Samuelsen H., 2004).

Au-delà d'une application incomplète des réformes globales (Ridde V., 2006), le conflit s'est aussi révélé comme une clé de lecture de la faible performance du système de santé au niveau local. En Afrique de l'Ouest, les conflits sont d'une part décrits par la confrontation entre les savoirs populaires et les savoirs médicaux (Jaffré Y, 1999) ; d'autre part, ils sont analysés à l'intérieur des relations soignants-soignés dans les établissements de soins primaires et secondaires (Olivier de Sardan J.P & Jaffé Y., 2003). Sous une autre perspective, le conflit dans les relations de soins a été appréhendé dans l'analyse d'une faible satisfaction des usagers qui accusent le coût élevé des prestations, et la faible performance des agents de santé (Bodart et al, 2001).

L'analyse du conflit dans les rapports de soins se révèle alors particulièrement abondante.

Toutefois, dans une configuration micro-communautaire, la problématique du conflit ressurgit comme un enjeu important dans l'accès aux soins de santé, notamment dans le cadre du pouvoir de décision entre l'homme et la femme (Bila, B., & Egrot, M. 2009, Nikiema et al. 2008).

Outre cette littérature, des circonstances spécifiques permettent de poser la problématique du conflit dans les relations de soins de santé dans le milieu

²OMS, 2010, Burkina Faso country health profile, in <http://www.afro.who.int.ep.fjernadgang.kb.dk/en/burkina-faso/country-health-profile.html>, visité le 08-03-2013.

rural particulier de Bama. Ces circonstances spécifiques portent sur les indicateurs socio-sanitaires, et sur les observations faites au cours de mes premiers regards exploratoires dans le village de Bama.

D'une part, le système de santé formel est celui du district, à côté d'un système informel ou moins formel, la médecine « traditionnelle ». Dans le système de soins formels, sur les dix CSPS de la commune rurale dont il fait partie comme chef-lieu, le village de Bama dispose de deux CSPS : celui de la Vallée du Kou et celui de Bama récemment érigé en Centre Médical (CM). Les deux établissements de santé publique sont relativement peu distants l'un de l'autre.

Le contexte lié à la santé est aussi dans les statistiques du ministère de la santé. Selon ces statistiques, la région des Hauts-Bassins dont relève Bama a enregistré l'une des plus fortes prévalences en maladies infectieuses, et la plus forte prévalence en matière de tuberculose (une prévalence équivalant à deux fois la moyenne nationale) au cours de l'année 2009 (Ministère de la santé, 2010). Qui plus est, la distance géographique entre les zones d'habitations et les centres de santé se trouve toujours parmi les plus importantes, même si en moyenne elle est jugée satisfaisante : 0 à 5 kilomètres pour 58,6% des habitants ; 10 kilomètres pour 24,7% ; et plus de 10 kilomètres de distance à parcourir pour 17% de la population de Bama (PCD Bama, 2008-2012). Il s'agit donc d'une région relativement fragile en termes de performances en santé publique. D'une fragilité potentielle (liée aux conflits dans l'acquisition de la terre) aux préoccupations qui se posent dans le domaine de l'offre sanitaire, la région de Bama constitue une région particulièrement sensible, où 50% des décès sont dus entre autre à des maladies endémiques telles le paludisme et le sida (Meunier, 1999). Cette situation pose une contradiction au moment où ces pathologies sont prises en charge au niveau primaire de la division sanitaire nationale. La région dont fait partie Bama (Hauts-Bassins) est aussi caractérisée par une mortalité et une létalité infantiles qui constituent les plus importantes

dans le pays, alors que l'accessibilité géographique des CSPS s'est fortement améliorée.

D'autre part, les premiers indices notés au cours de mon enquête exploratoire de terrain laissaient entrevoir des rivalités et des oppositions, notamment entre deux catégories d'acteurs dans la typologie des offres de recours informels : les acteurs du recours religieux (communauté de prière qui offre des thérapies de prières de guérison), et les devins et « tradi-thérapeutes ». La pratique de l'automédication était aussi cataloguée comme une pratique très répandue selon les agents de santé. Ce phénomène est relevé comme une préoccupation par les agents de santé et les populations. Pour expliquer l'automédication, des notions de facilité étaient évoquées par les prestataires des services de soins publics, là où quelques individus dans le village me renvoyaient à l'appréciation de la gravité de la maladie, et au coût des soins hospitaliers.

Mais le dernier fait notable qui m'a conforté davantage sur la pertinence d'une investigation autour du conflit dans le domaine sanitaire, c'est un soulèvement collectif en décembre 2012, contre le système de référence dans les structures de soins primaires du village.

De ce qui précède, le conflit informe-t-il les relations de soins dans le village de Bama ?

De manière plus spécifique, la recherche visait à répondre aux questions suivantes :

Les décisions thérapeutiques dans les ménages sont-elles conflictuelles ?

Les rapports entre patients et thérapeutes sont-ils affectés par des conflits ?

La thématique du conflit est traitée dans des publications antérieures, et l'analyse de certains de ces textes a été perspicace et utile pour la définition de l'objet analytique de cette recherche.

I.1.5. Revue de littérature

La lecture des travaux sur la santé et la maladie m'a instruit d'entrée de jeu sur le fait que la conduite sociale de l'individu a été souvent perçue soit comme l'effet de facteurs structurels impactant la conduite médicale des individus (Farmer, 2004, in Graig R. Janes and Kitty K. Corbett, 2009), soit tel le résultat d'arènes de petites échelles dans lesquelles les sens locaux sont renseignés et ajustés (Ginsburg et rapp.1995 b: 8, in Graig R. Janes and Kitty K. Corbett, 2006).

Profession médicale et santé : le pouvoir des soignants sur les soignés

Parmi les travaux de recherche sur la relation entre les systèmes de santé et les individus, certains montrent que la construction de la maladie s'élabore à l'intérieur d'interactions sociales où le savoir médical est employé comme moyen de persuasion. A travers ce savoir, ses détenteurs exercent déjà une influence voire une domination symbolique dans la représentation de la maladie, de son sens, et partant, de la réponse qu'elle suscite. L'étude de Goffman Erving sur les conditions de vie de malades mentaux dans un asile présente un intérêt dans ce sens : elle illustre précisément le pouvoir de contrôle exercé par l'institution médicale sur ces malades mentaux, à travers l'encadrement du personnel interne soignant au sein de l'hôpital psychiatrique (Goffman Erving, 1968). Goffman montre comment la perception médicale de la déviance dispose les soignants à vouloir imposer aux malades une relation de contrôle fondée sur l'encadrement de ces derniers en vue de leur réinsertion dans la vie sociale *normale*. Cette quête se traduit selon lui par un échec du fait que les malades internés découvrent à travers ce mécanisme, des failles

qui leur permettent de générer des adaptations secondaires, et de dévier l'identité qu'on tente de leur imposer. Il s'agit alors d'un cas de contradiction entre la faculté d'imposer l'offre de soins et la réception qui en est faite. Cela veut dire que si les médecins possèdent le pouvoir de soumettre les choix thérapeutiques des malades à l'autorité médicale, cette autorité repose avant tout sur la puissance de la science médicale. Dans l'aire consultative, cette science médicale montre une interaction entre soignant-soigné qui traduit alors un diagnostic construit par les référentiels d'un cadre de compétence légitime institué qui permet d'inscrire le malade dans la pathologie. Conscient ou non, le choix de l'individu est alors contraint par la référence au système médical qui désigne un traitement, et assure davantage par ce traitement, le contrôle social du corps biologique.

Les travaux de Goffman et de Freidson rendent compte du lien entre la conduite médicale des individus et la construction des systèmes de santé³, mais ne décrivent pas l'environnement culturel des malades qui fait souvent de la maladie un phénomène complexe (Drhule Marcel, 1996). Au-delà de la dimension des systèmes de santé, la complexité de la maladie peut dès lors se laisser analyser dans la dynamique des choix thérapeutiques.

Constructions sociales et choix thérapeutiques

Dans une récente ethnographie, Didier Fassin (2008) montre l'emprise de ce modèle dans la relation des soignants vis-à-vis de leurs patients dans un hôpital sud-africain. D'une situation de confiance témoignée à l'endroit de l'institution médicale, le patient est poussé à prendre part au processus de son traitement, sous l'influence d'une nouvelle conduite du corps médical étant lui-même sous l'emprise de nouvelles règles internes, et principalement celle de devoir garder en vie tout patient admis vivant, à l'intérieur de l'hôpital. Fassin arrive à montrer dans son analyse que l'éthique médicale relève d'une pratique

³ L'anthropologie médicale : au carrefour de la culture et de la médecine. In <http://www.anthropologieenligne.com/pages/infosite1/html>

quotidienne des agents de santé qui en arrivent souvent à distordre les normes, ainsi que le principe élémentaire de la profession médicale reposant sur les valeurs humanitaires (estime pour la personne et intérêt pour son mal). A travers l'exemple qu'il expose, le modèle du patient actif qui s'intéresse à l'explication sur son mal et au traitement qui lui est proposé (plutôt que de s'abandonner dans les mains de son soignant) impose au thérapeute le retour au *serment d'Hippocrate*⁴. La conduite du malade influence donc les rapports entre soignants-patients, et peut s'avérer déterminante dans le domaine de l'offre médicale.

A l'instar de ce qui vient d'être décrit, ces rapports peuvent se traduire par des conflits de perceptions, de logiques, et d'intérêts.

Par ailleurs, la réponse thérapeutique à la maladie oscille souvent entre l'offre formelle classique (médecine hospitalière moderne), et les médecines dites alternatives telles la pharmacopée ou la « tradi-thérapie » (Edjenguèlè Mbonji, 2009) qui a tendance à s'institutionnaliser dans les sociétés africaines⁵. Cette articulation entre ces différents types de médecines rend également raison du lien social et culturel intervenant dans la logique des choix thérapeutiques des malades.

Lien social, culturel et choix thérapeutiques en santé

La rencontre des espaces sociaux (par exemple la famille, les amis, etc.) dans le domaine des choix de thérapies en santé laisse apparaître la diversité des facteurs intervenant à l'intérieur de ce processus (Seybold, 2002). Dans plusieurs contextes africains, la quête des soins dans la maladie met alors en

⁴ Serment juré par le jeune médecin qui s'apprête à exercer la profession médicale, et qui jure vouloir l'exercer dans le respect de l'éthique médicale.

⁵ Depuis 2003, la région africaine célèbre sous l'égide de l'OMS, la journée mondiale de la médecine traditionnelle avec pour rôle de sensibiliser le public sur l'apport essentiel de la médecine traditionnelle dans l'amélioration de la santé des populations (in <http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/dsd/medicaments-essentiels/highlights/3676-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle-2012.html>, visité le 20/12/2012)

exergue la production du sens attribué à la situation de maladie dans l'environnement de vie du malade. Dans cette optique, les réponses représentent des modèles stratégiques qui sous-tendent l'interprétation de la maladie, et la définition des attentes en termes de guérison. Dans le contexte africain, les représentations symboliques individuelles et collectives participent donc de façon cruciale à la construction de la maladie et des choix thérapeutiques dans les sociétés dites « traditionnelles » comme dans celles « modernes » (Fainzang 2000 : 6, Beirshmann et al 2007). Ces facteurs culturels sont des répertoires de savoirs qui produisent le sens des réponses à la maladie, et sous-tendent des conduites qui instaurent une relation de pouvoir dans les relations de soins, notamment au niveau du choix des recours thérapeutiques. Autrement dit, la connaissance ou l'information détenue par le canal de la culture et de la communauté d'appartenance sont des critères importants dans la logique des choix thérapeutiques en santé. Le cas des sociétés bisa et bobo au Burkina Faso reflète cette réalité.

Etiologie de la maladie en milieu rural au Burkina Faso

- Cas de la société bisa vue par Sylvie Fainzang

Plusieurs anthropologues ont réalisé des études sur les perceptions et les pratiques de santé à l'intérieur de sociétés rurales du Burkina. C'est le cas de Sylvie Fainzang (1986) qui s'intéresse aux représentations de la maladie et aux pratiques sociales des Bisa du Burkina, en lien avec leurs croyances religieuses ou cosmologiques. Elle étudie en particulier la relation que les populations bisa entretiennent avec l'institution divinatoire qui se fait interprète et régulatrice des comportements sociaux. Elle analyse les réactions des populations bisa face à la maladie, à partir d'une approche culturaliste et symbolique ; et permet de comprendre que les Bisa accordent une importance consubstantielle à l'existence des génies ; ce qui favorise le contrôle social des pratiques individuelles. Dans tous les domaines de la vie en effet, l'auteure constate que l'évocation des génies est faite pour expliquer des événements conçus a priori

comme négatifs ou comme positifs. Selon cette analyse, l'événement est perçu soit comme une sanction, soit une faveur qui peut être interprétée comme une récompense à un comportement exemplaire. La maladie comme sanction transparaît de ce point de vue comme une situation de décadence sociale qui altère quelque peu la position sociale de l'individu (en termes de prestance, de respectabilité et d'autorité dans l'espace des relations entre le malade et son groupe). En décrivant le système nosologique des communautés rurales bisa, Fainzang montre une tendance chez ce groupe à saisir la maladie à travers sa cause, et les rites à accomplir pour un retour de l'individu dans une santé jugée meilleure. La guérison serait également perçue comme une réconciliation avec l'organisation des croyances divinatoires auxquelles le sens de l'apparition de la maladie se trouve rattaché. Mais, l'explication fournie à la maladie chez les Bisa tient également compte d'une théorie de la présence d'agents pathogènes dans l'organisme. Cette conception de la maladie renferme par ailleurs une approche biologique assortie d'une allusion à des éléments symboliques ; et plus particulièrement à des métaphores illustrées par des éléments de la nature (arbre, animal) qui sont employés pour nommer la maladie. Ces représentations sont frappées d'interdits et de convictions partagées qui réglementent la relation des individus avec les éléments de la nature, et qui sont justifiées par la thèse de la prévention de la maladie. La société bisa entretient une liaison de déterminations qui dictent à l'individu des contraintes structurelles, émanant de la tradition des connaissances et des représentations du monde. La maladie comme sanction, c'est aussi comme le dit Fainzang en s'inspirant de la thèse de Françoise Héritier (Françoise Héritier, 1971 : 243), l'accomplissement d'une destinée qui a pu être forgée par les paroles prononcées par l'intéressé lui-même qui s'illustre alors comme l'auteur de son mal. La maladie est conceptualisée comme un phénomène arbitraire dont l'apparition relève de la transgression des lois sociales. Le lien coercitif est ainsi fixé entre le sujet et l'entité sociale, mais le contrôle de la règle est assuré aux frontières du discours divinatoire dont la puissance opératoire est reléguée au second plan de l'apparition de la maladie qui entraîne par ailleurs

deux actions : soigner le malade en le délivrant du poids de sa souffrance, et expliquer la cause de la maladie pour induire un retour à l'ordre de l'individu ou l'amener à réaliser l'objet de sa sanction. Ceci signifie par conséquent que la pratique de soins évoquée dans cet espace de connaissances, bien qu'elle se base sur les référentiels ayant trait à la conception du monde (l'existence divine, la croyance aux génies et en leur faculté de bienfaisance et de nuisance, ainsi que l'exprime le surgissement de la maladie) n'exclut pas l'intervention de l'élément pharmacologique. Mais le fait que la maladie soit socialement construite comme un phénomène renfermant une explication symbolique, et dictant des recours divinatoires ne traduit pas une absence de recours à la médecine occidentale dans les structures de soins modernes. Fainzang observe l'évolution des taux de consultations sur trois mois consécutifs. Elle constate que la masse du public qui sollicite les structures de soins modernes est plus forte durant les périodes de renouvellement des stocks de médicaments à distribuer. La compréhension qui peut être faite sur cette réalité met en exergue l'existence d'une préoccupation essentiellement économique qui ne remet pas en cause la « science du blanc », mais la relègue plutôt au bas du classement dans le registre des dépenses économiques du malade. Pourquoi dépenser de l'argent pour acquérir des médicaments qui en des temps donnés sont offerts gratuitement ? Cette question semble à mon avis décrire une attitude rationnelle qui rend quelque peu raison d'une relative situation de pauvreté économique, sans toutefois occulter l'hypothèse d'un intérêt secondaire pour la médecine occidentale notamment en termes de choix. En effet, comme observé par Fainzang, il arrive que celle-ci soit stratégiquement contournée ; ce qui n'est pas réellement le cas de l'institution divinaire qui se laisserait définir dans l'ancrage des habitus sociaux quotidiens. Du reste, l'auteur de « L'intérieur des choses » analyse la question dans cette veine en évoquant une cherté absolue et une cherté relative des produits ; et en déduisant que la santé au dispensaire ne bénéficie pas forcément d'une réelle attention même lorsque le malade possède les moyens pour acheter les médicaments prescrits pour ses soins. S'agissant du devin par-contre,

l'apparition de la maladie implique de rechercher la cause mystique de cette déconvenue, en vue non seulement de soigner la maladie mais aussi de réparer l'irrégularité qui en a été à l'origine. Fainzang fait remarquer cependant qu'il y a des cas de pathologies pour lesquelles le nombre de consultations se trouve généralement plus élevé ; et elle cite les accès de fièvre faisant soupçonner le paludisme, de même que la filariose. Ces deux maladies attirent le plus de patients sans pour autant que cela n'induit un changement de regard dans le sens d'approuver une supériorité de la médecine moderne sur les recours traditionnels et magico-religieux. De la pensée de Fainzang, la ruse de la raison divinatoire dans la société traditionnelle bisa est de savoir qu'elle peut exercer un pouvoir sur les individus et leur ordonner des comportements déterminés : une faculté d'influence qui procèderait d'une construction sociale des événements affectant la vie des personnes, et au milieu de laquelle se situe la question de la maladie. Ce pouvoir d'influence est comme cela est perceptible, dépendant de l'idéologie collective forgée sur le cosmos, l'origine divine de la vie, etc. A l'instar des populations, le devin est guidé par cette idéologie, à la principale exception que ce dernier est considéré comme moteur ou catalyseur de la reproduction sociale de cette logique de pensées, et de pratiques sociales. La cohésion et l'équilibre social de la société bisa serait donc le produit de cette idéologie fondatrice de valeurs et de règles au travers desquelles se reproduit et évolue la vie sociale. Cette réalité correspond-elle au cas de la société bobo ?

- *Cas de la société bobo vue par Alice Desclaux*

Parmi les travaux effectués essentiellement sur la société bobo figurent relativement peu de monographies portant sur l'objet de la santé et de la maladie. Cependant, dans une étude menée sur le site de la région urbaine de Bobo Dioulasso, Alice Desclaux publie un texte dans lequel elle décrit une société Bobo composée majoritairement de Bobo-Madare (nom préféré par les habitants) ou Bobo-fing (nom donné par les Dioula au moment de la colonisation) installés dans le sud-ouest du Burkina ; et la minorité dans le

sud du Mali (Desclaux A., 1996). Les Bobos vivent regroupés autour d'unités villageoises désignées comme telles même au sein de la ville. C'est le cas des villages de Tounouma et Dioulassoba situés au cœur de la ville de Bobo-Dioulasso qui est par ailleurs habitée par d'autres groupes ethniques dont celui des Mossis. A l'intérieur de chaque village bobo se déroulent les fonctions économiques, sociales et religieuses. Malgré l'existence de liens de parenté transparaissant entre les villages, chaque village est autonome dans son fonctionnement. La vie sociale et culturelle en société bobo est marquée par une représentation du sacré manifeste dans les rites d'intercession associés à des besoins sociaux divers : demander essentiellement de bonnes récoltes, et la protection des hommes contre les maladies et les dangers qu'ils peuvent rencontrer en brousse pendant la période des cultures. Dans chaque village bobo, les fonctions sociales et politiques sont régies par trois grands responsables dont le sogo (brousse) ; le vo (aîné) ; et le dovo qui organise le culte obligatoire autour de la divinité Do. Le Do contrôle les fonctions politiques et sociales dont la santé.

Si les travaux de Desclaux n'analysent pas en profondeur le lien entre l'institution divinatoire et les perceptions et conduites en santé, ils décrivent une réalité sanitaire qualifiée de pluralisme médical. Pour illustrer ce pluralisme thérapeutique dans l'approche sanitaire des populations, Desclaux se réfère au modèle classique de Kleinman (1980) permettant de distinguer trois secteurs :

- Le secteur populaire : il s'agit d'une phase de traitement pathologique au cours de laquelle le malade est pris en charge à domicile par les proches (exemple des mères s'occupant de leurs enfants). A ce niveau, ce sont les connaissances et expériences périphériques des acteurs domestiques qui s'expriment au premier plan. Les recours se rapportent soit à des traitements préparés essentiellement à partir d'écorces et de feuilles que les mères se procurent au marché ou en brousse ; soit à l'achat de comprimés pharmaceutiques officiellement interdits à la vente.

- Le secteur traditionnel : cet axe de soins concerne le recours à des herboristes, des guérisseurs, des devins et des thérapeutes islamiques. Les herboristes sont en majorité des femmes et vendent des remèdes essentiellement destinés aux enfants. Ces remèdes renvoient donc aux modèles étiologiques des mères, et sont en outre à base de plantes et de minéraux. Quant aux guérisseurs, ils soignent toutes les maladies courantes et fondent leur savoir sur des techniques de traitement. Ils procèdent d'abord à un diagnostic étiologique, puis à la préparation du traitement dans laquelle s'invitent aussi des pratiques symboliques. Les devins interviennent sur la maladie par des techniques reposant sur l'utilisation de cauris ou sur la lecture dans l'eau. Leur intervention concerne le diagnostic étiologique de la maladie, et son traitement essentiellement symbolique et social. Pour ce qui est des thérapeutes islamiques, ils sont d'abord des religieux et secondairement des thérapeutes se basant sur l'utilisation du Coran pour délivrer leurs soins.

Les tradi-thérapeutes de Bobo-Dioulasso sont organisés en Association, mais ont tendance à orienter leurs activités sur le modèle du système biomédical, tout en se revendiquant thérapeutes traditionnels.

- Le secteur biomédical : ce secteur se caractérise par l'existence de centres de soins formels fonctionnels. Il y a notamment le Centre Hospitalier National Sanou Souro, et les structures de soins primaires (Centres médicaux avec antenne chirurgicale ; centres médicaux ; ou centres de santé et de promotion sociale) dans les villages environnants dont celui de Bama.

Au niveau de ce secteur biomédical, Desclaux relève un problème d'accessibilité lié au tarif élevé des prestations.

Coûts des soins et choix thérapeutiques au Burkina : une économie médicale de la contrainte?

Sans verser dans le jargon de « l'exclusion des pauvres », plusieurs études (Beiresmann et al 2007, Marschall et al 2008, Pokhrel et al 2010) montrent que les choix thérapeutiques composent aussi avec les contraintes liées aux coûts des prestations dans les centres de prestations sanitaires ruraux du Burkina Faso. La question qui est souvent abordée dans le registre des limites économiques des populations est celle de la cherté des médicaments. Sur ce plan, il est noté combien l'absence d'un système général d'assurance accessible aux milieux les plus pauvres occasionne de lourdes dépenses voire des sacrifices endurés sur le dos des économies domestiques (Nikiema et al, 2008). A-t-on affaire alors comme s'interroge Seybold (2002) à un système d'offre de soins distant de l'expérience individuelle des malades caractérisée par la contrainte économique ? Si comme déjà commenté plus haut, les politiques de santé au Burkina sont alignées sur la perspective d'accroître la fréquentation des centres de santé, n y-a-t-il pas alors une contradiction que l'accès aux traitements (comprenant aussi bien la consultation médicale que les médicaments) se fasse selon des conditions prohibitives ? Les obstacles économiques dans l'accès aux soins de santé en milieu rural burkinabé pourraient donc alimenter des conflits autour du processus de négociation et de sélection des offres de santé ; ce d'autant qu'une augmentation des ressources économiques en santé est envisagée comme une solution pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé moderne (Marshall et al 2008, Pokhrel et al 2010).

Synthèse de la revue de littérature

En définitive, les résultats des travaux effectués sur les relations de soins et les choix thérapeutiques en santé rendent compte de logiques et pratiques liées à divers facteurs. Il peut s'agir de conceptions de la maladie qui influencent les choix thérapeutiques des demandeurs de soins en milieu rural burkinabé (Beiresmann et al 2007). A contrario, il peut être question d'une

absence de ressources financières qui a souvent été présentée comme facteur justifiant l'orientation vers des recours moins onéreux tels que l'automédication et la médecine traditionnelle (Mugisha et al, 2002). Dans les deux cas, le terrain des choix et relations de soins de santé se révèle un champ de dynamiques renvoyant à des expériences individuelles contradictoires dans la maladie (Kleinman, 1980). Le fait par exemple de lier les difficultés des femmes rurales du Burkina à recourir aux soins modernes (Nikiema & al, 2012) avec le contexte de pauvreté structurelle des ménages, illustre une interférence entre plusieurs facteurs dans le jeu de pouvoir. Il ne s'agit donc pas d'une simple asymétrie dans la relation de sexe, mais surtout d'une addition de situations objectives rendant manifestes à la fois des enjeux de pouvoir, des perceptions, ainsi que des questions économiques, sociales et culturelles. Chaque question est susceptible de cristalliser des tensions dans les relations de soins et la sélection des recours thérapeutiques.

De l'analyse de Fainzang qui situe sur les interactions entre l'individu et les systèmes de représentations culturelles de la société bisa, ainsi que la fonction sociale et politique de ces représentations (Fainzang, 1986), j'ai retenu d'une part la pertinence d'une approche interactionniste dans ma recherche. Egalement, l'usage des constructions sociales par Fassin (2000, 2005) dans l'étude des choix thérapeutiques et des relations de soins constitue une démarche perspicace.

De ce qui précède, mon regard sur l'objet sur le terrain s'est nourri de ces perspectives théoriques. Ce regard s'inscrit dans l'argumentaire proposé par d'autres chercheurs relativement connus. Il s'agit de Ervin Goffman et de Pierre Bourdieu.

I.2. Objet analytique

Mon approche analytique dans l'étude de l'objet empirique s'est projetée au-delà d'une interprétation culturaliste. L'analyse prend appui sur la théorie interactionniste de Ervin Goffman, et la théorie du constructivisme social développée par Pierre Bourdieu. Ces deux théories ont été utilisées à partir d'une perspective compréhensive.

I.2.1. Positionnement théorique

- La pensée de Goffman

Goffman né en 1922 au Canada est considéré comme l'un des plus illustres sociologues du XXe siècle. Il consacre sa vie entière à l'étude des interactions. L'interaction se déroule quand deux individus se rencontrent. L'interaction est un ordre social qui participe selon lui de la réalité sociale. Goffman dans son œuvre emploie deux concepts majeurs : le rite qui fait allusion au rituel, à la répétition d'un acte ; et le jeu qui désigne les acteurs comme des stratèges, des calculateurs à la recherche d'intérêts personnels. Sa méthode s'appuie sur l'usage et l'explicitation des concepts ; il esquivé la démarche des hypothèses et utilise des sources diverses (extraits de manuels de savoir-vivre, articles de presse, histoires inventées de toute pièce) qui lui valent de vives critiques, et une interprétation controversée du courant d'appartenance dans lequel s'inscrit son œuvre. En effet, si certains le classent dans le bord de l'individualisme méthodologique, d'autres le considèrent comme un holiste méthodologique. Pour différents objets empiriques, Goffman s'attache à la théorie interactionniste. Il fait reposer tout son travail sur la pratique

d'observations participantes. Il pratique plusieurs terrains qui lui valent de nombreuses publications, à commencer par sa thèse consacrée à l'analyse des interactions « face à face » dans la communauté islandaise du Nord de l'Ecosse. Pour cette étude, il passe de nombreux mois d'études en Ecosse. Son œuvre *Asiles* lui coûte également un séjour prolongé en milieu psychiatrique où il observe les acteurs en scène. Dans toutes les études qu'il réalise, le terrain occupe une place importante. En 1967, il publie les *rites d'interaction*. Il utilise dans cette œuvre le concept de rituel pour illustrer la rencontre face à face dans les interactions quotidiennes. Ainsi, l'œuvre de Goffman est entièrement tournée vers l'analyse des interactions sociales. Dans « Les rites d'interaction », il développe une réflexion pour comprendre les lois qui régissent les échanges entre les individus, et sur la place de chaque interactant dans ce mécanisme social. Il ne considère pas que ce mécanisme qui régit les activités et les rapports entre individus soit à l'origine de l'organisation sociale. Selon lui, la réalité sociale est caractérisée par un ordre préexistant qui se traduit seulement ensuite par le mouvement d'échanges relationnels. L'interaction est donc secondaire par rapport à un ordre social structural qui lui préexiste et qui la détermine. Toutefois, c'est à partir de l'observation de celle-ci que l'on peut déterminer et comprendre l'ordre social en question. L'illustration de cette théorie par l'exemple des joueurs du jeu d'échec se rapporte à l'idée qui en est dressée. Le fait est que le jeu d'échec est conçu selon des règles qui l'accompagnent et guident les jeux d'acteurs ; mais dans la pratique, l'usage de ces règles est l'objet d'une réinterprétation individuelle qui offre à chaque partie du jeu un caractère inédit reflétant du même coup un cadre potentiel d'analyse sociale. Ce cadre d'analyse permet de situer tout agent social dans son espace en levant le voile sur ce qui dans son apparence, son discours et son comportement se rapporte au domaine des références collectives (forgées notamment au travers le phénomène de la socialisation) ; et sur ce qui a trait à des considérations tout à fait personnelles. Si le recoupement entre ces modalités dissonantes du jeu d'acteur a tendance à être vu par cette théorie comme une situation ordinaire

de la vie sociale ; la prééminence de l'une de ces modalités comporte un risque de stigmatisation pouvant signifier la mise à la marge de l'agent social se trouvant dans cette situation. Dans le brassage relationnel quotidien, chaque acteur est donc soucieux de refléter la face qu'il acquiert au contact des autres, sans négliger celle qui tient de son idéologie subjective. Il s'agit de pouvoir s'adapter aux considérations des autres pour mériter de figurer dans le groupe, et de réussir en même temps à garder l'apparence qui est faite de soi : un exercice relativement complexe qui nécessite chez l'individu, « le tact et le savoir-vivre », et qui est de fait ressenti tel un engagement envers le groupe (Goffman, 1967 : 8).

Goffman avance que la vision du groupe même intériorisée ne pourra guère jamais refléter l'étendue des attentes individuelles qui seront toujours soutenues par les intentions psychiques. L'individu participe à un jeu social qui le met en interaction avec autres individus, les groupes ou institutions, ce qui lui permet de développer des perceptions individuelles portant sur des registres collectifs (tels la santé qu'il étudie). La structure se trouve donc dans la théorie de l'interactionnisme, non comme un élément qui détermine absolument toutes les représentations et le mode d'action du groupe, mais comme un corpuscule qui peut être reconstruit par l'individu selon ses intentions et moyens personnels de réalisation. La structure apparaît donc chez Goffman comme une dimension consciente et dynamique de laquelle s'échappe alors la compétence des individus à déterminer leurs intentions, leurs actes et leurs interrelations. Selon cette théorie, les relations thérapeutiques reposent alors sur des constructions mêlant le regard personnel au jeu avec l'autre.

En synthèse, l'usage de l'interactionnisme social m'a permis de comprendre à la fois les dimensions structurelles, et les logiques interactionnistes dans l'étude de mon objet empirique, le conflit. Cela s'est fait d'une part à travers les logiques, les rapports de pouvoir, et les interactions dans les ménages; et d'autre part à travers la relation des populations avec les institutions de l'offre de soins de santé.

Les récits de vie centrés sur les expériences de conflits dans les itinéraires thérapeutiques des populations ont permis au-delà de l'analyse des conflits, de comprendre les attentes qui existent à travers la perception et les recours établis au cours de la maladie.

Pour ma recherche, l'occurrence de cette théorie interactionniste a permis de concevoir la décision thérapeutique comme une relation entre individus, et entre individus et institutions de santé communautaire ; et de ce fait, comme un jeu de faces duquel ressortent des dynamiques conflictuelles. Les conflits dans les relations de soins et les choix thérapeutiques ont été analysés comme une production tirant sa source dans la rencontre entre différents acteurs ayant des statuts, intérêts, et motifs souvent différents.

- *La pensée de Bourdieu*

Pierre Bourdieu est un sociologue prolifique et célèbre du milieu du XXe siècle. Sa sociologie est toute consacrée à l'étude du monde social, précisément la reproduction sociale. Il se demande pourquoi l'ordre social se maintient en dépit de la stratégie et de la mobilité des agents sociaux. Bourdieu développe des idées qui démontrent une œuvre foisonnante et transversale qui arrive à fusionner plusieurs des grandes approches du monde social (Bonnewitz, 1998). En effet, Bourdieu s'accorde avec Durkheim sur la possibilité d'une connaissance scientifique du monde social résidant moins dans la spécificité de son objet que dans sa démarche. Il estime comme Marx que la société est constituée de classes sociales en lutte pour l'appropriation des capitaux, et que cette lutte est à l'origine de la perpétuation ou du renouvellement de l'ordre social (même si Bourdieu ne limite pas la lutte des classes au contrôle des capitaux économiques). Avec Weber, il défend la nécessité de recourir aux représentations sociales des individus pour comprendre la réalité sociale. Bourdieu est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *La Distinction : critique sociale du jugement* publiée en 1979 qui apparaît comme l'un des plus

importants de ses ouvrages dans la mesure où les concepts d'habitus et de capital, centraux dans la théorie de Pierre Bourdieu y apparaissent. La théorie de Pierre Bourdieu décrit la réalité sociale et notamment les interactions comme un mécanisme de réalisation référant à une relation constante de pouvoir. Pierre Bourdieu se reconnaît de la tradition du structuralisme et du constructivisme. Sur la fusion de plusieurs approches, Bourdieu dans son œuvre colossale parvient à montrer que la combinaison entre les différentes façons de lire et d'interpréter les phénomènes sociaux constitue une pratique positive et féconde pour la recherche et la découverte en sciences sociales. Dans son ouvrage *Questions de Sociologie*, il affirme qu'on ne peut faire avancer la science qu'à condition de faire communiquer des théories opposées qui se sont souvent constituées les unes contre les autres (Bourdieu P., 1984). L'opposition entre les différents paradigmes de la sociologie ne constituerait alors qu'un obstacle épistémologique important dans la quête d'un meilleur positionnement scientifique pour la discipline ; même si Bourdieu met en garde contre toute tentative de réalisation de synthèses éclectiques qui ne reposeraient sur aucun fondement épistémologique. La combinaison perçue par Bourdieu s'établit sur les rebords d'une dialectique caractéristique du monde social qui, même à vouloir se convaincre du contraire demeure selon moi, un monde historique. Ce monde historique est chargé de valeurs et de représentations dans lesquelles sont puisés des emprunts, des significations et des symboles pour guider le sens du comportement pratique. De ce fait, recourir au raisonnement expérimental ne suffit pas pour découvrir la vérité scientifique. Partant de cette vision, toute démarche d'investigation du réel social devrait admettre l'existence d'une source d'explication des problématiques à un niveau macroscopique, relié aux représentations collectives des systèmes d'organisation et des institutions sociales. Ces lieux sont de l'entendement que je fais du structuralisme, des lieux de sociabilités communes, frappés donc par la complexité des lois et des valeurs qui arrivent à imposer des régularités aux groupes sociaux ; aussi bien dans les champs homogènes que dans les cadres institutionnels de rencontre entre personnes

issues de champs et de classes sociales différentes. La distinction entre les groupes sociaux repose sur l'appartenance de classe distinguée à partir du capital social, économique ou culturel détenu. De ce fait, la rencontre entre agents issus de classes et de champs hétérogènes se traduit souvent par des relations de pouvoir et d'opposition. Dans cette configuration, le dominant comme le dominé reproduisent un mode de rapports qui les détermine, et chacun dans sa position rend légitime la configuration de la relation, même si pour tous, la position de référence peut être celle permettant de dominer. Les *habitus* et les valeurs sociales de la classe dominante sont perçus comme supérieurs par le dominé qui aspire à les acquérir et à les refléter même en restant à sa place. Cette hypothèse de la vie sociale que Bourdieu fonde par l'anthropologie structurale impose dans un sens d'appliquer des approches d'observation empirique. Il s'agit d'arriver à comprendre que les comportements sociaux puissent avoir pour ressorts, des déterminismes collectifs accolés aux systèmes d'organisation et de vie sociale des populations rurales en particulier. Le pôle structuraliste n'est pas entièrement contesté par la théorie *Bourdieu*sienne, mais le constructivisme structuraliste apporte un ton de relativisme permettant de dépasser le moule structural, et de construire avec la démarche constructiviste, une approche mixte relativisant le déterminisme et n'acceptant pas entièrement le libre arbitre de l'action humaine. Il s'agit d'une approche qui pourrait être qualifiée de constructivisme social et la théorie de Bourdieu intervient donc à ce niveau. Le rôle des actions est présenté dans sa pensée comme ce qui est à l'origine de la constitution des structures. Les individus participent à reproduire et à consolider les institutions ainsi que le cortège des règles et valeurs qui les habitent, avant de se disposer à se laisser conduire par ces règles et valeurs. Pour traduire ce langage dans le contexte de mon objet empirique, les institutions interagissent avec les individus et utilisent des compétences pour développer constamment de nouvelles propositions, et de nouvelles représentations. La nature de cette construction sociale est quelque peu ambivalente, et le poids variable n'annule pas l'ordre social de la structure qui se constitue parfois selon des réalités

différentes méritant d'être soumises à la réflexion (Jourdain A., Naulin S., 2011). Chez Bourdieu, l'habitus est la pierre angulaire de la théorie de la pratique, dans la mesure où il symbolise à la fois une connaissance sédimentée qui conduit à un générateur de pratiques (Costey, 2004). L'habitus montre que l'action est déterminée par l'usage et la reconnaissance de la norme, et que l'usage de cette norme éloigne de la compréhension du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Ce qui signifie que le lien entre l'habitus et la pratique renvoie surtout à la compréhension normale de la pratique. Dans la théorie de la pratique qu'il contribue à fonder, Bourdieu emploie le concept de compétence qui désigne une capacité technologique qui est reliée à un statut, le second étant supposé légitimer le premier.

En synthèse, les perspectives de Goffman et de Bourdieu ont été utiles sur le terrain dans la sphère des constructions sociales, et du pouvoir matérialisées par l'usage de concepts.

1.2.2. Les concepts analytiques

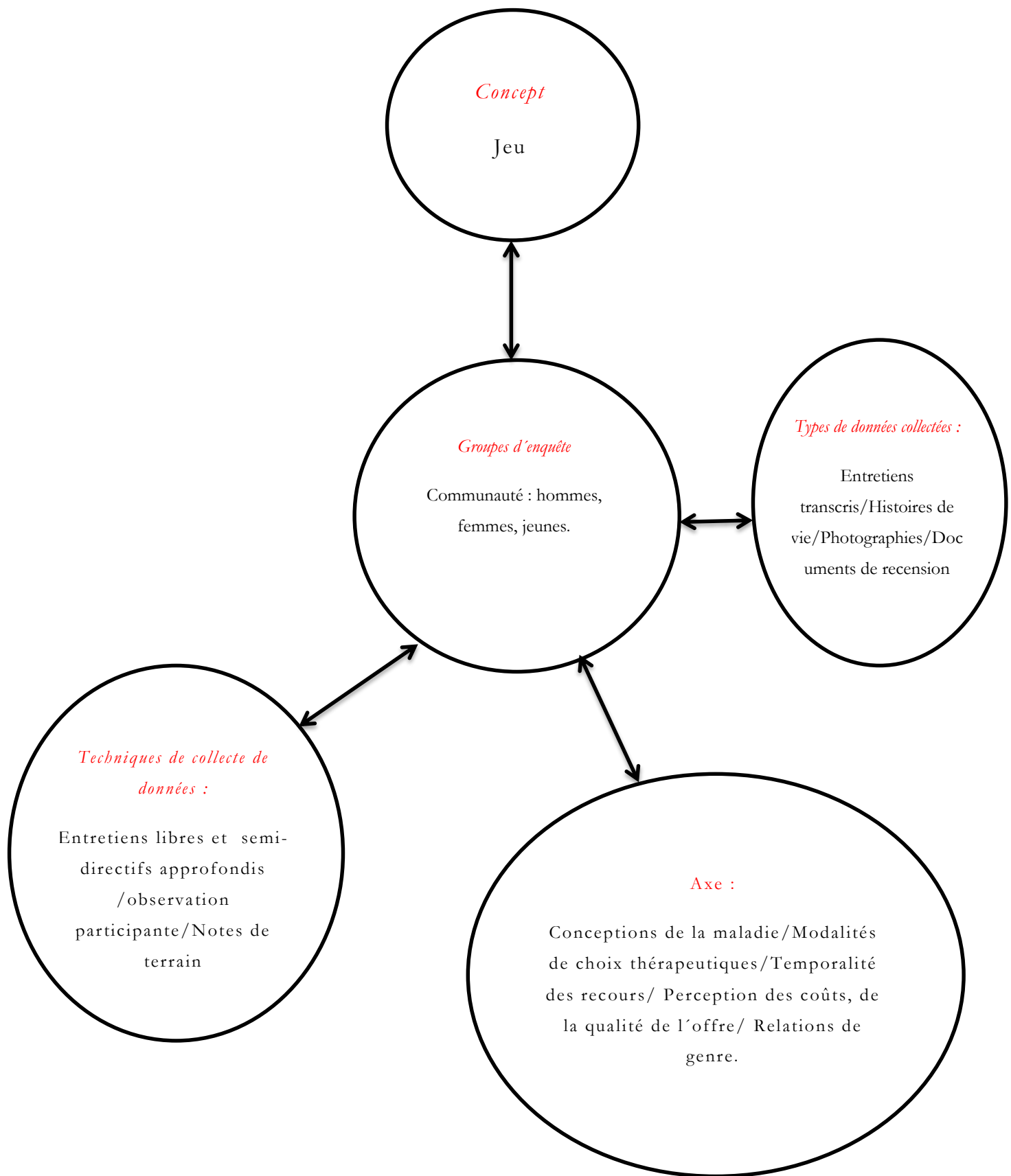
Mon approche sur le terrain a pris initialement appui sur deux concepts : jeu et compétence. Le concept du jeu est relié à la sociologie de Goffman, qui est différente de la perspective du choix rationnel dans la discipline économique.

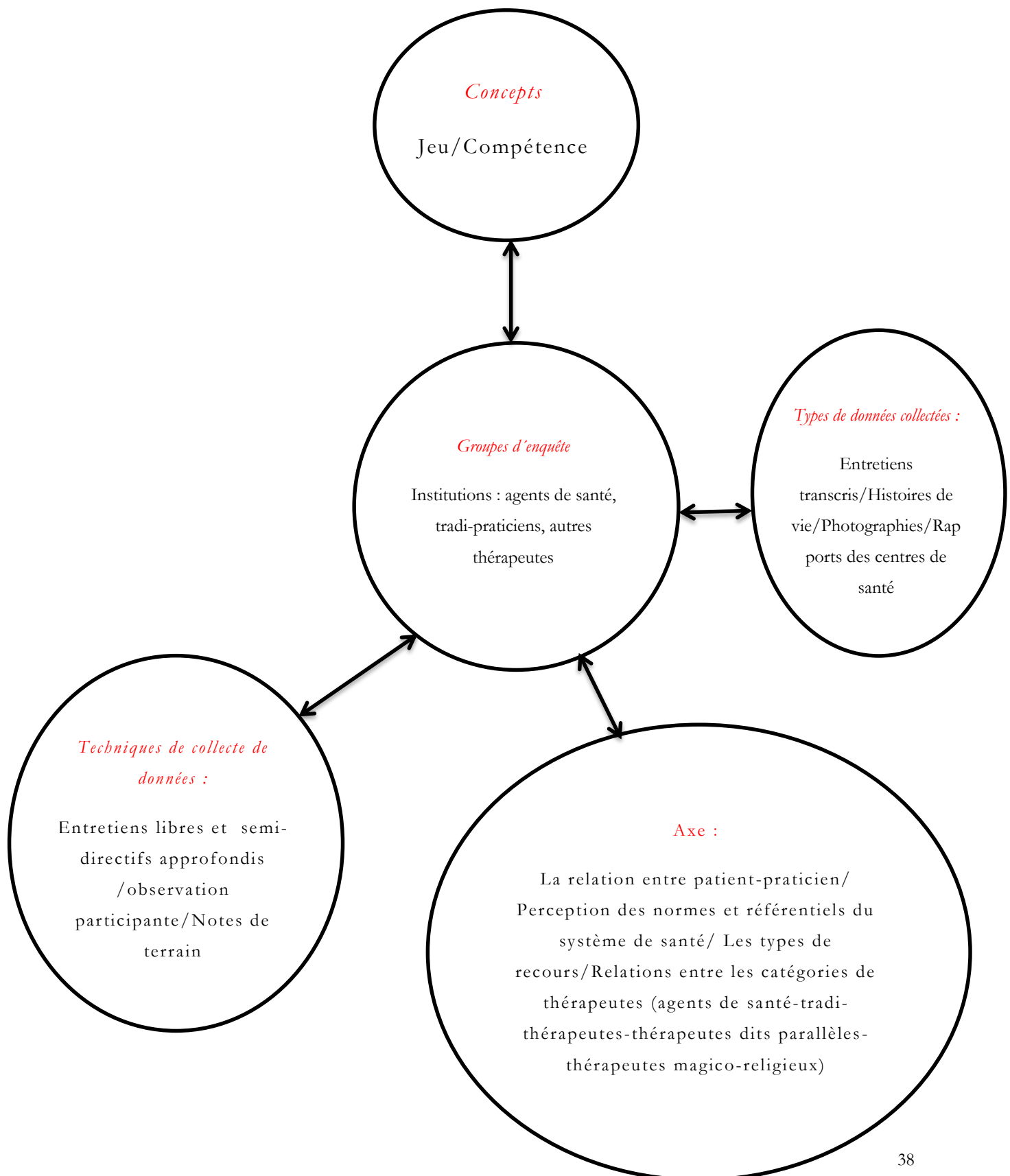
Comment ces concepts analytiques sont-ils traduits dans la sociologie de Goffman et de Bourdieu ?

Erving Goffman définit l'ordre social comme le résultat de négociations, de stratégies de positionnements, de jeux sociaux conduits par des acteurs qui utilisent les règles sociales pour satisfaire leurs intentions, en les détournant de leur finalité première (Nizet J. & Rigaux N. 2005). Le concept de jeu apparaît clairement comme une modalité importante dans la réalisation de l'ordre social ; il est ce qui illustre donc la construction des interactions, des relations de pouvoirs et des conflits. Goffman considère les interactions comme un jeu dans lequel les acteurs développent des stratégies, et font des calculs pour arriver à leurs fins (Nizet J. & Rigaux N. 2005).

S'il s'inspire de l'Economie utilitariste dans l'emploi du concept de jeu, l'analyse de la relation sociale chez Goffman repose autant sur la représentation de la scène et sur des logiques rituelles. Avec ce concept, il s'intéresse aux confrontations dans l'analyse des conflits, de l'espionnage et du contre-espionnage notamment à travers son œuvre *strategic interaction* en 1969. Mais le jeu déployé par les acteurs nécessite une compétence, celle de pouvoir manipuler les informations à l'encontre du groupe : ce qui implique un rapport de pouvoir entre les acteurs et le système. Comme déjà souligné déjà dans la sociologie de Bourdieu, la compétence se rapporte au statut et à la capacité technique de l'individu (Bourdieu, 1982, in Michell Koebael, 2006). Dans la sociologie de Bourdieu, le concept de compétence occupe une place importante dans la mesure où il se trouve associé à la définition du concept central de champ. La caractéristique du champ social, économique ou culturel tient à la détention d'une compétence qui illustre une relation de pouvoir : Bourdieu parle de « compétence spécifique » (Bourdieu, 1980). L'usage de ce concept a été pertinent pour comprendre et décrire les raisons qui structurent les conflits entre les populations et les institutions communautaires de santé. Comment ces deux concepts jeu et compétence ont été utiles de manière opérationnelle sur le terrain du questionnement?

Les concepts utilisés ont été traduits sous forme de questions pratiques sur mon objet empirique, prenant en compte une perspective analytique et descriptive.





Le jeu interroge le sujet, ce qui prend en compte son discours et ses actions en lien avec le recours dans l'expérience de la maladie. Il traduit différentes variables : les perceptions, croyances et conceptions de la maladie, les intentions, la question économique, les rapports de genre dans le ménage, etc. Ce fut un concept central dans l'étude des constructions sociales et des interactions symboliques se situant au cœur de mon terrain de recherche. Il a été alors pertinent de l'utiliser dans l'observation de mon objet empirique. En effet, avec ce concept, les entretiens et les observations auprès de la population d'enquête ont permis de penser les dimensions conflictuelles de la vie des individus dans les ménages, et de voir que ces conflits participent à la dynamique des relations de soins et des choix thérapeutiques.

Les compétences des institutions communautaires portent sur l'activité pratique des acteurs à partir de laquelle se déroule la construction de la maladie et sa réponse, ce qui implique différents domaines : les normes, enjeux, interactions, stratégies individuelles, et rapports de pouvoir.

Si l'usage des concepts a soutenu une approche intelligible de l'objet de recherche, la perspective empirique s'est révélée particulièrement structurante sur le terrain. En effet, l'opportunité d'un accès et d'une immersion au sein de divers espaces a favorisé la production de récits de vie centrés sur des expériences individuelles originales. Les deux concepts ont été utilisés à travers une méthodologie de recherche qualitative.

I.2.3. Méthodologie

En résumé, les concepts jeu et de compétence ont permis d'explorer le conflit dans les relations de soins, et les choix thérapeutiques des populations de Bama. L'approche ethnographique a été mise en pratique. La collecte des données s'est donc effectuée à travers une enquête in situ ayant consisté en un séjour prolongé sur le site d'étude, et une collecte intensive de données qualitatives. Cette approche est essentiellement descriptive (Beitone Alain &

al, 2009) et consiste en une observation désengagée dans laquelle le chercheur décrit le phénomène de l'extérieur ; et une observation participante au travers de laquelle l'individu prend part au phénomène.

- Aperçu sur le travail ethnographique

Pour l'usage des concepts de jeu et de compétence dans l'interrogation de mon objet empirique, des entretiens semi-directifs approfondis, et des observations participantes ont été réalisés sur le terrain. L'observation participante que je me suis donné pour intérêt de pratiquer a consisté à passer des journées entières sur les lieux d'observation, et il s'agit d'une part des espaces de vie domestique. D'autre part, j'ai réalisé une immersion prolongée (de trois semaines) dans les centres médicaux où j'ai participé à la prise en charge des patients, à travers le rôle d'aide-soignant. Une descente a par ailleurs été faite dans quelques cliniques de « tradi-thérapeutes ». A cet effet, j'ai assisté un « tradi-thérapeute » pendant ses consultations, ce qui m'a permis d'observer le lien noué avec les patients, et de noter les zones de tensions. Mon rôle d'assistant auprès de ce tradi-thérapeute a consisté à aller chercher à trois reprises des plantes qui composaient la décoction pour certaines de ses patientes. Ne connaissant pas très bien les plants qu'il me demandait, le concours de mon assistant m'a toujours été utile pour réussir mes missions. Durant mes heures de présence à ses côtés, il arrivait aussi que ce tradi-thérapeute me demande de lui donner son gobelet de dolo (boisson de mil locale) qui trainait parfois à même le sol. J'ai aussi participé à des séances de prières de guérison dans l'une des chapelles de l'église catholique de Bama. Au cours de ces temps passés dans ces lieux, j'ai pris part à la vie et aux pratiques des acteurs, dans la mesure du possible. Dans les ménages, j'ai aussi participé à quelques discussions sur le lieu et le moment où il faut aller consulter, orienter certaines personnes vers le centre médical de Bama. J'ai aussi pris l'initiative d'accepter assister deux personnes chroniquement souffrantes en leur rendant régulièrement visite.

J'ai également recueilli des histoires de vies centrées sur l'expérience de choix thérapeutiques et de recours dans la maladie.

- Techniques d'enquête

L'entretien compréhensif et l'observation

La technique de l'entretien compréhensif consacre la compréhension des objets sociaux au sommet de la découverte scientifique. C'est un exercice de réflexion qui engage l'enquêteur et l'enquêté dans une relation d'échange, une communication qui aura pour finalité de permettre au chercheur de comprendre dans le détail, les significations profondes de la conduite ou du point de vue de l'interviewé par rapport aux problèmes soulevés par l'objet d'étude : c'est un art discret, un art du bricolage (Kaufmann J-C, 2004). La pratique de cet art nécessite de la part du chercheur une préparation préalable dont le but sera de rompre avec tout affect pouvant influencer la relation avec le sujet d'enquête, et compromettre l'objectivité des données enregistrées. L'entretien ne collecte pas des données superficielles avancées sans fondement, car il aide les acteurs à faire émerger l'information juste se trouvant souvent dans une mémoire insoupçonnée (Paugam S., 2010, p.1).

Autrement dit, c'est par le biais de l'entretien que l'information émerge et non par la volonté toute consciente de l'acteur. L'entretien n'est donc pas une technique banale, mais un protocole de dispositions dont la maîtrise s'avère être une condition irremplaçable pour produire l'objectif ultime : la compréhension de l'objet sociologique, permettant de remplacer la confusion du réel par un ensemble intelligible, cohérent et rationnel (Schnapper D., 1999). Comme il le dit, l'entretien possède la faculté de faire apparaître un récit, une identité, et constitue à ce titre un puissant moteur de réflexivité, et un révélateur des mutations de l'identité personnelle. Pour cela, il ne doit pas être limité à un cadre unidimensionnel, mais doit être suffisamment ouvert

pour permettre à l'individu de parler librement des événements de sa vie, et de tous les repères spatio-temporels dans lesquels elle s'inscrit.

L'usage de l'entretien compréhensif et l'observation ethnographique

Décrire, comprendre, analyser, sont les maître-mots qui ont caractérisé ma démarche sur le terrain de collecte des données. Mon objet empirique (qui est défini par le jeu des acteurs, et par la compétence déployée dans la construction du sens et des pratiques concernant les options thérapeutiques des populations), s'oriente vers des significations profondes (la revue de littérature permet de l'attester) s'appliquant à l'usage de la démarche qualitative. Ma démarche sur le terrain a alors reposé sur la perspective descriptive et interprétative, basée sur la combinaison entre différentes techniques : l'entretien compréhensif, semi-directif, informel, l'observation directe. Les entretiens ont été réalisés dans les ménages.

Le cahier de notes a été pratique pour l'observation directe. Des situations pratiques d'oppositions ou de conflits perçus dans le cadre des recours thérapeutiques de la femme, de l'enfant, ou du conjoint, ont pu être notées. A ce niveau, il a été également question de rester réflexif et attentif sur le jeu des acteurs. Ces techniques ont été utilisées aussi bien pour la collecte des données dans les ménages que celle auprès des institutions formelles et informelles actives dans le domaine de l'offre de soins de santé. Cette catégorie concerne les agents de santé au niveau des CSPS (même si la prise de notes était quasiment impossible durant mes heures d'immersion dans les structures de soins en tant qu'aide-soignant). Ont également été concernés, les responsables des institutions formelles, les acteurs de terrain qui réalisent ou promeuvent des activités en santé sur le terrain (sensibilisations, causeries éducatives, etc..), les acteurs communautaires.

- Les lieux d'enquête

En plus des ménages qui ont été investigués dans le quotidien de la vie rurale, les entretiens et observations ont concerné aussi les acteurs au niveau des institutions communautaires de santé dans le village de Bama.

D'une part, les femmes ont été enregistrées dans les ménages, ainsi que leurs époux. Cela s'est fait tout en pratiquant l'observation participante⁶. Ces enquêtes visaient à investiguer le conflit à travers les référentiels et les normes convoqués dans les options de soins qui sont faites. Les acteurs dans les institutions communautaires ainsi que les populations ont été interrogés sur les conflits qui les opposent dans le domaine des logiques et pratiques de choix thérapeutiques.

Les lieux de collecte ont été très mobiles, ceux-ci dépendant toujours de la nature de la collecte (entretien approfondi/entretien semi-directif), et de la disponibilité aussi bien que du souhait des personnes enquêtées.

Ainsi, les données ont pu être collectées en différents lieux : auprès des agents de santé dans les enceintes des CSPS ; des acteurs associatifs au niveau du siège des associations ; dans le domicile des agents de santé communautaires (ASC) et des membres des comités de gestion des structures de santé (COGES); dans les services des agents de santé; dans les cliniques des tradi-thérapeutes ; l'église-domicile ou autre lieu de rencontre et disponibilité des agents de la communauté religieuse de prière, les « tradi-thérapeutes », les devins et autres thérapeutes dans leurs domiciles ou cliniques.

⁶ L'observation participante a notamment consisté à participer à la vie des membres du ménages durant les temps d'enquête, par exemple accompagner et être présent, et suivre l'itinéraire thérapeutique des femmes dans ces ménages, aussi bien quand il s'agit d'elles que de leur enfant, ou tout autre personne dans le ménage.

Bilan numérique des données collectées

Cible	Méthode	Nombre personnes enquêtées	Lieu
Informateur clé ou Key- informant	Entretiens approfondis Echanges informels	05	Domiciles, places publiques (maquis, grins) ⁷
Hommes et femmes	Entretiens semi-directifs Entretiens approfondis Echanges informels	51	Domiciles
Professionnels de la santé système formel ASC, COGES	Entretiens semi-directifs, Echanges informels Observation participante	19	Centres de soins Domiciles
« Tradi-praticiens »	Entretiens approfondis Observation directe	03	Cliniques Domiciles
Vendeurs de médicaments de la rue ou « Nakidos », Thérapeutes parallèles	Entretiens semi-directifs (non directifs) Entretiens approfondis	02	Places publiques (grins de thé)

⁷ Le terme maquis désigne généralement un espace de vente de boissons et de restauration (plus couramment de vente de viande).

La notion de grin de thé renvoie à un espace de regroupement de jeunes autour du thé. C'est un lieu où des jeunes d'un même quartier, des amis ou connaissances se retrouvent pour bavarder et préparer du thé qui sera consommé durant la causerie.

	(non directifs et prolongés)		
Leader religieux	Entretien semi-directif approfondi	01	Eglise et domicile
Jeunes/homme et femme (riziculteurs, vendeurs, élèves, religieux), agents de santé, tradi- thérapeutes, informateurs clés	Entretiens informels	87	Domicile et places publiques (grins de thé)

Au cours de cette ethnographie, plusieurs types de données qualitatives ont été collectés.

D'une part, des entretiens semi-directifs et des interviews approfondis ont été réalisés à travers une collecte intensive, avec un total de 81 entretiens qui se décomposent comme suit : 51 entretiens auprès des hommes et des femmes ; 19 auprès des professionnels de la santé, des ASC et COGES; 05 avec des informateurs clés ou key-informants⁸ ; 03 avec des « tradi-thérapeutes » ; 01 entretien approfondi avec un « nakido » ou vendeur ambulant de médicaments prohibés, et un thérapeute parallèle officiant comme agent de santé installé à titre privé ; et enfin 01 entretien avec un leader religieux.

⁸ Le key-informant ou l'informateur clé désigne une catégorie d'acteurs dans une communauté. Leur importance tient à la connaissance de la communauté, à l'occupation d'un rôle actif dans les dynamiques communautaires du milieu. Ces qualités et statuts permettent à ces acteurs de renseigner certaines questions que le chercheur se pose ou de vérifier la plausibilité d'informations recueillies auprès d'autres enquêtés. L'informateur clé n'est donc pas un enquêté ordinaire, mais une référence en raison de sa connaissance de la communauté étudiée. Les entretiens réalisés auprès de l'informateur clé sont généralement approfondis.

D'autre part, la technique qui a donné d'enregistrer le plus grand nombre de données est l'entretien informel. Environ 116 entretiens informels ont été réalisés à domicile, ou dans des places publiques avec des groupes hétérogènes de jeunes. L'hétérogénéité tient surtout à la différence du statut professionnel, certains étant producteurs ou commerçants, et d'autres élèves ou étudiants. L'entretien informel en tant que technique de recueil de données s'est présenté comme l'une des démarches les plus prolifiques au cours de ma recherche. C'est le moyen par lequel j'arrivais à enregistrer plus de données, et au cours duquel je sentais une plus grande ouverture, et un enthousiasme plus manifeste des interviewés à partager des points de vue, et à émettre des discours critiques. Les groupes stratégiques qui ont pris part à cette enquête sont formés d'un mélange d'informateurs clés, et de relations d'amitiés contractées tout d'abord aux fins de l'enquête. Ces relations ont été approfondies et étendues à d'autres personnes tout au long de l'enquête. Sur le terrain, j'ai rencontré deux personnes que je connaissais vaguement (par le fait que nous avions une connaissance commune) avant de me rendre sur ce site. J'ignorais du reste que ces deux personnes se trouvaient sur ce site, mais dans le souci de ne pas biaiser la collecte, ces individus ont été faiblement associés à l'enquête formelle. Outre les entretiens informels dont le support de collecte a été le cahier de prise de notes, des photographies ont été réalisées. Les enregistrements effectués ont été saisis, rendant compte d'itinéraires thérapeutiques divers.

Tout au long du terrain ma stratégie majeure a été de développer de nouveaux liens d'amitié et de confiance avec divers profils d'informateurs clés. Le lien avec toutes ces personnes s'est effectué dans une dynamique boule de neige. Dans l'analyse des données, les noms d'enquêtés cités sont fictifs. De mon premier contact Zaki, j'ai été à titre privé présenté à Péle, Ibrahim, Raso (qui devint mon assistant). De mon contact avec Pietro, j'ai connu Alexis. De la relation avec mon assistant Raso, j'ai connu Maman et Oumkoul ses sœurs, Myryam leur mère, Sali sa copine, Ly, Hamid, Rab, Brice, Djiga, Sayouba, Tino. Les relations avec ces personnes se sont traduites par des rencontres plus ou

moins régulières, et des échanges autour de divers sujets. Ces moments d'échange tout en renforçant le lien de confiance, m'ont permis de creuser sur les aspects de ma recherche en posant notamment des questions complémentaires. Les lieux des entretiens varient. Certains ont eu lieu à domicile, avec les informateurs clés, autour du déjeuner ou du dîner, ou tout simplement autour d'un *grin* de thé comme cela s'est passé avec les jeunes élèves et les amis de mon assistant. Parfois, les entretiens libres se tenaient aussi dans des places publiques dans le village : la boutique d'un ami située au bord de la grande voie qui traverse le village ; ou la ferme d'un autre où je me retrouvai avec d'autres personnes ; le champ d'un tel ou d'un tel autre à l'intérieur de la plaine. De manière détaillée, il y a eu :

- 48 entretiens libres avec Zaki, Péle, Ibrahim, Raso : il s'agit d'entretiens informels dont la plupart n'ont pas été enregistrés. Les sujets suivants ont été abordés : les rapports homme-femme notamment les rapports de pouvoir économique ; les logiques de choix thérapeutiques ; les griefs contre les structures d'offre formelles de santé ; et les expériences de conflits ouverts. Avec ces enquêtés, nous avons également échangé sur les caractéristiques socio-démographiques de la population. Des faits divers se rapportant au banditisme qui sévissait à Bama il y a près de deux décennies m'ont été racontés. Au cours de ces échanges, ce changement social à Bama a été aussi caractérisé par l'immersion et le succès de plusieurs femmes dans les activités productrices du riz. La mutation de la forme d'occupation de l'espace d'habitation et la conquête de nouveaux quartiers non initialement pris en compte dans le périmètre d'aménagement ont aussi fait partie des changements notés à Bama au cours de nos échanges. Sur la question des conflits, cette activité d'entretiens libres m'a permis dans un premier temps de noter un regard ambivalent sur l'offre sanitaire moderne. Si le respect de l'institution médicale moderne est un fait, le discours sur les agents de santé est souvent agité. A la clef de ce discours, des reproches moraux et techniques : le manque de professionnalisme attesté à l'appui des erreurs médicales, les écarts de comportements des agents de santé (confère conflits dans les

espaces de recours), l'absence d'intervention dans la prise en charge des ordonnances, ou dans la réduction de leur coût interprétée comme de la non-assistance ou de l'exclusion. Ces interprétations sont renforcées par les constructions sociales qui orientent vers une typologie des maux, et conséquemment une réponse thérapeutique non systématiquement médicale.

- 31 entretiens libres avec Pietro et Alexis. Ces entretiens ont porté sur la perception du système de santé, vue dans le contexte du milieu. Plus particulièrement, la question de l'accueil a été soulevée par Pietro et Alexis qui déplorent la qualité de l'accueil chez plusieurs agents. Il y a selon eux des agents de santé impolis. A la différence du premier groupe, Pietro et Alexis connaissent l'existence du COGES. Mais leurs perceptions sur le travail de l'organisation communautaire sont réductrices : ce sont des corrompus et des affairistes selon eux. Les recours dans le domaine de la médecine traditionnelle, les vendeurs de produits médicaux non autorisés appelés ici Nakidos, et enfin les thérapeutes parallèles de la médecine moderne ont été aussi des sujets de discussion. Ces deux acteurs attestent qu'ils ne recourent pas prioritairement aux formations sanitaires. Ce recours tardif au CSPS a été expliqué par l'accessibilité sociale plus grande des autres recours, et aussi le manque de ressources financières pour aller au CSPS.

- 07 entretiens libres avec Maman : nous avons discuté sur les activités économiques des femmes, et leur rendement productif. Il a été aussi question des inégalités de sexe et de l'intervention des femmes dans la gestion économique des ménages. De Maman, j'ai appris que les femmes pour la plupart vendeuses de riz possèdent la culture de l'épargne. C'est au fil de plusieurs années d'activités et d'un effort soutenu d'épargne qu'elles arrivent à réaliser des économies. De Zaki et Péle, j'avais entendu dire que les femmes sont celles qui disposent de plus d'argent. Ils prêtent le succès des femmes à une rentabilité importante de leur entreprise. Avec Maman, le discours était différent : les femmes sont fortunées parce qu'elles souffrent pour faire des économies sur le faible gain qu'elles réalisent.

- 23 entretiens libres avec le médecin : avec le médecin, nous avons discuté de nombreux sujets à plusieurs reprises, mais sur mon sujet de recherche, nous avons discuté seulement à deux reprises de façon effective. Nouvellement affecté au Centre Médical de Bama en tant que Médecin-chef, il dit avoir tout de suite constaté quelques anomalies, renseigné aussi par les rumeurs à vitesse parfois supérieure ou égale aux constats personnels. Le médecin s'est trouvé être un ami personnel de longue date, et ce fut une surprise agréable de le retrouver en poste sur mon site et terrain d'étude. Il a tout de suite eu confiance en moi, me racontant de nombreuses choses, mais il est resté tout de même superficiel sur certains points, notamment les soupçons de malversations de quelques agents de santé ; ce que je comprenais. Avec le médecin, les échanges vont se faire récurrents mais vont être banalisés par la suite à la relation d'amis qui se racontent beaucoup de choses et se voient presque tous les jours. On se retrouvera plusieurs fois autour d'une bouteille de coca-cola, souvent avec ses amis ou collègues, parfois avec mes amis agriculteurs. En dehors de la dernière étape de mon terrain, le dernier mois précisément où j'ai réalisé une brève immersion en milieu hospitalier, j'évitais de m'afficher tout le temps publiquement avec lui. Le faire aurait pu entraîner une situation d'encliquage, en portant une entorse sur la confiance et l'aisance des villageois à s'ouvrir pour les entretiens.

- 05 entretiens libres avec Marcel : Marcel est le guide du mouvement de prières charismatique de la communauté catholique de Bama. Mon intérêt pour cette communauté, je l'ai tantôt expliqué dans les possibles biais épistémologiques ; mais ayant conscience de cela, j'ai travaillé à le juguler notamment au cours de l'observation participante des prières de guérison. Mon appartenance à une communauté similaire à Ouaga a néanmoins favorisé mon immersion dans celle de Bama. Ainsi, j'ai participé activement à plusieurs prières, et j'ai été intégré dans le noyau du groupe. Cela m'a valu une relation personnelle et une fréquentation régulière avec Marcel, et d'autres têtes dirigeantes du Noyau. A la fête de Noël, j'ai reçu en cadeau un poulet en guise de salutation. En échange, j'ai apporté des biscuits à ses enfants. Marcel m'a

confié beaucoup de choses sur ce qu'il fait (les prières de guérison réussies, et les jalousies suscitées chez les charlatans) au cours d'un entretien. Il me fait part également de certaines situations de maladies où il a été consulté même si cela n'a pas connu l'aboutissement escompté qui est la guérison. Par exemple, un couple vient le réveiller nuitamment avec un bébé très malade. Cette nuit-là, il prie pour l'enfant, et demande aux parents de continuer au dispensaire avant de le ramener le lendemain dimanche à la prière de l'après-midi pour qu'il poursuive sa prière. Le lendemain, après la fin de la prière, il s'inquiète de l'absence du couple. Pendant que nous discutons, un monsieur vint nous trouver et nous annonce la mort du bébé qui n'aurait pas survécu au cours de son évacuation au dispensaire la veille.

- 02 rencontres avec les jeunes élèves de terminale, et quelques-uns de troisième du lycée départemental de Bama : nous avons discuté sur la relation que chacun entretenait avec le système de santé. La perception sur les agents de santé est sombre dans le regard de plusieurs élèves qui les traitent souvent de chercheurs d'argent, coureurs de jeunes filles, alcooliques, incompetents, etc. Si tous les élèves tout niveau confondu pensent que les agents de santé sont souvent incompetents, et qu'il est indiqué de les consulter quand on a échoué à se soigner par soi-même, les plus jeunes assimilent les infirmiers à des médecins. Il existe en règle générale une perception dualiste du système formel de santé : le CSPA est un endroit utile qui rend service, mais les agents du CSPA sont souvent techniquement limités et de mauvaise moralité.

En définitive, les données collectées à partir des entretiens directs et informels, des prises de notes, des photographies et rapports officiels ont été recoupées, analysées puis interprétées manuellement dans le cadre de cette monographie. Elles constituent le produit de mon expérience sur ce site ethnographique qui s'est révélée en fin de compte être une activité enrichissante. Au-delà des discours enregistrés, des récits de vies constitués, des photos, des documents officiels de différentes natures (déclaration de naissance, permis de chasse, permis de port d'arme, autorisation légale

d'exercer la médecine « traditionnelle », et reçus de paiement d'impôt sur la pratique professionnelle, etc.) ont été collectés dans l'esprit des procédés de recension. Le récit de l'activité de terrain telle que je l'ai vécue constitue pour moi une expérience unique relatée dans le chapitre suivant.

Introduction

Ce chapitre vise à restituer les conditions dans lesquelles je me suis retrouvé étape par étape au cours de la collecte des informations. L'œuvre ethnographique étant beaucoup discutée en anthropologie sociale, elle ne suffit plus à convaincre par la simple évocation du terrain (Massé, R. 2010). Aussi, en dehors de la sélection d'un échantillon probabiliste préconisée par des courants sociologistes (Gold, R. L. 1997), la marque du chercheur est perçue comme une source d'influence et de déformation potentielle des faits (Cefaï D., 2012). Pour échapper à ce piège, une observation ethnographique, minutieuse et détaillée, donne au chercheur les moyens d'effectuer le passage d'une ontologie sociale à une ontologie sociologique de l'objet, notamment par une redéfinition de la situation et l'élaboration d'une théorie sociologique des « corps », ouverte ou ouvrant à une description détaillée, précise, dynamique et autant que possible rigoureuse (Ramognino N., 2013). Par conséquent, la description minutieuse du détail des usages (Santerre, R. 1966) implique de dépeindre les faits et pratiques du chercheur dans son travail, lesquelles descriptions permettent de suivre au détail près le déroulement du travail de terrain qu'il accomplit, les contacts qu'il noue, les échanges qu'il réalise.

Les éléments de ce chapitre mettent en lumière les difficultés d'entrée du terrain, et en particulier les problèmes auxquels j'ai été confronté dans mon entreprise d'immersion dans un logement familial au sein de la communauté. Ce chapitre permet en outre de voir comment dans la singularité de la relation au terrain ethnographique, la description directe et la narration ont constitué à mon niveau une stratégie pour réaliser une quête permanente d'objectivité.

L'intérêt de ce chapitre est de permettre une description fine et détaillée qui rende clairement compte de mon expérience de la pratique du terrain ethnographique.

II.1. Installation physique sur le site d'étude

Le terrain, histoire d'une expérience de vie, formule d'un apprentissage au
cœur du social

Dans mon esprit de jeune chercheur (je préfère dire jeune chercheur pour rester dans la condition d'un apprentissage fécond, quand bien se trouve-t-il aussi que je le suis), j'étais loin de m'imaginer que le tracé méthodologique et les stratégies d'approche définis au préalable allaient évoluer au gré des circonstances du terrain. De l'expérience globale que j'en ai tirée, l'enquête de terrain est une activité qu'on ne peut agencer et programmer, ni en termes d'effectifs précis à atteindre, ni en termes d'opportunités de rencontres et d'échanges à prévoir. C'est une expérience théoriquement solitaire quand on réalise le temps où l'on semble livré à soi, avec une envie constante d'interroger ses encadreurs : que faire ? Faut-il que je prenne en compte cette relation ? Dois-je orienter un peu plus les débats ? Pensez-vous que ce discours corresponde un tant soit peu à la réalité ? Est-il important de creuser sur cette information ? Que pourrait me procurer le fait d'en apprendre plus sur cette dimension du problème ? J'ai appris au cours de ce terrain, ma première expérience ethnographique de longue durée, qu'il n'existait aucune pédagogie universelle de l'outillage au terrain, en dehors d'une réelle plongée dans cet univers relativement charmant et tout à fait particulier. Le directeur de thèse de l'élève ethnologue se trouve quelque peu dans l'affrontement du terrain. Faire face en effet aux interstices, aux rouages, et aux intrigues du terrain confère de solides ficelles du métier. Faire du terrain c'est à la limite apprendre à marcher alors qu'on tient à peine debout, et ça donne parfois l'air de chercher une aiguille dans une botte de foin. Je serais d'avis qu'il constitue

une école où l'on se forme au métier d'anthropologue, tout autant qu'il ne peut se pratiquer sans une certaine forme de rigueur méthodologique ne visant pas à distinguer le vrai du faux, mais permettant de sentir et d'estimer la distance entre le réel conté et la réalité vécue sur un phénomène. Le terrain est toutes ces dimensions à la fois : le visuel, l'oral, l'écrit. Il ne dévoile pas tout sur le champ ; bien au contraire les informations reçues interpellent d'autres questionnements et la connaissance de l'objet se révèle être en définitive un champ évolutif de courte portée. On est rarement satisfait de trouver la réponse aux questions que l'on se pose sinon qu'en imaginant en donner des précisions perceptuelles ; ce qui entraîne à se poser d'autres questions. Toutefois, le caractère historique des faits, bien qu'il soit raisonné par une démarche méthodologique ne prive pas du risque d'une analyse subjective de ces faits sociaux. La proximité avec l'objet sur le terrain installe une illusion de familiarité, le sentiment de routine voire de lassitude à l'encontre de données qui se répètent, et d'un discours qui traduit souvent les mêmes idées. Mon aventure scientifique sur le terrain m'a édifié sur ces divers plans. Etape par étape, jour après jour, je suis parti d'un aveuglement total à une orientation partielle, un questionnement permanent, des non-dits réguliers, et des discussions constantes. Le terrain, c'est aussi le lieu où la question de recherche s'éclipse pour faire sens à travers une révélation intelligible des concepts employés dans le réel. L'on comprend mieux alors ce que signifie jeu dans la sélection et la négociation stratégiques des soins entre espace de vie domestique, espace de travail, et espace de recours thérapeutiques. On arrive à cerner le fait que le jeu social autour de la maladie est une construction sociale reposant sur des stratégies d'évitement. La révélation sur le jeu social dans la maladie informe la particularité des caractéristiques de recours thérapeutiques dans le cadre ordinaire des interactions sociales. Et à chaque nouvelle étape de compréhension naissent de nouvelles questions.

Je suis arrivé au village de Bama sous une pluie fine, après avoir fait une traversée de 400km de ma ville natale, Ouagadougou où je réside également.

La plus grande partie du trajet s'est faite en véhicule (365km soit de Ouaga à Bobo), et l'autre partie s'est achevée à moto (de Bobo à Bama). La fascination du jeune chercheur s'est portée tout de suite sur la vallée rizicole aménagée, et plus particulièrement sur les champs recouverts de verdure sous un ciel couvert de nuages.

18-08-2013

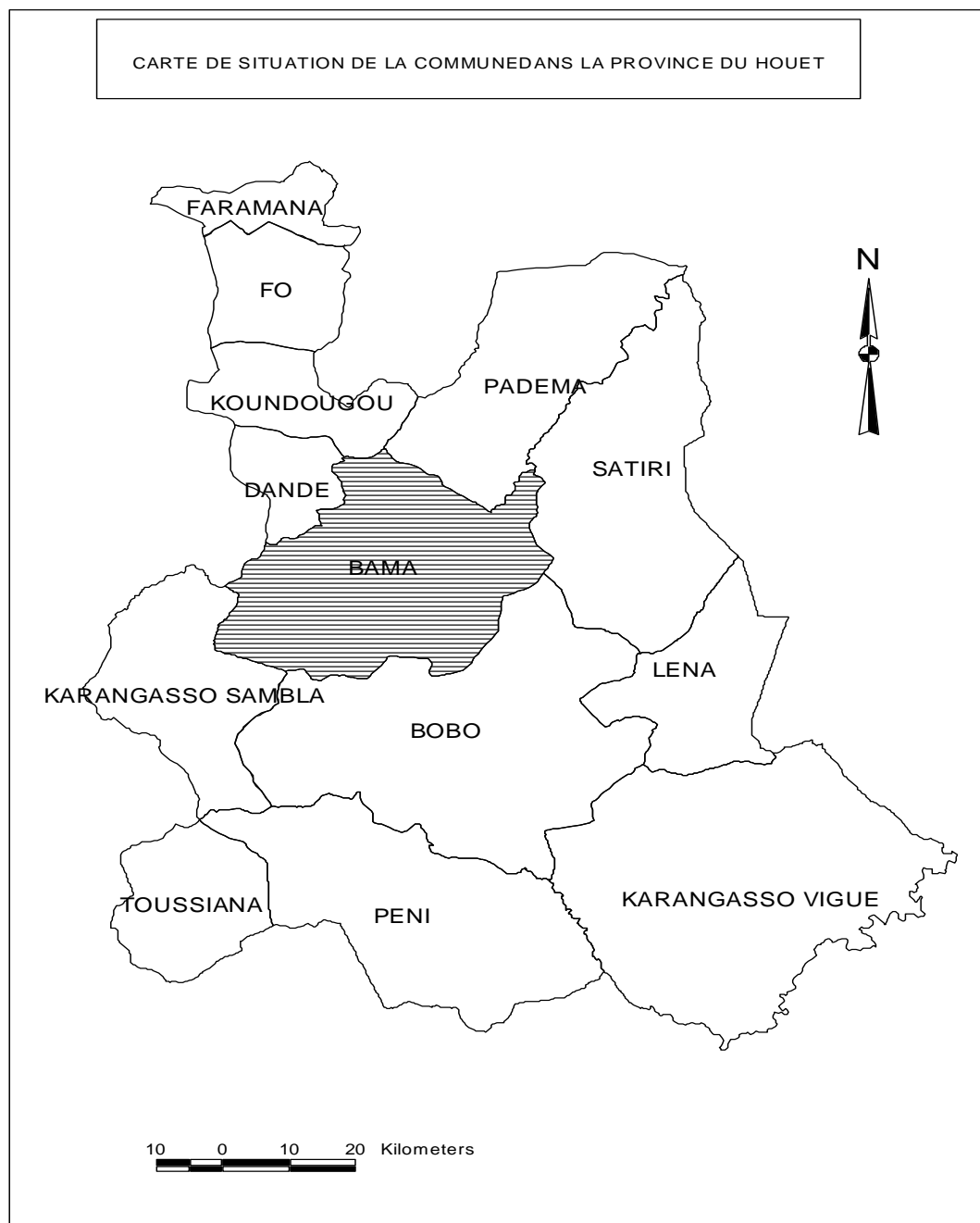


Champ de riz dans la vallée du Kou (Bama). David, photo-terrain 1.

Ce 18 août 2013 j'ai pris le car à Ouaga, ma moto à l'intérieur d'un car, je devais la récupérer à la gare une fois arrivé à Bobo, et faire le reste du trajet à moto, le lendemain. C'est une pratique courante au Burkina Faso. En effet, la mobylette étant un moyen de déplacement très usité, beaucoup de gens ne

peuvent s'en passer. Il est courant alors que les voyageurs se déplacent d'un point à l'autre avec leur engin à deux roues. A cette fin, les compagnies de transport font de la place dans les coffres de leurs bus de transport. Je me suis alors saisi de cette option. Ce premier acte ne se dissociait pas de l'entreprise de terrain. Au contraire, il faisait partie de l'intelligence du terrain. Mais pour autant, il s'agissait d'aller voir comment m'établir et comment déménager complètement là-bas, mais c'était bel et bien le point de départ de mon terrain, une aventure qui commençait et s'annonçait riche de découvertes et de surprises.

Carte de la commune rurale de Bama/Source : Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008.



Je suis arrivé à Bama sous la pluie, et ce dont je ne me doutais guère, c'est que les expériences de scènes où je me ferais battre par la pluie allaient se

multiplier au cours des deux premiers mois que je passerais à Bama. Mais là n'était pas le pire, puisque je ne savais pas du tout où je logerais. J'avais insisté pour que mes contacts de Bama me trouvent quelque chose de simple au cœur du village ; un endroit où j'habiterai au milieu des populations et où je sentirais rien que de me trouver là, la fièvre de l'ethnographie poussant les cordes de mon enthousiasme au sommet d'un désir inouï de réflexivité, et d'une envie de savoir ce qui se cache derrière tout ce qui transparait. J'étais curieux du monde de cette ruralité, et il me tardait de le découvrir bien que l'ambiance du village me mettait dans un certain effroi. Je ne parle pas simplement du calme comparé au vacarme de la ville, mais de l'apparente passivité de la vie. Avec mon ordinateur portable, ma clé de connexion internet, ma mini caméra digitale, mon enregistreur numérique, j'avais le sentiment d'avoir atterri en pleine forêt amazonienne avec un matériel de dernière génération bon à rien sauf à entretenir un complexe de civilisé dans un milieu où l'on en connaît pas la valeur, mais où les gens rient à dents écartées ! Je songeais déjà au comment je ferais pour me sentir exister et comment je pourrais donner sens à ma pratique dans cet univers où rien que mon ordinateur portable passait en certains endroits pour une découverte, une merveille technologique originale. Pourtant, le village était habité par de nombreuses autres personnes de la ville, et il était possible de voir qu'elles s'en étaient accommodés. S'ils ne sont pas heureux (ce qui est loin d'être un sujet de discussion intéressant dans ma recherche), ils ne se laissent pas apprécier comme des personnes malheureuses. Bref, il fallait arrêter de penser à toutes ces choses, cesser de rêver éveillé, et me faire une idée : je suis ici comme chez moi, ce qui change n'a aucun inconvénient à être matériel, il n'y a aucun souci que je sois là et non pas là où j'aimerais être pour toujours car je suis bien là où je me retrouve ! Je résolus donc de me focaliser sur le travail à faire, mon enquête de terrain avait bien plus d'importance.

Trouver une maison au village, planter des racines sociales, une phase de terrain

J'aurais voulu habiter avec Zaki mais victime de mon apparence de citadin, mon contact qui deviendra plus tard un ami du village, refusa. Il trouvait que ses conditions ne seraient pas satisfaisantes pour un homme de mon rang, et m'enjoignait de trouver autre chose, en dépit de mon insistance pour séjourner chez lui. A contrario, je me disais qu'il avait tort de penser ainsi, et je pensais sincèrement être prêt à me conformer aux conditions de vie de la maison hôte. Il faut dire aussi que Zaki n'habitait pas seul, il possédait une dépendance implantée dans la grande cour de son père. Cependant, il m'a semblé dès mon arrivée qu'il était assez indépendant et libre d'héberger un étranger si cela lui convenait. Son air grand garçon, et le respect apparent que ses géniteurs lui témoignaient devant moi m'avaient laissé une image favorable à son égard. Je lui ai tout de suite manifesté une grande estime, et mon point de vue était que je m'étais retrouvé dans les meilleures conditions qui soient, et qu'il me serait difficile de trouver ailleurs des conditions moyennes d'existence, indispensables à l'effectuation de mon travail de terrain. Pour autant, je n'insistai plus face à son deuxième refus, et j'acceptai l'idée qu'il me trouve maison. Dans le quartier où se situe la maison qu'il voulait me proposer (comme dans plusieurs autres du village), Bama à vue d'œil ressemblait à un marécage ! Beaucoup d'eau qui coule, beaucoup de boue, des flaques et crevasses d'eau stagnantes polluées à plusieurs endroits par des charniers d'ordures qui jonchent les devantures des cours d'habitations. Bama dans les endroits que j'ai visités, et en particulier dans le quartier où se trouvait cette maison qu'on me proposait revêt aussi un environnement de brousse parsemé d'herbes et de cultures sur le long de la plaine alluviale, avec quelque peu aussi l'allure d'une petite ville : les indices qui en donnent l'impression sont la présence d'électricité, quelques maisons en matériaux définitifs, des boutiques dans les quartiers où il est possible de trouver des produits de première

nécessité (denrées alimentaires, produits de consommation domestique et autres,...). J'étais tout de même stupéfait et surtout effrayé du logement qu'il me conviait d'habiter. La cour dans laquelle se trouve ce logement est habitée déjà par deux locataires, chacun dans son logement. C'est une cour remplie d'immondices qui ce jour-là se remarquaient facilement parce qu'elles dégageaient une grande puanteur. Des herbes et des ordures se trouvaient à la devanture. Une vache était en effet attachée au fond de la cour et il était facile de voir à quel point cet élevage domestique (ne se limitant pas à la vache mais associant aussi celui de la volaille libre de tout mouvement) contribuait à rendre l'endroit encore plus répugnant. L'intérieur de la maison comporte un salon, 3 petites chambres dont les baies exposent au grand dehors, signifiant alors une absence de clôture de ce côté. De gros moustiques avaient investi les lieux et on pouvait les sentir voler, signe que la maison est restée longtemps fermée et inhabitée ! D'autres signes qui le montrent : la moisissure des murs, les trous sur les murs et sur le sol en plusieurs endroits même à l'entrée de la douche. La maison était en état de délabrement, et si j'avais aussitôt envie d'en ressortir, ma curiosité me donnait l'impression que j'étais face à une découverte fascinante. Pour une anthropologie chez soi, j'étais en face d'un seuil culturel inconscient (Lévi-Strauss) dans la mesure où je me sentais automatiquement repoussé par l'état de viabilité de cette maison du village. C'est alors que je me suis dit intérieurement tout de suite qu'il serait humainement impossible de vivre dans cette maison. Cependant, dans l'optique de pouvoir entamer mon enquête au plus vite, j'acceptai cette maison sous réserve de continuer à rechercher une autre avec pour principal critère une meilleure condition d'assainissement. Zaki mon premier contact de même que le petit frère du bailleur prirent tous ensemble l'engagement de me trouver un meilleur logement (selon mes critères) dans les jours qui allaient suivre. Je discutai alors des modalités financières pour intégrer la maison, et un accord fut passé entre nous. Je devais verser un loyer mensuel de 20000FCFA (vingt mille francs CFA).

La question du logement ponctuellement résolue, mes premiers jours de terrain allaient se révéler somme toute passionnants en dépit d'une rudesse quotidienne de mes conditions de vie. J'étais très allergique à ma maison, particulièrement aux murs de moisissure qui me faisaient tousser sans arrêt la nuit venue. Je n'étais pas à mon aise dans cette maison, bien que l'objectif ne se trouvait pas à ce niveau. Toutefois, il fallait que le minimum soit réuni et qu'il me permette de déployer tout mon esprit au travail d'enquête, de saisie de mes notes, et un peu aussi de transcription des entretiens. Il était également important d'être dans de bonnes conditions pour éviter si possible de tomber malade au cours de cette longue expérience de pratique du terrain. Je m'efforçai cependant d'y rester presque à la fin de la semaine. Chaque matin le réveil était difficile, et je me sentais de jour en jour prisonnier d'une maison presque en ruine que j'avais laissée aussi comme telle, le désir de la quitter étant plus fort que la complaisance à l'essayer. Mon attitude envers les voisins de la cour était presque à l'image de mon appréhension sur le logement. J'étais sans le réaliser assez distant vis-à-vis du voisin de gauche qui est originaire de la ville de Ouagadougou, mais dont la présence était liée à des raisons professionnelles. Il était employé par l'entreprise qui s'occupait de construire le barrage de Samandéni, un projet entamé depuis plusieurs mois, et qui vise à construire cette retenue d'eau au bénéfice des populations des villes situées aux alentours de Samandéni.

La semaine s'écoula vite. Nous étions à jeudi et j'étais toujours dans cette maison. J'en devenais malade chaque nuit passée dans cette cour. L'expression ne renvoie à un mal imaginaire ou un malaise d'esprit, il était aussi question d'un ressenti physique (les moustiques étant sûrement partie prenante de la détérioration de mon état de santé). Je décidai alors de faire un repli stratégique, une courte trêve en retournant à Ouaga pour coordonner la recherche du logement à distance. Que de ressources financières j'engageai alors dans la motivation de trois personnes différentes, trois personnes dont mon contact Zaki. J'appelai au téléphone toutes ces personnes tous les jours et j'en parlai aussi autour de moi à Ouaga. J'en ai aussi parlé à ma grande sœur

consanguine, et elle en parla à sa collègue travaillant dans la ville voisine, Bobo-Dioulasso. Je suis resté une dizaine de jours à attendre à Ouagadougou, le dos reposé sur une couche relativement confortable mais les oreilles et l'esprit captivés par le terrain. Je passais des coups de fils jour après jour, matin au soir, étant impatient de retourner au plus vite à ma collecte. Au cours de ce temps d'attente, j'ai revu un peu le guide d'entretien adressé aux agents de santé, eu égard aux questions supplémentaires suscitées par les premiers entretiens. En effet, j'ai découvert l'existence de conflits internes, c'est-à-dire entre agents de santé et aussi des conflits de compétences entre agents de santé et « tradi-thérapeutes ». Sur ces questions, j'ai perçu des conflits de représentations entre agents de santé et « tradi-thérapeutes ». J'ai pris en compte de mieux investiguer autour de ces questions. Au bout d'une dizaine de jours réflexifs, et de prospection d'un logement à distance, j'ai fini par recevoir une nouvelle : un logement vient d'être achevé et le propriétaire, un fils du village est prêt à me la louer. J'ai été tout de suite informé de cela par la collègue de ma sœur, et j'ai tout de suite marqué mon accord, sans savoir si elle me plairait. Le simple fait que la maison soit située un peu loin du marché a suffi à me rassurer, me disant que j'aurais par coup de chance une maison non seulement entourée de la communauté, mais répondant aussi à quelques critères sans lesquels mon travail pouvait en pâtir. C'était dans le visuel, une maison dans une autre zone non inondée d'eau, non à proximité d'une mosquée, une petite maison avec deux chambres me permettant d'héberger mon assistant auquel j'ai proposé d'habiter avec moi, et que je devrais habituer au travail régulier après une longue journée d'enquête.

19-08-2013.



Intérieur du premier logement habité à Bama. David, photo-terrain 2.

19-08-2013.



Devanture de la première maison habitée. David, photo-terrain 3

En dépit de ces difficiles conditions de logement au départ, la nécessité d'un engagement conséquent pour la réussite du travail ethnographique m'a permis finalement de m'installer (confère annexes 2), et de réaliser mon enquête ponctuée d'une activité réflexive sur ma pratique en actes.

Comment donc me suis-je efforcé de pratiquer l'enquête, et de réfléchir en même temps sur son déroulement ?

II. 2. Le domaine de la réflexivité

Du questionnement de mon objet, il m'a été donné de réfléchir sur différents objets de questionnements. L'installation sur le site de l'étude, et l'amorce de la collecte m'ont spectaculairement propulsé vers une quantité d'informations éparses, aussi bien sur l'objet que sur des problématiques historiques, politiques, humaines et culturelles denses et complexes à démêler. Ma relation à l'objet d'enquête sur le terrain est-elle objective au regard des discours et actes que je pose ? Quelle intentionnalité se cache derrière les actes posés et les pensées débitées dans chaque démarche ? La réflexivité est en quelque sorte le retour de la pensée sur elle-même. Elle rejoint l'idée d'une problématisation des actes du chercheur, des faits perçus, et des données d'informations. L'exercice d'une réflexivité étanche s'imposait d'une part sur ma pratique en actes, et d'autre part sur les données produites par les individus eux-mêmes concernant leur identité et leurs actions.

L'un des principaux axes de réflexivité après le démarrage du terrain a porté sur la stratégie pour une collecte exhaustive dans le village, considérant son étendue géographique et son caractère multi-ethnique.

L'exhaustivité de la population d'étude

Ayant entamé le terrain par quelques entretiens formels avec des agents de santé et des « tradi-thérapeutes » dans les espaces de recours, je me posais une question essentielle : comment enquêter dans les différents groupes sociaux concernés de loin ou de près par l'objet tout en restant vigilant sur la diversité ethnique ? La mobilisation du groupe des agents de santé pour les entretiens ne souffrait pas d'une préoccupation de savoir quelles sont les ethnies représentées, et encore moins si cette forme de représentativité

ethnique dans les structures de santé publique correspondait à la répartition ethnique dans le village. Pour autant, la différenciation ethnique dans la répartition entre les quartiers du village était importante à prendre en compte au cours de la collecte des données. Son importance est liée au fait que derrière la marque ethnique du regroupement spatial, il existe également des distinctions au niveau du système d'organisation politique, et du mode de vie sociale des populations de différents quartiers. Le caractère bigarré du rassemblement ethnique me posait un problème épistémologique majeur : décider s'il faut concevoir des méthodes d'approches différentes selon que je me retrouverais dans le quartier des autochtones bobos, ou s'il faut seulement user de la même stratégie de pénétration du milieu habité majoritairement par des yadcé⁹, une sous-variante de l'ethnie mossi originaire du nord du Burkina Faso, et d'autres mooses provenant du plateau central.

Du fait des divergences sociales et politiques auxquelles il renvoie, le poids du facteur ethnique était susceptible de rendre plus complexe une recherche qualitative fondée sur l'approche ethnographique dans les différents quartiers. Egalement, je me demandais si le temps imparti pour l'étude, bien que paraissant long, suffirait pour explorer et élaborer des démarches différentes tenant compte de la spécificité des différents cas. Si cela devait se faire me disais-je, je me devrais d'agir subtilement, et ménager les contradictions latentes et les différences de types de pouvoirs politiques et d'organisations sociales. Les quartiers bobos me paraissaient distants et plus difficiles à pénétrer rien que par le style des habitats resserrés, contrairement à ceux des allochtones (en majorité composés des Mooses). L'autre fait est que les mooses installés dans ce village sont originaires de différentes régions du Burkina Faso. Sans le décider, le temps de l'enquête formelle (enquête institutionnelle) sera

⁹ Les Yadcé ne se présentent pas toujours comme des mooses. Parmi ceux qui se laissent identifier comme tel, beaucoup ajoutent qu'ils sont des mooses du Yatenga. Le Yatenga est en effet le nom du royaume d'appartenance historique de ce peuple. Il jouit de la même prestance que l'empire mossi, prestance que lui confère la légende expliquant la fondation du royaume mossi. La légende dit en effet que le royaume mossi a été fondé par Ouédraogo, premier fils de la princesse Yennega qui s'étant échappée du palais de son père (le roi du Yatenga), avait croisé la route d'un chasseur nommé Rialé. C'est de l'union entre Yennega et Rialé qu'est né Ouédraogo.

décisif dans la formule d'approche des ménages dans les différents quartiers. Ces entretiens m'ont conduit à interviewer dans la même période, les agents de santé formelle, les « tradi-praticiens », les associatifs, et les agents communautaires de santé. Au niveau de ce dernier groupe, l'un des acteurs interrogés occupait simultanément des postes dans l'institution sanitaire et au niveau communautaire dans le village. Il était le président du comité de gestion (COGES) du centre médical de Bama, le président de l'association des planteurs de Bama ; et aussi le chef coutumier de Bama. L'entretien avec ce monsieur a constitué une entrée bénéfique dans le quartier bobo. Au moment où l'entretien se réalisait, il n'était pas encore chef coutumier, mais le fils du chef dont le décès est survenu quelques mois après. Il m'avait emmené faire un petit tour dans son quartier, et nous avions prévu d'aller saluer son père. Mais le plus important est d'avoir été vu et reçu dans ce quartier. Ici aussi, la présence de mon guide-assistant a été utile pour l'orientation physique dans le quartier, et pour la communication avec les habitants du quartier (demander où se situe la cour du chef, m'entretenir avec lui, et plus tard avec d'autres). Ma position sur le terrain était alors la suivante : je vivais en plein cœur d'un quartier habité majoritairement par les mooses, et où presque tout le monde s'exprime dans les deux langues, mooré et dioula. Ce quartier que j'habitais était aussi prisé par les fonctionnaires venant pour la majorité de la ville. Mais il ne s'agissait pas d'un quartier moins ordinaire que les autres. Ce quartier est localisé à l'entrée du village lorsqu'on provient de la ville de Bobo-Dioulasso. On appelle ce quartier « premier » ou « 1 ». Cette appellation est restée dans le langage et l'orientation des populations au quotidien, bien qu'au niveau administratif, un chamboulement ou plus précisément une inversion est intervenue dans la numérotation des quartiers. Ma réflexion s'est donc résolue à partir de la prise de contact et des échanges avec les agents de santé communautaires et les leaders COGES. Les entretiens formels tenus avec eux ont constitué une ouverture sur les quartiers compris dans l'aire sanitaire couverte par l'établissement sanitaire à partir de laquelle se passe leur intervention. Qu'il s'agisse donc du quartier 1 ou de tout autre quartier, les

responsables des organes communautaires locaux ont été interviewés, et les échanges ont permis d’avoir un aperçu de la réalité dans ce village. Aussi, cet aperçu a motivé l’option de m’immiscer dans différents quartiers couverts par deux établissements sanitaires primaires relevant chacun de deux aires sanitaires distinctes. Les entretiens ont donné d’échanger en profondeur d’une part sur la carrière et l’expérience de ces acteurs ; et d’autre part sur la conflictualité dans la relation de soins, les représentations des populations sur la maladie, et les réponses sanitaires. Des similitudes fortes mais aussi des divergences ressortaient dans le propos des agents. En termes de similitude par exemple, les agents communautaires des différentes aires sanitaires pensent que les choix de réponses des populations de Bama sont en général marqués par une contradiction entre la préférence des soins formels et un recours tardif au dispensaire chez de nombreuses personnes. Cette contradiction est souvent justifiée par des arguments financiers, notamment l’absence d’argent, dans un contexte où par ailleurs certains quartiers sont considérés plus nantis que d’autres, et où cette différence économique est attribuée à un certain niveau de divergence des pratiques productives, en particulier entre la plupart des habitants bobos, et des résidents mossis. Aussi, l’obstacle financier était appréhendé par les acteurs communautaires comme un argument justifié chez certains, et chez d’autres une rationalité extrême. La résolution d’enquêter sur l’ensemble des quartiers de Bama se précisait davantage comme une option méthodologique pertinente. Au bout de la réflexion, il m’a semblé que cette démarche revêtait plus d’atouts pour une appropriation exhaustive du problème de recherche. Cependant, il n’était pas question pour moi de définir mathématiquement le nombre de personnes à interviewer par quartier ou par catégorie ethnique. Il était encore moins question d’arrêter un nombre standard d’entretiens. La notion d’exhaustivité ne dépendait pas de l’équilibre du nombre de personnes interrogées par ethnie ou quartier. Il s’agissait plutôt de recueillir des données expérientielles et des discours détaillés relativement à l’objet. Aussi, décidais-je de parcourir tout le village, en marquant des arrêts dans chaque quartier et en réalisant des entretiens approfondis dans plusieurs

ménages selon l'ampleur des récits et expériences thérapeutiques vécues, ou contées. Les temps de présence ont été relativement longs dans certains ménages. La présence n'était pas sanctionnée par une volonté d'aller à la va vite. Il est évident qu'avec certaines personnes, la tendance des premières minutes de présence dans la cour n'incitait pas à rester plus longtemps. Une humeur suspicieuse, un goût de rejet du genre à demander pourquoi moi et pas mon voisin ? Fort heureusement, les cas de ce type ont été insignifiants, et en pareille circonstance, je décidais tout simplement de me retirer de la maison et de suspendre l'entretien. Ce fut le cas avec Bapoda du quartier canal pooré (derrière le canal en moré). Comme à l'accoutumée j'avais saisi un point focal qui dans ce quartier était Lizèta. Avec son époux, j'avais eu une séance pédagogique pour expliquer le sens de mon étude, et j'avais ensuite passé plusieurs fois de suite du temps avec eux à bavarder et observer. J'avais été connaître le lieu de travail de son époux, et d'elle-même. Ils travaillent tous au marché, le mari en tant que réparateur de téléphones portables possédant alors un atelier à l'entrée du marché du premier, tandis que sa femme vendait de petites choses (savon local, poisson, légumes). La confiance étant née avec ce couple, il m'a semblé possible et intéressant que Lizèta m'oriente et m'introduise dans d'autres ménages, sans que ce ne soit nécessairement des voisines immédiates, encore moins des copines. C'est donc Lizèta qui m'avait conduit chez Sawadogo vivant à environ 400m de chez elle. Le premier contact avec une femme ou un monsieur dans le cadre de l'ethnographie des ménages est parfois déterminant. Lizèta avait déjà prévenu Sawadogo et son époux qui avait donné son accord pour intégrer son domicile pour m'entretenir avec elle, son époux, et passer un peu de temps avec eux. Mais après le départ de notre accompagnante de la cour du ménage Sawadogo, l'épouse qui était seule avec ses enfants ce jour-là s'est montrée relativement hostile à ma présence, et agressive à tout propos, me faisant hésiter à tenter tout entretien. Lui demandant ce qui n'allait pas, j'ai pensé dans un premier temps que c'est l'absence de l'époux qui la rendait ainsi. Je l'ai interrogée sur ce fait mais elle s'est voulue rassurante en disant même que son époux averti ne constitue pas

un obstacle. Dans un second temps je me suis dit qu'elle n'était pas d'humeur ce premier jour mais malgré le report, son attitude n'a pas significativement varié, ce qui m'a amené à abandonner ce ménage, ayant cependant pris soin de noter mes observations. En investiguant ce ménage, j'ai noté que Sawadogo était stressée et effrayée par mon questionnement qu'elle percevait tel un reproche ou une investigation policière à laquelle il fallait user de tact pour échapper au piège. Cela s'est laissé voir par des contradictions dans des réponses évasives et brèves aux questions : comme exemple, la temporalité des recours au dispensaire affirmé la veille était différente de celle prononcée le lendemain. Aussi, l'absence du mari s'est répétée le second jour, malgré le rendez-vous pris auprès de sa femme. Je n'insistais pas avec ce ménage comme pour m'imposer à travers un rapport de force, mais il s'agissait de réussir une immersion dans un ménage ; et pour cela, j'usais de la confiance réciproque, de l'accueil, de la qualité des expériences contées, et de l'intensité des discours produits. Au bout de quelques activités d'immersions, la récurrence des données pouvait constituer un indicateur de saturation, mais il existe souvent des motifs particuliers qui poussent à rester plus longtemps dans un ménage. C'est le cas notamment où les récits de vie d'une ou plusieurs personnes paraissent intéressants à constituer. J'ai réalisé une telle expérience avec trois femmes malades dont les choix et parcours thérapeutiques étaient déjà empreints de conflits de logiques, de contradictions endogènes, et parfois de relations d'oppositions avec les milieux de santé formels.

En définitive, la plausibilité des données est ce qui devait à mon avis caractériser la collecte et l'analyse des données. Elle s'est réalisée à mon avis à travers la représentativité spatiale des informations recueillies dans un village encadré par deux structures primaires de santé. Mais elle est aussi venue d'une saturation des axes de questionnements se situant autour d'un objet dont la définition sur le terrain est restée un exercice complexe comme en témoigne le point suivant.

Réflexivité par rapport à l'appréhension du sujet d'étude

Au départ, je ne savais pas exactement comment présenter mon thème. Il ne s'agit pas en réalité d'une difficulté en lien avec la clarté de mon objet empirique, mais il me paraissait peu discret et peu plaisant de dire que mon intérêt se rapporte aux conflits dans les relations de soins de santé ; même si le chercheur en actes sur le terrain peut se garder de communiquer clairement sur son questionnement aux enquêtés (Beaud S. et Wéber F., 2003). Si l'une des stratégies que j'envisageais était de vouloir profiter de mon identité religieuse pour m'immiscer dans le groupe, j'ai vite compris que c'était une mauvaise idée. La raison est d'abord le risque énorme de manquer d'objectivité, étant moi-même charismatique, c'est-à-dire prier imposant les mains sur les fidèles pour implorer l'envoi de toute grâce dont la guérison à ces personnes. Cette pratique je la tenais de mon passé en ville. Naturellement donc, je m'étais mis en situation d'y participer, ne serait-ce qu'en tant que membre « passif », mais dans ce genre d'assemblée, la familiarité est souvent vite installée entre les membres assidus, mettant à découvert tout nouveau venu. Et ce fut le cas à mon niveau, ce d'autant que j'étais déjà en contact avec le leader du groupe qui m'a invité dans l'assemblée, et n'a pas du tout hésité à m'introduire dans le noyau du groupe. Le noyau tel qu'il est conçu dans les assemblées charismatiques au Burkina constitue l'élite, la tête pensante qui tient en silence les rennes du groupe. Quelque fois, l'existence du noyau n'est connue que de ceux qui en font partie. C'est le cas du groupe auquel j'appartiens. J'ai été donc identifié tel un coreligionnaire et un frère spirituel du diocèse de la capitale Ouagadougou. Cela ne signifie rien de gênant à priori pour un acteur extérieur mais pour une assemblée spirituelle villageoise dans une église catholique hiérarchisée, le diocèse de la grande ville revêt un certain prestige car symbolise une certaine modernité favorisée par une ouverture plus facile au monde. Le groupe de Bama a tout de suite été intéressé de savoir comment les choses se passent à Ouagadougou, et quelles sont les méthodes ou astuces qui peuvent les aider à s'améliorer dans leurs pratiques de prières d'invocation, de guérison et de délivrance de maladies ou

de possessions démoniaques. Cette situation rendait délicate toute idée d'explicitation mon objet de recherche. Ceci était d'autant plus complexe que je suis arrivé au moment où un conflit de perception était déjà en cours, se manifestant par des menaces provenant des catégories musulmanes, menaces dirigées contre ce groupe de pieurs relevant de la communauté religieuse catholique. S'attacher à la tête dirigeante de ce groupe pouvait alors compromettre ma relation avec les autres communautés religieuses en particulier la communauté musulmane, et par conséquent nuire quelque peu à mon enquête. J'étais dans une situation dichotomique où je souhaitais à la fois continuer à vivre une existence de communion spirituelle avec un groupe frère. Je ressentais aussi un désir de communiquer ouvertement de mon sujet pour obtenir des réponses franches tirées de l'eau pure de roche. Communiquer ouvertement voulait signifier demander à mes coreligionnaires de m'expliquer en quoi ils s'opposent ou se sentent opposés aux musulmans ainsi qu'aux autres catégories de thérapeutes. M'intéresser à ces questions en interrogeant le point de vue et l'expérience de charismatique dont je faisais partie, c'était comme dénier la rationalité du mode opératoire des prières de guérison dans notre communauté religieuse. Pourtant, en membre averti, je ne suis pas censé ignorer la rivalité des autres organisations religieuses au sujet de la pratique de guérison par la prière, pratique sensationnelle qui en rajoute au prestige d'une communauté religieuse. Je suis encore moins censé ignorer l'écart de vue entre une approche médicale cartésienne, et l'approche spirituelle croyante et dévote. Il fallait donc que je trouve le moyen de comprendre comment dans le contexte local, ces conflits de logiques, ajoutés à l'hostilité manifestée par le bord musulman se traduisait dans la pratique au quotidien. A la réflexion, j'ai décidé de prendre part à la vie du groupe de pieurs charismatiques de Bama, tout en documentant l'expérience des acteurs. C'est ainsi que je pus rester dans la trajectoire d'une observation participante continue, tout en demeurant aussi dans une disposition d'esprit pour participer aux prières en tant qu'adepte du groupe. Cette démarche correspondait à la

stratégie de *l'objectivation participante* (Bourdieu P.,2003) consistant selon les mots de Bourdieu à « s'observer observant ».

Le constat global sur mon sujet de recherche me semblait en soi-même conflictuel, susceptible d'éveiller la méfiance et de soutenir des préjugés favorables ou défavorables de l'enquêté qui ainsi risquait de perdre de son naturel. Perdre, c'est alors ce mot que j'employai. Je décidai de perdre mon public, et avec le recul je pense que j'ai bien vu d'avoir fait cela dans la mesure où le premier acte de mon enquête de terrain a été l'enquête institutionnelle auprès des institutions formelles de santé, associations de santé, COGES, ASC, et acteurs informels. Dans ce milieu l'idée était que je travaillais sur le lien entre la conduite médicale des populations et les référentiels de l'offre de santé dans les secteurs formels et informels. Je m'évertuais à expliquer que je m'intéressais de savoir comment les décisions de santé étaient prises depuis les espaces de vie jusqu'aux espaces de recours thérapeutiques ; ceci sans mentionner que je m'intéressais aux conflits entre acteurs à tous les niveaux. C'est alors que je pouvais poser toutes les questions et que j'obtenais dans tous les cas un intérêt significatif de la part des agents de santé, des leaders associatifs et communautaires, ainsi que des « tradi-thérapeutes » et autres thérapeutes dits parallèles (cas des nakidos, ou des soigneurs de la médecine chinoise). Ils participaient avec intérêt aux entretiens, enthousiastes de dire dans quels contextes les usagers de soins venaient vers eux. Ils étaient aussi disposés à raconter exemple à l'appui, les situations de malentendus, et à soulever les griefs majeurs à leur endroit. Ils avaient tous à l'idée que je m'intéressais à la qualité de la relation vécue avec leurs clients, à travers notamment des faits concrets vécus et non précisément les conflits à différents niveaux de leur pratique. Mais il ne s'agissait pas pour moi d'établir une relation de domination avec mes enquêtés. Je leur demandais toujours alors si ils ou elles comprenaient le sujet. Tous ont toujours répondu par l'affirmative, bien que cela n'était suivi d'aucun commentaire. Il suffisait juste pourtant que je leur demande quelle conduite les malades adoptaient dans le cadre des recours, ou quelle appréciation ils avaient vis-à-vis des types de patients que

constituaient les populations venant consulter pour que les critiques illustrées par des exemples apparaissent : « population difficile, chacun se dit connaisseur, une mentalité qui n'est pas facile », bref autant de propos qui nous projetaient tout droit sur les conflits dans la relation entre patients et agents de santé dans le sillage du recours aux soins formels. Cela se prolongeait très souvent par des critiques sur l'organisation de leur activité, des mésententes avec des collègues, ou des reproches à la hiérarchie s'agissant en particulier du système formel. Des exemples apparaissent également du côté des associations de santé sous l'emprise de la relation de pouvoir qui caractérise en gros la nature de leur collaboration, et leur dévouement envers les agents de santé. A l'instar des associations privées, les organisations communautaires telles que les COGES se montrent tout à la fois attachées à une tâche d'appui et de facilitation envers les agents de santé, agents de l'Etat. Elles affichent aussi une réelle conscience des responsabilités d'écoute envers les populations, et de conciliation du villageois avec le monde sanitaire en dépit de tout litige : il s'agit pour l'essentiel des cas décrits de justifier la position de l'agent de santé auprès du patient plaignant.

La même approche a prévalu au cours de l'enquête en milieu domestique. J'ai usé d'un discours détourné et approximatif pour présenter mon objet, ce qui m'a permis de créer une curiosité et une attention dans l'écoute de mes propos. Pour m'introduire, je parlais de déterminants dans le choix d'une thérapie en résumant le tout sur autour d'une question : celle de savoir pourquoi en face de la maladie, ils sont amenés à choisir tel recours avant tel autre recours ? Puis, je prolongeais la question en manifestant un intérêt à découvrir la perception nourrie sur chaque type de recours, de même que les difficultés et dysfonctionnements perçus dans chaque catégorie de recours. Pour démêler toutes ces questions et faciliter les réponses, j'insistais pour avoir des discours et perceptions tirées d'une expérience personnelle. J'expliquais aussi que pour me permettre de comprendre leurs perceptions et attentes, il me fallait discuter longuement avec les uns et les autres.

Par la suite, précisément après une dizaine d'entretiens, j'ai trouvé une autre formule pour rendre mon objet de recherche relativement plus saisissable par tous. Cette formule consistait simplement à rabattre mon objet sur la problématique des contradictions en matière de choix thérapeutiques. L'explication était encore centrée sur la diversité des recours dans la prise en charge d'une même pathologie. Cette approche me permettait d'aborder avec chaque acteur, toutes les préoccupations énumérées autour de mes différents axes de questionnements. Cependant, mon approche a été plus spécifique au cours de l'immersion dans les structures de soins publics, de même que dans les cliniques des « tradi-thérapeutes. » A ce niveau, il était question de vivre directement la relation de soins pour cerner les domaines de conflits entre soignant et soigné. Pour ne pas susciter une grande méfiance et un renfermement des agents de santé, il était plus perspicace de taire l'idée d'une volonté d'observer les conflits. Du côté des « tradi-thérapeutes », l'observation participante s'est limitée à de brèves immersions (une journée, ou demi-journée de présence dans une clinique de tradi-thérapeute), et à de petits gestes et coups de main ponctuels (par exemple, le fait de tenir un canari pour que le « tradi-thérapeute » y enfouisse des plantes médicinales).

L'exercice d'une réflexivité s'est aussi imposé au cours d'une dynamique d'immersion dans les structures de soins publics, de même que dans les cliniques des « tradi-thérapeutes ». Il a été question de vivre directement la relation de soins pour cerner les domaines de conflits entre soignant et soigné. Pour ne pas susciter une grande méfiance et un renfermement des agents de santé, il était plus perspicace de taire l'idée d'une volonté d'observer les conflits. Du côté des « tradi-thérapeutes », l'observation participante s'est limitée à de brèves immersions (une journée, ou demi-journée de présence dans une clinique de tradi-thérapeute), et à de petits gestes et coups de main ponctuels (par exemple, le fait de tenir un canari pour que le « tradi-thérapeute » y enfouisse des plantes médicinales). Quelle est alors la substance de la réflexivité produite en milieu sanitaire ?

Réflexivité sur l'immersion en milieu sanitaire : participer et prendre des notes

L'un des derniers actes posés dans le cadre de ma recherche a été de réaliser une immersion dans les structures de soins. D'immersion, il s'est clairement agit d'une observation participante qui s'est imposée selon le cours des événements. En effet, mon séjour dans les différentes structures a été dès le départ appréhendé comme une opportunité de main d'œuvre gratuite, et mon souhait d'être initié aux actes élémentaires c'est-à-dire à la prise de constantes, m'a valu d'être en fin de compte assimilé au personnel, avec cependant une dose de méfiance, doublée d'une attitude profonde de respect qui me troublait énormément. Il y en a qui pensaient en effet que j'étais un étudiant de médecine en fin de cycle, et que ma présence visait à les appuyer tout en les aidant à renforcer leurs compétences, ne serait-ce qu'au plan des indications théoriques. A la fin de mon séjour dans chacun de ces établissements, tout le monde avait fini par comprendre que je n'étais pas médecin, mais pour eux c'était pareil du moment où je réalisais une thèse en me spécialisant en anthropologie médicale. Au début de mon premier séjour d'immersion déguisé comme agent de santé, j'étais profondément animé d'un désir soucieux d'observer tout en participant, j'avais une vue très étriquée de l'observation participante. Cette vision était étriquée car ne tenant pas compte d'un enjeu crucial : le service de santé, un domaine de service imprévisible, un contexte local où sans être débordé, le personnel de santé est en nombre réduit, et constamment sollicité. Je voulais aider à distribuer des tickets d'ordre d'arrivée aux patients, et mesurer la température chez les plus fébriles. En fin de compte, je me suis retrouvé à accueillir, prendre la tension, la température, et faire le test rapide du paludisme (TDR). Sans réserve, le personnel m'aurait initié à bien plus. Il y a toujours à faire et dans ce cas, même si l'arrivée des malades se fait parfois au compte-goutte. Il y a alors nécessité à rester éveillé et par conséquent, il reste relativement peu de temps pour prendre des notes. Je craignais d'être identifié comme un intrus sans blouse, eux-mêmes m'ont assimilé à l'un des leurs, autant que les demandeurs de soins. En effet, il était difficile de s'imaginer que l'homme qui vous a

accueilli, et a pris toutes vos constantes n'est pas un agent de santé. Il était tout autant difficile pour l'anthropologue en immersion de laisser échapper un doute sur ce fait, en posant un acte qui dévoile son identité ; et de risquer ainsi de susciter la méfiance et la transformation de la conduite des patients. Egalement, faire oublier par le personnel de santé que je n'étais pas un des leurs à qui ils n'hésitaient pas à demander d'assurer tel ou tel autre acte était une situation confortable d'observation. Sur un tout autre plan, il subsistait un enjeu moral de taille : qu'est-ce que mon activité devant une personne souffrante légitimement désireuse d'être soulagée ?

L'on pourrait qualifier cet enjeu moral de conscience professionnelle, mais il n'empêche que cela soulevait un biais méthodologique dans ma pratique. C'est le fait que du désir de participer pour observer, j'étais me semble-t-il devenu un participatif qualifié pour les services ordinaires de la profession. Dans ces conditions, il arrivait toujours que je sois très épuisé le soir, et incapable de consigner les données vécues de la journée en notes ethnographiques. Hors-mis la fatigue, je devais m'atteler à l'autre démarche de collecte de données que j'avais entamée, et qui passait par la construction et la consolidation d'un réseau social, à travers la tenue de rassemblements et de discussions informelles, un soir sur deux dans notre concession. Sur une autre trajectoire aussi, il y avait le quotidien domestique à gérer, même si cela se limitait essentiellement à la cuisine (les autres tâches étant assurées par une aide-domestique rémunérée mensuellement). La sauvegarde des données d'observations et des analyses critiques était alors devenue une action périlleuse.

Faisant face à une telle difficulté, je ne sais pas s'il était indiqué de parler de péril ethnographique, mais, cela m'a conduit à une réflexion beaucoup plus profonde, orientée sur la question suivante : les agents auraient-ils vu l'opportunité de se saisir mes services et alléger le fardeau quotidien, ou est-ce une complaisance liée au respect de mon statut ? Les deux facteurs se trouvent intriqués. En effet, le personnel aime à ce qu'on lui donne un coup de

main, et n'hésite pas de fait à réaliser un transfert de compétences notamment au personnel communautaire apparaissant vraisemblablement comme un personnel subalterne. Dans ce cas de figure, deux exemples frappants peuvent être cités. Le premier exemple découle d'un constat de visu : l'implication du gardien de l'un des centres de santé dans les actes de soins, au cours d'une garde. L'approche de ce dernier était instinctive, comme s'il y avait eu une délégation officielle de tâches. Chose davantage curieuse, l'agent de santé que j'assistais cette nuit-là ne s'est senti outre mesure gêné de me laisser voir ce geste. Bien au contraire, il invita le gardien à répéter l'examen sur les autres patients, cet examen qui repose d'abord sur un geste de prélèvement de sang qui sera introduit dans une sorte d'étui utilisable une seule fois, et donnant un résultat dans les minutes qui suivent (environ 10 minutes, mais dans la pratique, les agents de santé attendent beaucoup moins longtemps, c'est-à-dire environ deux minutes, juste le temps de voir migrer le sang prélevé et introduit dans l'étui. En définitive, c'est le gardien qui révélera le résultat, positif ou négatif signifiant que l'on est ou pas atteint de paludisme. Comme second cas dans l'un des centres de santé, la personne chargée de facturer les actes et de délivrer des reçus a aussi été initiée et responsabilisée à certains actes dont la vaccination. Dans un cas comme dans l'autre, on peut s'interroger sur la conséquence de cet habitus qui se développe. Que signifie en effet la compétence médicale quand il suffit de décider de se faire remplacer par un agent communautaire qui n'a pas été formé pour tenir une seringue ? A quelles frontières situer alors la compétence de l'agent médical s'il suffit d'un enrôlement et d'une responsabilisation sur une activité aussi délicate : celle de soigner ? C'est une chose que le personnel sanitaire est parfois débordé de travail dans les CSPS de Bama. J'en ai fait le constat au cours de mon observation participante. J'ai été frappé de voir que Madame Sanou, accoucheuse auxiliaire était parfois obligée dans son état (elle était enceinte en ce moment) d'assumer une journée de travail après une nuit de garde à la maternité. J'avais dû interrompre notre entretien deux fois de suite parce qu'une urgence survenait toujours. Ce matin de dimanche, nous étions au

rendez-vous numéro 3, mais toujours les mêmes préoccupations : une femme attendait d'être délivrée, et d'autres patientes attendaient de se faire ausculter. Etant averti, je n'ai pas été surpris de devoir arrêter l'entretien. J'étais particulièrement touché ce jour-là, car elle n'était pas descendue de sa garde de la veille, et malgré toute sa peine à se déplacer avec son gros ventre de 6 mois, elle n'avait pas refusé de participer à l'entretien. Une trentaine de minutes plus tard, elle avait encore dû interrompre. Elle était grosse, visiblement fatiguée et seule au service ce matin-là, mais pourtant, elle affrontait le travail qui se présentait devant elle. Je ne pouvais m'immiscer dans un acte d'accouchement ni donner un coup de main, mais je l'aurais sans doute fait si c'était possible, oubliant ce pour quoi j'étais là. Une autre réalité est que le réflexe de porter secours au patient distraît dans l'observation des faits, et tarit quelque peu l'énergie de la réflexivité. Ce sont deux activités à mon avis difficiles à concilier, et je me demandais si mon expérience de jeune chercheur engagé sur sa toute première réelle expérience ethnographique n'avait pas eu sa place dans ce blocage. Pour sortir de cette impasse, je me disais que cette difficulté constituait après tout un résultat de recherche. Mon analyse n'était finalement pas très éloignée de la réalité, dans la mesure où le ressenti de la vie en état de soignant dans un service d'offre de santé primaire m'a édifié beaucoup plus que le sens de la lucidité et de la prise de distance en vue de décrire objectivement le réel vécu dans le feu de l'action avec un groupe d'observation.

Je réalisais que je m'attachais de plus en plus à cette condition d'agent de santé, et que l'expérience vécue auprès des patients aussi passionnante et crispée qu'elle transparaissait me donnait de légitimer des prises de positions contre les usagers des services de santé conventionnelle. En d'autres circonstances je n'aurais jamais été conduit à avoir ces prises de positions. Par exemple, entendre le personnel de santé dire que les usagers des services de santé sont souvent indisciplinés et irrespectueux m'avait toujours fait penser à un propos légitimateur et conflictuel lié soit à un désir d'estampiller un statut de domination, soit à une affirmation de préjugés sur l'autre ! Au cours de ma

réflexion, j'ai observé deux situations courantes : l'irruption constante de patients ou accompagnants de patients dans la salle de consultation-infirmier des deux structures. La salle de consultation-infirmier est le bureau de consultation par excellence au cœur du dispensaire ; c'est là où tous les patients homme, femme, enfant passent pour se faire ausculter et prescrire un traitement. Elle accueille en moyenne beaucoup plus de personnes que la maternité. Dans le centre médical de Bama, il y a aussi le bureau du médecin mais celui-ci voit seulement les cas qui lui sont référés par les infirmiers, et quelques personnes qui le sollicitent directement. Fort de sa position stratégique au cœur de l'espace sanitaire, je passais plus de temps dans ce lieu (salle de consultation-infirmier) et aux alentours de ce lieu pour mon observation. S'il y a des jours où l'affluence est relativement faible, il y a aussi certains jours, en début semaine notamment où il y a bien plus de consultants. Dans le centre médical de Bama, il était courant de voir des personnes s'introduire en pleine consultation, comme pour signaler qu'ils viennent d'arriver, et qu'il fallait tenir compte d'eux. Pourtant, avant d'entrer dans la salle d'attente, le malade ou l'accompagnant a déjà pris un reçu de consultation, ou en possède déjà un qui est en cours de validité. De plus, parmi les infirmiers qui consultent, un ou deux agents se rendent continuellement dans la salle d'attente pour prendre les constantes de chaque nouvel arrivant, en vue de faciliter la consultation une fois que l'intéressé pénétrera l'enceinte de la salle de consultation. A beau crier et demander de ne pas s'introduire inopinément dans la salle de consultation, même après avoir toqué à la porte est une vaine action. Du reste, la salle de consultation infirmier de Bama ne dispose même plus de poignée, elle ne se ferme donc plus ! Il est très rare de passer une matinée sans entendre plusieurs fois « sigui doni », ce qui veut dire « asseyez-vous un moment ! ». C'est de cette relative belle manière que les agents de santé amènent très souvent les patients impatients à prendre leur mal en patience, à moins que l'état du malade ne s'apparente à une urgence. Il y a aussi des moments où l'intéressé insiste sur un ton calme, ou à contrario d'une voix belliqueuse. Il est aussi des situations où l'utilisateur surprend une

consultation intime et où il est refoulé presque aussitôt. A ce moment, la porte rabattue à son arrivée, se referme encore derrière lui. Quand on est agent de santé, comment ne pas croire alors que les patients sont parfois indisciplinés, et que certains d'entre eux sont irrespectueux ? Je réalisais donc comment ce discours que je percevais avant cette observation comme conflictuel et relativement condescendant pouvait contenir une certaine forme de légitimité voire de la véracité. Mais autant je le réalisais, autant je réfléchissais à savoir comment expliquer le fait que les agents de santé étaient parfois enclins à requérir cette attitude de même que d'autres (le fait que les salles d'hospitalisation soient évacuées pour ne laisser que les malades durant le temps des visites) aux patients sans les obtenir aisément. Cette préoccupation m'habitait surtout au cours de ma seconde immersion dans le deuxième centre de santé. Aussi, pour éviter d'être enveloppé dans la pensée et l'attitude de l'agent qui se sent légitimé d'exiger le respect de normes utiles au bon exercice de son activité, il me paraissait utile de prendre du recul dans mon immersion. L'idée me vint alors d'espacer un peu mes séjours à l'intérieur de la structure d'observation, et ainsi décidé, je commençai à m'excuser pour l'après-midi, ou pour la journée suivante. Ces temps d'espacements me permettaient de souffler et me donnaient surtout l'occasion de réfléchir a posteriori sur les événements observés au dispensaire la veille, ou dans la matinée. Cette alternative a donc eu raison du déficit de temps nécessaire à la prise de notes, et à la production d'analyses réflexives autour de l'objet de recherche. Il m'était désormais plus aisé de rédiger mes notes après un temps passé dans le service de santé en question. J'étais en mesure de mieux diriger mon plan de collecte dans cette démarche participante, et j'étais encore plus surpris d'avoir besoin d'un temps aussi important pour rédiger mes notes. C'est le fait que j'avais suffisamment d'événements intéressants à décrire et à réfléchir. Mais quelle que soit la profondeur des interprétations et interrogations que suscitaient les faits à mon niveau, je me rendais compte que mes absences se remarquaient. Je me rendais surtout compte que mes collègues d'un temps comptaient désormais avec moi. Un jour, alors que j'avais

prévenu l'infirmier chef de poste que je ne viendrais pas la veille, les infirmiers m'avaient chacun demandé la raison de mon absence. Ce jour-là, monsieur Ouédraogo, l'un des infirmiers qui m'encadraient de près avait déploré mon absence de la veille en disant qu'il y avait une demande forte la veille, et que ma présence aurait été souhaitable. C'était indirectement un reproche qu'il m'adressait. Conscient d'être sous le joug de l'encliquage (Olivier De Sardan J.P, 2005), je comprenais très bien que sa vision ambiguë sur mon statut de chercheur avait cédé la place représentations dans la communauté. En effet, après avoir été indexé dans la communauté comme un travailleur humanitaire de la santé enthousiaste sympathique et généreux, mon immersion dans les structures de santé m'a définitivement fait glisser dans la clique du personnel sanitaire. Je suis resté conscient de ce fait de bout en bout sur mes deux séjours consécutifs, le premier au CM, le second au CSPS. Etre dans une clique expose à deux écueils comme le souligne Olivier De Sardan. D'une part, le chercheur court le risque de paraître familier, enthousiaste et naturellement porté à revêtir et à coller à l'image de sa clique. Si ceci paraît de bonne guerre pour renforcer l'insouciance de sa présence, et rehausser la teneur confidentielle de l'interaction avec le groupe d'encliquage (à l'avantage du chercheur), l'autre face de la monnaie est qu'il encourt la stigmatisation voire le rejet des autres « petits groupes » avec lesquels il lui faudrait développer des relations d'enquête. Cette difficulté ne me préoccupait pas fondamentalement, et la raison est que l'observation participante dans les structures de soins primaires constituait la dernière étape de mon enquête de terrain. L'encliquage n'a semble-t-il pas pu se produire jusqu'à ce stade dans la mesure où les phases précédentes de l'enquête étaient caractérisées par une dynamique itérative. Je pratiquais un va et vient entre les concessions pour d'un côté discuter et observer la vie des ménages, prendre des notes, questionner et suivre dans quelques cas, le processus de recours aux soins ; et d'un autre côté, revenir sur l'autre terrain plus institutionnel des instances de soins formels et les cadres de recours informels, en vue d'y faire des interviews, puis observer et prendre des notes en direct. J'étais arrivé à une

situation où les informations recueillies ne variaient plus significativement dans le contenu des réponses, même si les observations de même que les échanges informels sous d'autres contextes permettaient de saisir quelques contradictions dans les dires. A titre d'exemple, le manque d'argent était toujours posé comme obstacle au pouvoir de recourir aux soins modernes. Pourtant, dans la vie courante, le gain, ainsi que le coût supérieur de certaines réalisations économiques étaient autant de preuves qui permettaient de mettre en cause le propos sur l'incapacité financière. Etant donc passé entre les différents petits groupes, l'encliquage dans le corps médical ne me paraissait plus être une chose inquiétante pour mon enquête qui finirait par cette étape : observer les conflits entre agents de santé et patients dans la relation thérapeutique. D'autre part, le second écueil de l'encliquage étant d'être identifié à différents groupes, il ne me semblait personnellement plus compromettant d'être vu et identifié par plusieurs villageois comme un agent de santé ; ayant initialement été perçu tel un chercheur et tel un humanitaire s'intéressant à la cause de la santé. La distance entre les cliques ne me semblait ni trop grande pour susciter le rejet de l'un quelconque des groupes d'études, ni très importante maintenant que les données étaient frappées par la saturation. Cependant, j'étais en prise à une autre forme de préoccupation qui a nourri un sentiment d'introspection profonde en moi. Cette préoccupation, c'était de vouloir en tant qu'anthropologue de la santé être reconnu non pas comme un agent de santé, mais comme un travailleur de la santé. Le désir d'être identifié comme travailleur de la santé tranchait cependant de la gêne à être perçu tel un agent de santé. Sur ce point, j'ai successivement revêtu la blouse du médecin stagiaire (puisque c'est ce que mes collègues de circonstances du CM avaient cru que j'étais), et celle de l'apprenant-infirmier dont le statut de stagiaire souhaitant observer et participer maintenait quelque peu sous le joug d'un personnel appréciant de recevoir de la main d'œuvre fortuite et gratuite.

Au CM j'étais le médecin, respecté et par ironie consulté parfois par inadvertance. Au CSPS par-contre, j'étais le gentil monsieur méticuleux qui

tient à rendre par écrit la vérité sur les dures conditions de travail de l'infirmier. Bref j'étais une aubaine, et il fallait à tout prix me le dire de façon à peine voilée (« monsieur Ilboudo, vous voyez le comportement des malades, c'est dur, on a tout le temps ce genre de problèmes ») !

Mais au fond de tout, et sans réussir à me répondre à cette question ni à me dérober des cadres de l'encliquage, j'ai tiré deux leçons dans mon expérience d'observation participante en milieu hospitalier. La première leçon est qu'une profonde immersion crée des liens qui en retour peuvent brouiller la lucidité dans le regard du chercheur, et rendre plus complexe son détachement du milieu d'immersion. La deuxième leçon est qu'une immersion lâche vient difficilement à bout de la méfiance des acteurs observés. Elle peut perturber le naturel de ces acteurs et soutenir une sorte d'omerta dans le groupe. Il est clair alors qu'un juste milieu s'impose ! Ce juste milieu donne tout son sens aux notions de l'engagement et de la distanciation de Norbert Elias. L'usage de ces deux concepts appariés se traduit comme une contribution essentielle à l'épistémologie de la science du social (Delmotte F, 2010).

Conclusion partielle

Ces descriptions rendent finalement compte des rouages du terrain ethnographique selon l'expérience vécue dans le cadre de la préparation de cette thèse. Un constat majeur s'établit sur l'ensemble des actes de collectes et stratégies d'observations déployées. Il s'agit de la spécificité d'un objet de recherche rendu complexe et parfois ambigu dans son énonciation et sa perception par les différents acteurs. Chaque acteur tient un propos et pose un acte qu'il tient pour légitime, et veut le faire admettre comme tel. Aussi, l'immersion dans une clique ou dans une autre peut influencer la représentation du chercheur sur l'objet, d'où la nécessité de demeurer dans la réflexivité. Adresser l'objet du conflit revêtait en définitive un important challenge sur un terrain multi-sites où l'existence de plusieurs communautés au-delà de l'histoire qui les rapproche rend pertinente l'analyse du conflit dans l'accès aux biens et services dont la santé. Quelles sont alors les

caractéristiques du milieu d'étude, du système d'offre sanitaire, et des acteurs de l'offre médicale dans la localité ?

Deuxième Partie : Milieu, système de santé et acteurs

Cette partie est une description du milieu, des acteurs et des pratiques médicales. Il s'agit d'une monographie du site de l'étude, du système de santé, en particulier l'organisation et le fonctionnement de l'offre formelle et de l'offre informelle. Cette analyse montre d'abord la situation du milieu avec tous les acteurs, et dépeint les faits marquants qui ont rendu intéressante l'étude de l'objet dans son milieu. L'analyse décrit ensuite les logiques et les oppositions dans les processus de choix thérapeutiques.

Chapitre III. Connaissances monographiques du site d'étude

Introduction

Ce chapitre vise à renseigner l'histoire de la communauté de Bama, de manière à appréhender les faits marquants de cette histoire, en particulier sur l'objet des conflits en matière de santé qui est posé dans cette recherche. Sur ces questions, cette partie permet d'analyser différentes situations (dynamiques au sein de la communauté). Comprendre et décrire une situation nécessite d'accumuler des données, d'organiser des connaissances afin d'en proposer une présentation rationnelle (Yannick Jaffré, 1990). Etudier un objet dans une communauté, c'est se rapprocher physiquement de la communauté et créer une relation et une histoire de vie commune courante avec les habitants de la localité pour en comprendre et décrire les représentations ordinaires, les pratiques usuelles, et leurs significations en lien avec le sujet (Olivier de Sardan, 1995).

L'intérêt principal de ce chapitre est qu'il permet de comprendre comment la construction de la relation entre les communautés s'est appuyée sur des substrats de sociabilité commune dans le domaine des recours en santé. Cette analyse repose essentiellement sur les données d'observation directe avec et sans participation, et sur les données d'entretiens semi-directifs. Un exemple précis de l'apport de ce travail sur l'histoire et la cohésion sociale entre les communautés de Bama est le développement de liens sociaux autour de la quête de soins auprès de guérisseurs traditionnels et de devins. Il apparaît en effet que les frictions entre les Bobos (ethnie autochtone souvent perçue comme infréquentable par les autres) et les autres groupes ethniques dont celui des mooses, ne semblent pas toujours pertinentes dans le domaine de la quête des soins. A ce niveau, il est donné de voir une fréquentation considérable des guérisseurs traditionnels bobos par de nombreuses femmes et mères issues des autres groupes ethniques.

Le contexte du milieu est aussi marqué par une recomposition des formes de vie familiales, passant d'un modèle multi-conjugal caractérisé par un regroupement physique et spatial de différentes personnes dans une même concession, à un modèle plus restreint.

Sur un autre aspect, il est donné de voir l'affectation de noms de localités d'origine aux structures de santé, ce qui traduit entre autre la reconnaissance sociale des espaces sanitaires publics.

III.1. Recomposition et préoccupations sociales actuelles des communautés

Le nom Bama désigne à la fois la commune composée de 21 villages plus quelques hameaux de cultures, mais il identifie également le chef-lieu de la commune, site où git la vallée du Kou. Il y a donc à distinguer Bama en tant que commune de Bama en tant que village reposant sur un découpage en quartiers (07 quartiers au total plus un hameau de culture). Si au plan administratif le statut de Bama est clairement celui du village, il l'est moins dans la pratique. En effet, le contexte de *bigarrité* multi-ethnique, la pratique courante de deux des trois principales langues locales par les habitants, et la taille de la population estimée à près de 70000 habitants (Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008) sont des caractéristiques frappantes dans cette localité. Au vu de ces caractéristiques et de quelques facteurs en plus, la notion de village m'a paru un peu décalée de la réalité de Bama, eût égard à ce qui est empiriquement souvent perçu comme un village au Burkina Faso, et considérant aussi le contexte existentiel à travers lequel je l'ai découvert.

Dans ce sens, il existe une espèce d'ambiguïté dans la représentation sociale collective du statut de Bama. Selon Jodelet, une représentation sociale est « une connaissance socialement construite, élaborée et partagée, ayant une

vision pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1997). De cet entendement, il peut être noté que la grande majorité des populations de Bama représentent leur milieu comme une ville : la présence d'une municipalité, et encore une fois la taille du village, la proximité avec une ville importante du pays (Bobo-Dioulasso, la capitale économique), la présence de nouvelles constructions en dur sont autant de raisons qui fondent les habitants à la considérer comme une petite ville. J'ai été par ailleurs frappé par le constat d'une domination du bâti sur le non-bâti. La caractéristique du bâti est surtout celle des petites maisons de style urbain poussant timidement de terre mais s'imposant dans le paysage visuel. C'est à cela que ressemble l'image physique qu'il m'a été donné de voir en version d'actualité. Aussi, à l'instar des autres peuples, l'histoire de Bama est déjà connue, et les sources rivalisent pour conter comment ce territoire, village mieux connu sous l'appellation de vallée du Kou est né. Mais l'originalité et l'importance de ce chapitre est basée sur le rendu du terrain. Ce rendu est relié aux discours et repose sur mes observations. Ce n'est pas une histoire relatée à partir d'une description de faits chronologiques et une apologie d'acteurs aux rôles historiques. Il s'agit plutôt d'une histoire analysée et perçue au travers de ce qu'elle rend compte de transformations cruciales dans le contexte d'un espace de regroupement inter-ethnique. Mais si j'en souligne quelques traits ici, c'est parce que la problématique du conjuguer le vivre-ensemble se pose aujourd'hui à mon avis avec de nombreuses inquiétudes. Cette problématique reflète tout au fond un malaise qui ne figurait pas dans le projet initial répondant à l'optique d'une migration professionnelle sélective, mais conviviale : un projet qui de surcroît s'est rendu de plus en plus accessible à de plus en plus de personnes venant de différentes contrées rurales du pays, et hors du pays (cas des rapatriés de la Côte d'Ivoire au cours du conflit de la fin de la décennie passée).

Un septuagénaire, Aliou Bigo raconte :

« On est venu ici depuis 1970, les chinois sont venus ici depuis 1970. Le gouvernement a fait venir les chinois, ils avaient dit qu'ils allaient faire un essayement d'abord, bon si ça marche. Bon ils avaient demandé les autochtones d'ici là comme bon c'est les gens de Bama, les bobos, comme bon c'est leurs champs que le travail doit débrouiller d'abord, ce sont eux qui devaient commencer le travail. Les autochtones bon, ils n'ont pas été d'accord de ça, y a beaucoup qui ont refusé, ils ont dit que c'est le force, c'est rentré ici c'est sorti d'ici...donc on a lancé maintenant à Bobo, que tous ceux qui est intéressé de venir, ils n'ont qu'à faire le travail là donc en ce moment nos parents étaient à Bobo, ils sont venus bon, on a distribué les champs, ils avaient pris, bon d'abord un nombre quantité de 100 personnes d'abord, les 100 personnes-là d'abord ils ont fait une tente ici, on leur donnait à manger, et après maintenant, on a donné les champs et puis bon, la construction est venue (construction de la plaine-réalisations infrastructurelles dont le canal, et aussi construction des premiers logements pour les premiers exploitants) les gens ont commencé à travailler... » Entretien réalisé en septembre 2013.

Sans aller au-delà de ce propos, il est important d'y noter que l'histoire de la construction de la vallée et celle de l'installation de communautés allogènes se sont traduites dès le départ par une fronde impuissante de la partie autochtone bobo. On comprend clairement que la communauté autochtone bobo voulait dénoncer un envahissement à travers l'initiative d'aménagement de la vallée du Kou. Pour marquer cette fronde, l'histoire confirme comme ce monsieur qu'ils ont refusé de participer au projet, contrairement à d'autres communautés originaires des quatre points du Burkina qui se sont saisies de cette opportunité. Les rapports et manuels d'histoire ne relatent pas toujours ce versant conflictuel qui s'est révélé dès le départ avec l'afflux de diverses communautés provenant des quatre points géographiques du Burkina Faso, et ce depuis le lancement de cette initiative de projet par les asiatiques jusqu'à sa récupération intégrale par l'Etat. Si la protestation du village autochtone de Bama va conduire cette frange autochtone à bouder contre la récupération et la destination d'une bonne partie de sa terre (environ 88% du territoire selon

le PCD de Bama) à l'aménagement d'une vallée rizicole qui l'entoure, elle n'arrivera pas à s'interposer à la mise en place du projet. Les autochtones bobos s'opposeront toutefois au déplacement du centre dans le redécoupage administratif de Bama, tenant compte des communautés installées et reproduites en l'espace de trois décennies à peu près.

Localisés dans un quartier d'habitation qui semble relativement moins marqué par une transformation physique¹⁰, les autochtones bobos revendiquent en sourdine la centralité du site autochtone de Bama, et prônent l'extranéité des « nouveaux quartiers » occupés essentiellement par les colonies installées dans le cadre de l'exploitation de la vallée rizicole. Dans cette configuration où l'occupation croissante de l'espace n'a pas réussi à taire le sentiment d'expropriation dans la partie autochtone, des constats peuvent être établis par rapport aux conditions d'existence naturelle et sociale. Il ressort en effet :

- Des situations dites critiques :
 - ✓ Une pression accentuée sur la terre (la double voire triple production annuelle) sur des terres devenues plus « avares » et qu'on dit aussi épuisées.
 - ✓ Une arrivée au compte-goutte de nouveaux migrants qui s'installent dans les extensions ou bourgades, et dans la brousse aux alentours du village, et qui se lancent aussi à la quête de la terre.
 - ✓ Des frictions entre autochtones et certains migrants qui leur négocient souvent la location de terres en « brousse ».
- Des transformations :
 - ✓ Un engorgement des vieilles concessions aménagées dans les espaces résidentiels jouxtant la plaine, ce qui a entraîné un

¹⁰ A vue d'œil, une différence apparaît entre les quartiers des résidents venus d'autres contrées, et celui des autochtones bobos. La différence majeure qui puisse être établie est l'absence de lotissement dans le quartier bobo, contrairement aux autres quartiers où l'accès est facilité par des tracés de routes, et des découpages participant du processus d'urbanisation. Cette différence serait la conséquence d'un refus catégorique du peuple autochtone ayant prétexté la sauvegarde de son patrimoine culturel religieux.

rabattage sur les abords du canal désignés jadis pourtant comme des zones inondables, et non-habitable. Cette situation est liée à la raréfaction de l'espace qui est une conséquence de la grande pression migratoire enregistrée dans la décennie 1985-1996. En effet, il faut remarquer que le taux de croissance démographique était de 58,19 % soit un taux de croissance annuel de 4,2 % nettement supérieur à la moyenne nationale (2,5%) pendant la même période (PCD, 2008). Par la suite, l'évolution démographique a chuté (elle est de 21,4% entre 1996 et 2006). Ces niveaux d'augmentation de la population sont en grande partie liés à la pression migratoire dont les effets peuvent être rapprochés de l'insuffisance et de la régression des niveaux de production dans la plaine rizicole.

- ✓ L'enracinement d'une culture de distinction ethno-régionale, avec un marquage de nom de l'espace géographique, dont l'occupation rend compte par ailleurs d'un regroupement ethnique et inter-régional.
- ✓ Un sentiment de stigmatisation d'une ethnie à l'autre (mossis comme mauvaise origine, non civilisés, et dioulas comme paresseux et fainéants).

Ces questions qui se posent dans l'existence actuelle des populations de Bama ne perturbent cependant pas le quotidien de la vie dans cet espace multicommunautaire. Il existe à vue d'œil, une coexistence pacifique dictée par la loi du respect mutuel du droit légitime de tous et de chacun de vivre et d'exercer une activité.

Dans l'ensemble, la conscience et l'expérience d'une fragilisation de la productivité dans la plaine rizicole est avérée.

Des causes physiques étaient évoquées depuis les années 1970 pour expliquer une baisse de rendements dans la production du riz dans la vallée du Kou. Ouédraogo D. mettait en garde contre le gaspillage, l'érosion des terres

attribuées à l'utilisation excessive des engrais, pesticides (Ouédraogo, D., 1979). Outre ces facteurs, les populations et les agents d'agriculture évoquent aujourd'hui l'ensablement de la rivière du canal qui empêche l'écoulement des eaux. La prévention et le contrôle du risque porté par l'action humaine (surexploitation des terres, usage d'herbicides, cultures non-autorisées) est dénoncée comme une action politique et rejetée par la protestation. En clair, à la restriction du nombre de moissons annuelles imposée par le ministère de l'agriculture, le monde paysan y voit une atteinte au droit d'exploitation légitime du bien foncier dans un contexte de baisse de rendements, différent toutefois de la famine. Il en résulte donc des tensions qui se révèlent parfois à travers une défiance voire une prise à partie du fonctionnaire ou cadre local de l'Etat. Un fait récent survenu en 2012 (la même année que s'est tenue une manifestation contre le système de référence normal dans les centres publics de soins de santé) a failli coûter la vie au chef de la plaine rizicole (un ingénieur des services agricoles). Cela se serait passé après que ce dernier ait ordonné de brûler la moisson des producteurs qui avaient contrevenu à la mesure de restriction du nombre de moissons annuelles autorisées. Un groupe de jeunes producteurs s'en était pris à l'homme d'Etat, et, marchant sur son autorité, ce groupe avait décidé de le punir à coup de machettes. Le chef de plaine n'avait eu la vie sauve que grâce à une fuite de l'information qui lui avait permis d'aller se réfugier dans la ville de Bobo-Dioulasso. Des frictions intercommunautaires aux tensions entre producteurs et Etat local, la conjoncture sociale peut être analysée sous la dimension du risque. Le risque évoque toujours « l'idée d'une menace, d'un danger imprévisible pouvant porter atteinte au cadre d'existence d'un individu ou d'un collectif, il ne relève pas d'un simple accident. Il tient compte de l'aléa, de l'imprévisibilité mais aussi d'une certaine conscience du danger lorsqu'existe la probabilité qu'un événement néfaste est susceptible de se produire. » (Beck Ulrich, 2001). Ulrich Beck dans sa définition du risque lance une assertion majeure selon laquelle le monde actuel en Occident, qualifié de postmodernité constitue un monde de risque caractérisé par la production intensive de richesses, mais où la

production des richesses est indissociable de la production des risques. Le risque défini par Beck n'est pas un phénomène extérieur à la société concernée par le phénomène, mais bien une conséquence du mode de vie industriel. Le risque serait donc une construction sociale et culturelle qui ne renvoie pas à la transformation des risques mais à l'évolution des manières de les percevoir. De mon entendement, la conceptualisation de Beck peut être critiquée. A mon avis, le changement dans la manière de percevoir le risque est lié au changement du type de risques à percevoir, la manière dont la société s'en saisit, et les présente. Dans ce cas de figure, le risque traduit comme dans mon analyse, la fragilité d'un contexte de vie sociale en transformation, où se pose un conflit dans le type de risques perçus, la manière de les apercevoir, et en définitive la manière de les prévoir. D'une part, les choses se passent comme s'il n'y avait pas de risque en vue (vie ordinaire des populations), et d'autre part, la prévention des risques se présente comme une source de conflits (exemple du rejet du système de référence normal et de la mesure de limitation des moissons). Le risque s'illustre donc tout à la fois dans ce contexte de transformation des formes de vies familiales ainsi que des stratégies de sauvegarde identitaire qui s'accompagnent d'une caractérisation de l'espace sanitaire.

III.2. Nouvelles formes de vies familiales

Le regroupement familial classique dans le village de Bama était principalement de type conjugal ou précisément multi-conjugal, et ce jusqu'à un passé proche (moins de deux décennies). Ce type de famille est caractérisé par une reproduction sociale de la vie commune à l'intérieur de la même concession. Cela veut dire que les générations se succèdent à l'intérieur d'une même maison où aînés et cadets se répartissent l'espace social disponible. Ils construisent ainsi des unités de vie ménagères autour du ménage parental, désarticulé du fait de la mobilité matrimoniale, mais sans pour autant être affaibli en raison de la sauvegarde de l'unité spatiale. Ainsi que l'évoquent

plusieurs auteurs classiques comme Ferdinand Tönnies et Emile Durkheim, la famille domestique conjugale incarne l'idéal d'entretien du lien communautaire reposant non sur un esprit de contrat mais plutôt de conduite et d'expression de valeurs organiques (Cicchelli-Pugeault C & Cicchelli V, 1998). Cette forme de regroupement familial n'est pas particulièrement issue des valeurs du groupe autochtone, dans la mesure où elle se pratiquait également dans bien d'autres sociétés, en partie liées dans la société Yadcé, ethnie fortement représentée dans la population de Bama. Cela ne signifie pas uniquement que ce soit pour autant une valeur exportée par la première génération d'arrivants dans la mesure où différentes communautés pratiquent cette forme de vie familiale.

Ces communautés d'exploitants venues d'ailleurs ont été installées dans des concessions construites autour de la plaine pour accueillir les premières populations migrantes sélectionnées par la mission chinoise en charge de l'exploitation de la vallée. A vue d'œil, il est possible de constater et de dire qu'elles sont assez grandes. Egalement, il existe suffisamment d'espace pour accueillir plusieurs ménages dans une même concession. Les premières familles qui ont investi ces lieux dans les années 1970 étaient selon la règle au nombre de 5 personnes, mais progressivement des attributions de parcelles se sont poursuivies sur deux à trois générations. A l'intérieur d'une même concession, plusieurs « jeunes ménages » sont souvent installés. Ils sont quelque fois au nombre de trois ou quatre. Ce sont alors trois ou quatre frères souvent de mère et de père identiques qui vivent avec leur femme et leurs enfants, dans des logements distincts au sein de la même cour. Dans plusieurs cas, le père et/ou la mère de ces consanguins ne vivent plus. Dans d'autres cas, ils vivent toujours, et sont à la charge de leurs enfants. L'alimentation et la santé des parents sont compris dans cette prise en charge. Le père même s'il n'est plus productif est considéré comme le propriétaire légal de la propriété familiale, morcelée et partagée entre les fils qui lui doivent en retour une sorte de tribut (reposant essentiellement sur une prise en charge à vie). Ce modèle de regroupement répond à une vision de la famille, des valeurs de vie collective et

de solidarité organique devant être scellée dans un continuum social et spatial entre générations. Ce continuum s'organise aussi sur la perception des valeurs masculines et féminines. Il est donné de constater aujourd'hui que de nombreux jeunes déclinent cette forme de vie familiale, et choisissent plutôt de conquérir des parcelles d'habitations où ils s'installent et fondent leur famille. Une zone bordant le canal à l'entrée de Bama est désormais prisée, alors qu'elle n'était pas comptée comme pouvant devenir une zone d'habitation. L'explication qui est donnée à ce phénomène fait ressortir un désir de rupture spatiale avec l'espace familial, et une aspiration à l'autonomie. Mais pourquoi une rupture spatiale avec la concession paternelle ?

Dans la pratique, l'unité spatiale ne représente plus pour beaucoup un gage de relation communautaire, le partage et la solidarité mécanique n'existant plus dans plusieurs concessions. Prenant exemple sur la disparition de la cuisine unique dans les habitudes des cours communes, Bineta, une interviewée de 27 ans dépeint un environnement de crainte et de risque dans les interactions quotidiennes avec ses co-belles épouses, et ses beaux-frères. Ces interactions se résument à des échanges de politesses, et à une retenue mesurée du langage pour ne pas susciter de conflit. Dans ce contexte de transformation, il est assez courant de voir que la décision des choix thérapeutiques et les itinéraires de recours aux soins mobilisent moins d'attaches dans le repère de la solidarité organique : ce qui signifie que les décisions sont concentrées à l'intérieur du ménage.

En définitive, l'analyse de la mutation des modèles de vie familiale est intéressante, en ce qu'elle est accompagnée d'un regard global sur le monde. D'une part, les relations entre l'homme et la femme ont évolué au plan économique et social. Ainsi, de nombreuses femmes réalisent des activités productives et participent significativement à la vie économique de leurs ménages. Cependant, la masculinité se traduit toujours par une influence plus grande de l'homme dans les prises de décisions sur la vie du ménage. D'autre

part, il est donné de constater que la plupart de ceux qui ont été interviewés et observés dans cette catégorie se montrent particulièrement critiques envers le système de santé. Dans le même temps, le recours à ces soins modernes se trouve plus valorisé sans être réellement priorisé. Cette contradiction entre la confiance orale primordiale dans les soins modernes, et la priorité donnée à l'automédication peut être dans un premier temps analysée dans la configuration monographique de l'espace sanitaire local. La pénétration du global dans la mise en scène des choix et pratiques de santé dans la localité de Bama offre une perspective d'analyse historique et comparatiste de mon objet.

Janvier 2014



De nouvelles constructions en bordure du canal. David photo-terrain 4.

III.3. Monographie de l'espace sanitaire

La relation conflictuelle entre agents de santé est souvent l'effet d'une projection opposée sur le système de santé, et aussi d'une absence de concordance entre les référentiels institutionnels et leur utilité aux yeux des populations dites bénéficiaires. En effet, la politique publique de santé traduit des règles de fonctionnement qui ne croisent pas les attentes des populations (Massé R, 2001). Dans ce contexte particulier que je décris, les agents de santé de « brousse » sont suffisamment alertes de cette situation, eux qui sont souvent confrontés à une expression de besoin tout autre, face à laquelle l'ordre de soumission hiérarchique de leur profession ne leur permette d'accéder. Entre la loi hospitalière de l'Etat, et la préférence du patient, il se trouve alors un obstacle qui s'inscrit dans l'interprétation des difficiles relations de santé entre individus et agents de santé (Olivier de Sardan JP & Jaffré Y, 2003). Cette partie est un point de départ vers la compréhension des sources de construction des discours, et de formation des pratiques de santé entre les différents acteurs, et dans l'interférence entre les champs de recours. Pour commencer, une analyse métaphorique des noms de quartiers et des espaces de délivrance de soins formels présente une importance dans cette partie.

III.3. 1. Noms de quartiers, noms de villes, noms de structures sanitaires

Dans le village de Bama, il existe des populations originaires de différentes villes et villages du Burkina Faso. Certains noms de villes ou villages d'origine de ces populations se retrouvent dans la désignation de l'espace public de Bama depuis plus d'une décennie. Aussi, des quartiers différents du village de Bama portent les noms Ouahigouya, Koupèla, ou Kaya, etc. Ces noms désignent des villes secondaires du Burkina Faso, respectivement des régions du Nord, du Plateau central, et du Nord-Ouest. Derrière ces noms apparaît d'une part un réel marquage de l'espace, stratégie d'affirmation identitaire, mais en même

temps de distinction des appartenances ethniques. D'autre part, les deux structures de santé primaire ont chacune un nom qui établit des hiérarchies entre les « quartiers-villes » et participe inconsciemment aussi d'un jeu de stigmatisation.

En effet, l'un des deux CSPS est appelé Ouahigouya. S'il est réel que la population de cette ville est numériquement représentative dans le village, le CSPS appelé Ouahigouya se situe aux alentours de plusieurs autres quartiers rebaptisés aussi par des noms de villes. La préséance de cette ville traduit en réalité l'influence de la communauté de l'ethnie yadcé (une variante de mossis) sur le reste des ethnies représentées. Dans ce jeu, le CSPS de Ouahigouya est souvent cité comme modèle au détriment du Centre médical de Bama, et vice-versa. La tournure ressemble sinon à de l'appropriation, au moins à une reconnaissance implicite du droit de la majorité représentative comme droit de préséance dans l'inscription spatiale. En effet, pour le sujet lambda de Bama, ce n'est généralement pas un problème d'avoir ce type de repère. Cependant, dans le discours de différenciation ethnique, les identités sont reconstruites dans une consonance d'altérité inférieure ou de dévalorisation du voisin. Tout se passe comme dans la règle de construction et de revendication de droits ou d'appartenances identitaires qui est de se définir par soi par ce qu'on a de ressemblant avec l'autre, et ce qu'on a de différent, et au nom de quoi on revendique un droit ou une attention spécifique (Whyte S., 2009). Mais cette désignation par les noms est tout aussi stigmatisante. La zone couverte par le CM est appelée Bama, ce qui ne permet pas à certaines communautés originaires d'autres localités de se distinguer des autochtones bobos vivant non loin du CM.

La connaissance du système de santé notamment sur le plan de l'organisation et aussi de la position ne peut-être à priori évidente. C'est un donné empirique qui se donne d'être observé et décrit au-delà de la dimension physique. Le domaine de la santé en tant que domaine de perceptions et de pratiques offre

de voir une typologie variée de soins figurant dans les choix thérapeutiques des patients.

III.3.2. Typologie des lieux de recours et des systèmes de réponses thérapeutiques en vigueur

L'offre de santé est dans un premier temps marquée par l'empreinte des structures de soins formels primaires. Ces structures sont au nombre de deux (02) dans le village de Bama situé au cœur de la commune qui en compte 10. Le village de Bama est comme dit plus haut composé du quartier autochtone, et des quartiers installés dans le cadre du projet d'exploitation rizicole. Cette partie de Bama constituée de 07 quartiers est mieux connue sous le nom de Vallée du Kou. Dans le discours et dans la représentation des habitants de la Vallée du Kou, Bama est un autre ailleurs préférentiellement désigné comme « le pays des Bobo ». Sur le champ, cela fait penser à une contrée éloignée coupée de l'espace communal mais en réalité tel n'est pas le cas. Bama est un village multi-ethnique complexe. Le quartier des dits autochtones est appelé abusivement village, et souvent dans l'ignorance des autres quartiers. Dans la manière de se représenter les choses chez plusieurs personnes interviewées, le quartier bobo est un village, et le reste des quartiers constitue une petite ville qu'on traverse en un quart d'heure à moto. S'il est ardu voire irréaliste de vouloir faire l'unanimité sur le descriptif populaire de l'espace territorial de Bama, il est tout au moins possible de le caractériser selon le schéma administratif médical à partir de cette distinction duale de l'espace (qui revêt d'autres distinctions comme montré plus haut).

En plus du recours formel dans les structures de santé, il faut souligner la forte prévalence de l'automédication. La référence à ce mode de médication est relativement significative. Il n'y a pas une seule personne parmi celles que j'ai interviewées qui n'aie d'expérience quelconque avec cette pratique. Les femmes y adhèrent significativement et pour elles-mêmes, et pour leurs

enfants souvent même ceux qui se trouvent en bas âge. Les hommes y sont quasiment abonnés. Il existe deux types essentiels de recours en automédication dans cette localité. Elles consistent d'un côté en des achats banalisés de médicaments en forme de tablettes, gélules ou pommades, etc. dans les dépôts pharmaceutiques, dans la rue (avec des vendeurs ambulants) ou au marché. D'autre part, la thérapie utilisée dans le système d'automédication peut être renvoyée à l'usage des plantes, ou de décoctions diverses. Le choix du type de l'automédication est une pratique qui conduit parfois de la cure vers la prévention. L'achat du produit obéit à un besoin de soulagement rapide, mais le médicament est conservé après le passage de la douleur. Dans ce cas-ci, le recours met aux prises deux niveaux d'interactions (du malade au client, ou du malade à un proche qui peut être le mari). Selon le constat empirique que j'ai pu établir, l'automédication s'affiche comme le recours en santé le plus intégré dans la conduite des individus. Elle se décompose donc entre usage spontané de médicaments provenant de l'univers formel et d'offres informelles composées de la pharmacopée. Elle se projette comme des repères de soins qui rendent raison de l'ancrage biologique des systèmes de réponses. Ce qui ne signifie pas pour autant que la lecture occulte et religieuse soit absente : celle-ci se retrouve dans l'interprétation descriptive de certains maux dont la survenue autant que la gravité appréhendée paraissent anormales.

Le dialogue du malade avec le système mystico-religieux se situe dans le contexte de ses représentations cosmologiques, ou de son idéologie et pratique religieuse. Cela se manifeste par le recours aux guérisseurs, devins, ou aux guides spirituels (exemple des prières charismatiques).

La relation avec les guérisseurs est de longue durée, elle est naturalisée, tout comme l'est la dimension visible des traitements accomplis. Cette partie visible se rapporte aux plantes, herbes ou poudres tantôt prélevées pour les soins. Mais en plus des guérisseurs dits traditionnels, les devins exercent dans le champ sanitaire, en se faisant trompeusement reconnaître légalement par un

statut de guérisseurs traditionnels. Quant aux guides spirituels, ils exercent dans le cadre de leurs offices ordinaires de leurs offices de prières, ou sur la demande.

Comment le fonctionnement des catégories de recours aux soins se déroule alors, à travers les interactions permanentes, et le jeu entre l'acteur et le système ?

III.3.3. Le système de santé formel

Similitudes et dissemblances entre les deux structures de soins

La ressemblance entre les deux structures formelles de santé à Bama est d'abord physique, déterminée notamment par des caractéristiques spatiales identiques et des infrastructures presque en nombre identiques. Cette ressemblance physique s'explique dans l'esprit par le fait que toutes les deux structures ont été construites selon le schéma du CSPA. Elles sont du reste dotées de capacités d'accueil presque égales et s'il est possible de faire une confusion entre le CSPA de la vallée du Kou et le CM de Bama. Trois principales infrastructures sont remarquables de part et d'autre. Il s'agit du dispensaire prolongé de la salle d'hospitalisation, de la maternité qui assure le fonctionnement des consultations pré et post natales, et du dépôt pharmaceutique pour l'approvisionnement et la vente des médicaments. Le type de fonctionnement communautaire est défini à travers des comités de gestion des structures de soins (COGES), et l'implication d'agents de santé communautaires appelés ASC. On observe que les deux structures de santé font face à des problèmes matériels, souvent de ressources humaines qui selon ce que j'ai pu voir sur le terrain se ressentent surtout dans les maternités.

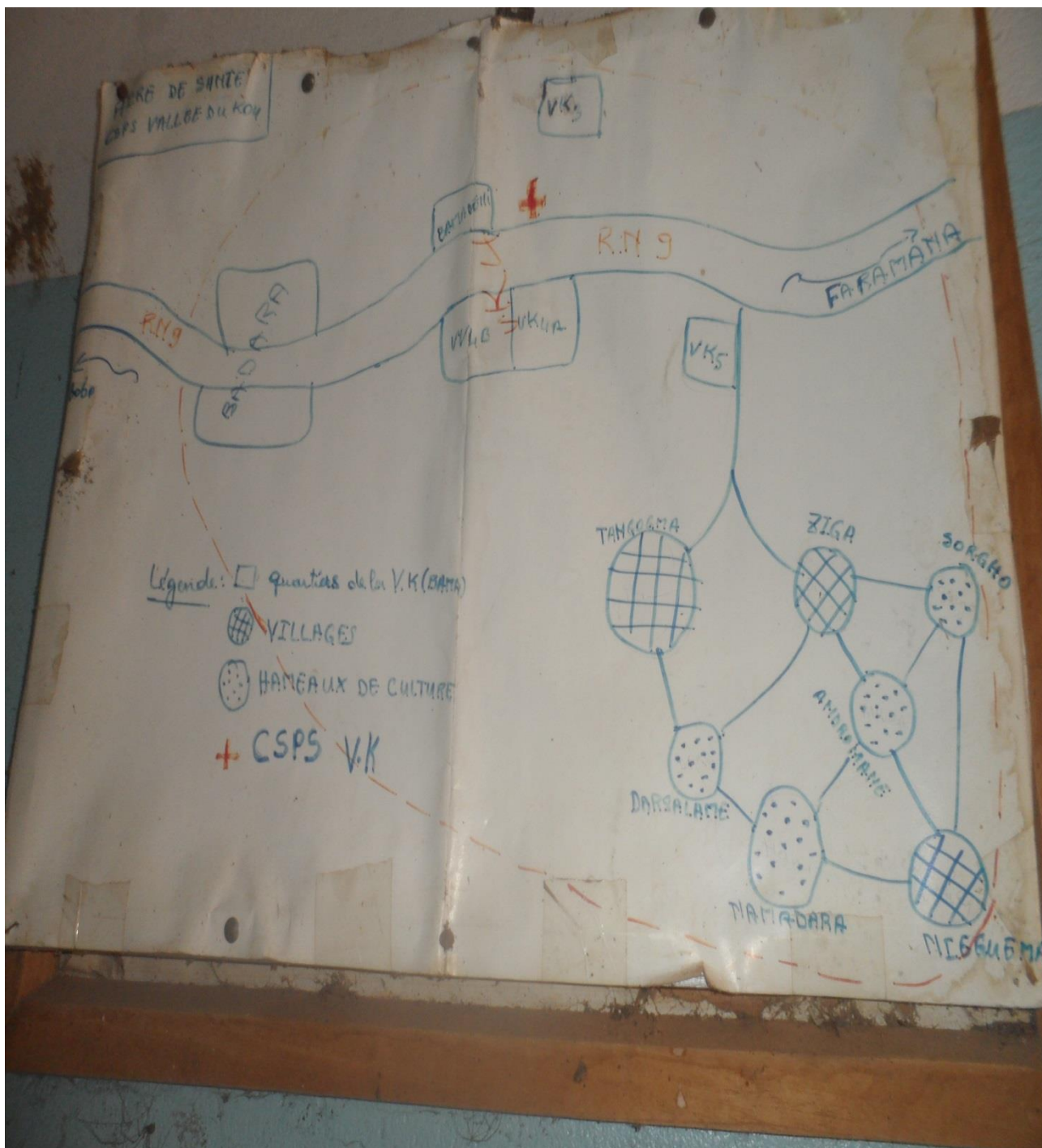
Cependant, des distinctions existent à l'intérieur des points de ressemblances physiques, matériels, et sociaux. Déjà au plan physique, le CM de Bama dispose d'un bureau de consultation médecin tandis-que le CSPA n'en dispose pas.

Aussi, le fonctionnement opérationnel de la prestation sanitaire est placé sous la responsabilité hiérarchique du médecin généraliste, alors que le CSPS est dirigé par l'infirmier chef de poste ou ICP. Dans le même sens, la ressemblance physique des locaux est liée à un retard structurel dans la mise en œuvre des dispositifs de transformation infrastructurelle sensés accompagner le changement de statut de la structure médicale de Bama qui en 2011 est devenue par décret institutionnel Centre médical. En plus des locaux classiques du CSPS, le CM doit disposer de locaux additifs dont le laboratoire d'analyses médicales, le service de consultation de médecine générale, un plateau technique plus relevé. Tout cela manque au rendez-vous-même si au moment où j'achevais mon terrain, le démarrage du chantier visant la transformation physique avait été entamé, mettant le CM en situation de chantier.

Septembre 2013



CSPS de la vallée du Kou. David, photo-terrain 5



Aire sanitaire de Bama/Photo sur document-terrain. David, photo-terrain 6.

21-05-2014



Le chantier de transformation du CSPS de Bama en CM en cours. David, photo-terrain 7.

En cette période d'hivernage qui s'amorçait vers la fin du mois de juin 2014, les travaux de transformation du centre médical de Bama pour le rendre conforme aux normes institutionnelles semblaient vouloir prendre leur envol, en témoigne cette dune de sable déposée à l'entrée du dispensaire du centre médical. Jusque-là les locaux se tiennent à l'apparence dans la vétusté et dans les anciennes dimensions du CSPS. Selon l'ICP de Bama, les dimensions du dispensaire (bâtiment au centre sur la photo) ont été jugées suffisantes par les

techniciens venus inspecter le site. Il partage cet avis, et pense que le niveau de fréquentation (estimé à environ 35-40 malades par jour, contre un peu moins dans le CSPS de la Vallée du Kou) peut être contenu dans le dispensaire. S'il pense que le dispensaire n'a pas besoin d'être agrandi en termes de mesures physiques, il estime cependant comme tous les autres agents de santé que l'opportunité du CM est indispensable. Selon Sampou, infirmier en poste au CM, la carence des moyens matériels est un handicap considérable :

« Au moins s'il y avait un minimum, le laboratoire, pour faire les examens de sang. Mais il n'y a rien. » Sampou, masculin, quarantenaire, marié, infirmier dans l'un des deux centres de santé de Bama. Entretien réalisé en février 2014.

L'absence d'un laboratoire à l'instar des autres limites techniques retentit négativement sur la qualité de la prestation de l'offre, mais aussi sur le crédit de l'agent. Si une grande distance technologique peut être source de distance avec le patient, à la fois, l'inexistence du minimum forme un enjeu de responsabilité qui traduit un aveu de limites matérielles objectives. Ces limites sont susceptibles d'entamer le crédit vis-à-vis du système de santé local, dans un contexte où l'automédication est très valorisée. En déplorant ce fait, les agents de santé adoptent une posture de victimes impuissantes à qui il est confié une sorte de mission impossible. Ce sentiment est toutefois atténué en ce qu'il rencontre le point de vue de la population se sentant par ailleurs victime d'une injustice politique. Plus précisément, de nombreuses personnes, pour ne pas dire toutes les personnes pensent que l'infrastructure sanitaire de Bama n'est pas à la hauteur de son statut comparé au village voisin de Dandé. En effet, le village de Dandé abrite le district sanitaire auquel est rattachée l'offre sanitaire formelle de Bama. Par conséquent, Dandé dispose d'une infrastructure sanitaire plus importante (Centre Médical avec Antenne Chirurgicale ou CMA) bien qu'il soit perçu comme moins stratégique que Bama au plan géographique et démographique, et aussi moins important au plan économique. Pour résumer la situation, le village de Bama est d'abord géographiquement moins distant de la ville de Bobo-Dioulasso (l'échelon

régional supérieur de l'organisation sanitaire) que Dandé. Ensuite, le village de Dandé est moins peuplé que celui de Bama. Enfin, le village de Dandé est caractérisé par son apparence plus petit et possédant moins de « bâti moderne », et moins d'indicateurs de développement économique (cas de l'électricité) que Bama. Selon l'avis de plusieurs personnes à Bama, il n'est pas logique que des infrastructures sanitaires plus importantes soient situées dans un village plus éloigné de la ville. Cette critique est plausible au vu des difficultés de fonctionnement rencontrées par le CMA de Dandé, en particulier la faible performance qu'on lui prête dans le cadre de la prise en charge des malades référés de Bama. La difficulté majeure indexée est le manque d'approvisionnement courant en électricité. L'absence d'électricité serait à l'origine de nombreux décès survenus en cours d'évacuation. Selon quatre (04) agents de santé interrogés à ce sujet, l'absence d'électricité courante ralentit l'usage du matériel médical indispensable à la réalisation des examens biomédicaux et des interventions chirurgicales, d'où les pertes en vies humaines enregistrées parfois dans la liste des malades référés dans l'urgence depuis Bama. Outre le problème d'électricité, une absence de réactifs est soulignée comme une difficulté qui se pose souvent face à la nécessité d'une prise en charge urgente des malades. Par conséquent, malgré le devoir de soumission hiérarchique de l'agent de santé à son district de rattachement, certains prestataires reconnaissent trouvent légitime le désir affiché de la communauté villageoise de voir exclure le village de Dandé de l'axe de référence. A ce niveau, il est donné de voir que ces agents de santé se soumettent au respect des normes du système sanitaire, en dépit de leur opinion personnelle qui légitime la requête de la population des usagers des services de santé.

« Bon on les comprend hein, waih parce moi-même j'ai fait Dandé, c'est pas facile ! Voilà, il n'y a pas l'électricité et puis souvent là-bas aussi ils sont limités même par exemple l'examen de laboratoire on part souvent on dit que les réactifs sont finis, ha or c'est urgent ! On demande un bilan comme ça c'est urgent ! Or si on part on dit que y a manque de réactifs c'est pas, c'est pas facile. Donc les malades préfèrent aller directement à Bobo. Nous on les comprend. Ou bien faire des radios comme ça, à Dandé, il n'y a pas de radio. Voilà, et puis aussi à Dandé ils ne peuvent pas faire tous les examens. Ils sont un peu limités. Donc à Bobo quand ils peuvent

vous prendre en charge là-bas totalement, on les comprend. Voilà ! » Koulango, trentenaire, masculin, marié, 3 enfants, agent de santé au CM de Bama. Entretien réalisé en février 2014.

Que faire au-delà d'un constat quand l'hypothèse d'une réponse conséquente n'est envisagée que dans l'optique d'une décision souveraine du patient de construire une réponse qui ne tienne compte de la logique du mieux offrant, mais plutôt de la contrainte de la norme ? L'incapacité à soutenir la raison contre la règle sanctionne l'inexistence d'une culture de la revendication, qui se ressent par un souci d'adaptation constante à la pénurie du matériel d'usage. Il est régulièrement fait mention de rupture de tests rapides du palu ou TDRs, d'absence de gants, d'exiguïté des salles de consultations, de la vétusté et de l'absence de grillages de protection anti-moustique dans la salle d'hospitalisation, d'insuffisance des tables de consultations, de dysfonctionnement du four d'incinération des ordures médicales (seringues, cotons et compresses tachetés de sang, etc..) etc. Les carences matérielles ont une influence négative sur l'utilisation des services de santé (Mugisha F & al, 2004).

Outre les contraintes matérielles pratiques avec lesquelles les dispensaires composent, des difficultés structurelles et institutionnelles se posent notamment dans le fonctionnement des structures périphériques. L'exemple fort est celui de la subvention des soins d'accouchements sans complication fixée depuis 2006 à un taux de 900 FCFA par l'Etat dont l'engagement à ce niveau est de supporter la contrepartie (Ministère de la santé, 2012). A ce niveau, les structures de santé par le biais des COGES préfinancent le reliquat de la prise en charge représentant 80% de la somme exigée au patient, sans pour autant escompter un délai de remboursement diligent.

Cette difficulté est réelle et pertinente, même si elle en cache d'autres. En effet, derrière une fragilité et une faiblesse des conditions et de la qualité de l'offre de santé, il se pose aussi des défaillances humaines dont on parle souvent dans le village. Ces questions sont relatives à la conduite des prestataires, de même qu'au rôle des intervenants communautaires qui

semblent parfois au-dessus des critiques, et semblent aussi méconnaître le système de santé.

Des dysfonctionnements dus aux acteurs ?

Les difficultés dans le fonctionnement du système de santé communautaire attestent souvent de l'échec de sa mise en œuvre. Et dans les griefs qui sont relevés, un déficit d'appropriation ou une absence totale d'emprise de la communauté sur les structures de santé peut être notée. L'idée paraît bien pourtant pertinente, à penser que l'implication de membres dans une communauté permettrait une représentativité des populations, par un reflet des attentes et une articulation équilibrée entre agents de santé publique de l'Etat, et les populations, mais le bilan qui est dressé est celui d'un échec (Haddad, Nougara, & Fournier, 2006). Dans cet échec, la responsabilité des agents de santé et des agents communautaires prenant part au jeu de l'offre sanitaire, est dépeinte au tableau de la dichotomie entre une politique hospitalière et des pratiques inhospitalières (Fassin D., 2000).

Le CSPS perçu comme un milieu d'affaires

Si les choses ne marchent pas, c'est la cupidité et l'absence de compassion et parfois de moralité des agents. Telle est une vision commune à plusieurs personnes qui renvoient à la représentation du système de santé, l'image qu'ils se forgent sur les agents de santé.

Si dans un sens, cette représentation paraît erronée, dans un autre sens elle est objective et fondée. L'explication est la suivante : l'espace de soins primaires est perçu comme un territoire étatique, ce qui alimente l'idée d'une entité supérieure à la communauté, une entité composée de cadres profitant d'une position de pouvoir. Vu comme tel, l'agent de santé serait en tant que fonctionnaire au contrôle de l'appareil sanitaire, locataire d'un institut d'Etat

dont il a la charge du bon fonctionnement et du profit considéré alors comme un profit personnel. De ce fait, l'unité fonctionnelle est admise entre l'agent de santé et l'outil du CSPS. Par ricochet, l'outil de santé peut théoriquement être un outil de profit, mais à cette idée, la distance sociale se renforce par la notion d'un droit légitime d'occupation de l'espace sanitaire et d'emprise sur tous les outils, y compris le dépôt pharmaceutique et la caisse du dispensaire, de même que de la maternité. D'une part, cette perception reflète une méconnaissance du système de santé communautaire, et précisément les limites définies au pouvoir de l'agent de santé, ainsi que la charge d'implication personnelle que la notion de participation renferme. D'autre part, la faible connaissance pourrait être analysée telle la conséquence d'une occupation stratégique de l'espace sanitaire visant à légitimer la protection du profit, par le clientélisme, la corruption, et les détournements (Ouattara F., 2002). A cette activité, les organes de participation communautaires (COGES) pratiquement méconnus dans la dénomination, sont entrevus simplement comme un personnel de santé subalterne issu de la masse, mais qui est tout aussi complice du personnel médical. A contrario, le personnel communautaire n'agit pas contre cette vision à travers le COGES dont les représentants, également assez ignorants sur leur rôle se conçoivent comme des personnels institutionnels de soutien aux prestations sanitaires de l'agent médical.

« Dans le COGES nous représentons le village, la population, nous sommes entre la population et les agents de santé, nous travaillons à ce que les activités dans les centres de santé aillent de l'avant, nous recueillons les informations au sein de la population pour les agents de santé et nous transmettons les informations des agents de santé à la population par exemple les sensibilisations... il y'a d'autres qui ne savent pas que l'infirmier en question est en train de faire de son mieux, il y'a d'autres qui croient qu'il faut que quand il soigne il faut forcément que ça réussisse » Golobe, un responsable COGES de l'une des structures de santé de Bama. Entretien réalisé en octobre 2013.

L'agent de santé a tous les droits, s'agissant de sa pratique et de l'issue des soins qu'il propose au patient. Le rôle de représentation du village ne trouve aucune cohérence dans l'idée explicite d'une mise en interface entre la population et le milieu des agents de santé, ce d'autant qu'il s'agit d'œuvrer dans l'optique d'instaurer une culture d' enrôlement pacifique du premier

groupe à la philosophie du second. Il est demandé à la population de tolérer et de s'abandonner au bon sens et à l'instinct de liberté de l'agent de santé dont la qualité d'expert médical lui vaut le droit d'échouer dans sa mission de soins sans écoper d'aucune plainte. De cette représentation, la méconnaissance du système communautaire et en particulier des acteurs représente donc un enjeu saisissable. Les agents communautaires feignent d'ignorer leur rôle, ce qui est le cas de la plupart, mais pas de tous car certains sont bien informés sur leur statut. Ceux qui ne parlent pas ont d'une part intériorisé une situation de rapports de forces inégales, et d'autre part admis un mode d'usage des COGES qui fait d'eux des collaborateurs privilégiés des agents de santé, fonctionnaires de l'Etat, et dépositaires du pouvoir ultime de décision sur la vie du CSPS. L'agent de santé, surtout quand il occupe une position supérieure parmi ses collègues forge dans la conscience collective le droit de vaquer à d'autres affaires, réorganiser le service de santé pour profiter de plus de jours, ou de temps libres dans la journée, qu'il soit de garde ou non. Comment ne pas le traiter comme un homme d'affaire libre et puissant, surtout quand plusieurs personnes l'accusent d'approvisionner le dépôt du CSPS, au vu et au su des membres du COGES que de nombreuses personnes considèrent aussi comme des sous-agents de santé ? De collaborateurs, ils deviennent alors complices des agents de santé, et tout aussi concernés par la plainte de surfacturation de l'ordonnance, de détournement du dépôt pour un intérêt personnel, de manque de motivation dans le travail, et d'absence de compassion, toutes choses qui reflètent un éloignement profond de l'idéal de participation communautaire (Ouattara F, 2002). Le concept de participation communautaire apparu courant les années 1970 a fait l'objet d'un usage déviant à l'intérieur de l'action publique de développement en Afrique (Michener, 1998). Il n'est pas suffisamment centré sur l'acteur et dans ce sens le pouvoir reste concentré entre les mains des agents de santé contre lesquels la critique s'établit fortement dans l'absentéisme chronique de certains agents en particulier les premiers responsables des CSPS. Cette

attitude semble être planifiée à travers la bureaucratisation des tâches dans les CSPS (Olivier de Sardan & Jaffré Y, 2003). Ce fait est dénoncé dans les structures de santé de la localité. Il constitue du reste un objet de plainte issue de la hiérarchie, ainsi que le document ci-dessous l'atteste.

16-11-2013



Photo sur document-terrain. David, photo-terrain 8.

Cette note montre l'engrenage conflictuel entre la conception initiale d'une fonction publique et l'usage matériel des avantages de la formule communautaire dans un espace rural. D'une part, les règles de la vie bureaucratique et du travail public de l'Etat constituent les lieux incompressibles d'identification de l'agent de santé, en tant que fonctionnaire de l'Etat. L'institution publique est régulée par le cadre de l'organisation et de la contrainte quotidienne : le fonctionnaire par définition est saisi comme celui qui a un bureau et qui a pour rôle et devoir de se rendre tous les jours au travail, et de faire ce pour quoi il est rémunéré mensuellement. Ce n'est pas un contrat de mission ponctuelle mais une disposition qui implique un engagement quotidien et un service à des heures permanentes et ce, dans une durée déterminée. D'autre part, le contexte de l'offre de services face aux réalités pratiques des attentes collectives des populations favorise l'initiative d'une relecture des dispositions formelles pour instaurer de nouveaux principes de fonctionnement et d'organisation du travail qui, en interne répondraient plutôt à la logique du gentleman agreement. L'émission de la note est un acte de remise à l'ordre et de rappel du dispositif juridique restreignant toute entreprise de réforme du régime du travail et de l'emploi du temps des travailleurs. Cette note pose l'interdit du contournement ou de la révision arbitraire du calendrier et du régime de travail des agents de santé, même si cette révision est présentée comme collégiale. La stratégie de la règle à deux vitesses est dénoncée comme arbitraire là où, jouissant d'un statut de fonctionnaire dans une collectivité rurale, l'agent de santé croit disposer de la légitimité à réformer les normes en faisant en sorte que cette transformation l'arrange, même si elle a par ailleurs un impact négatif sur le fonctionnement des services de santé. Effectivement, les plaintes sur la lenteur des services, ou la désertion du poste de garde par les agents de santé sont relativement importantes. Cependant, alors que le niveau de fréquentation des structures sanitaires par les populations varie de situations relativement considérées comme étant de l'ordre du flux ou reflux, la réorganisation du travail en interne est présentée comme le reflet de cette situation fluctuante où il

semble en effet peu rationnel que tous les agents de santé viennent tous ensemble, tous les jours, et toutes les heures alors que la fréquentation des services de soins est très souvent jugée insignifiante. En marge du système d'offre de soins formels, le système de santé est porté également par des acteurs du milieu informel.

III.3.4. Le système de santé informel

Il est formé de plusieurs acteurs.

Les « tradi-praticiens »

Dans le village de Bama, l'ampleur du recours vers un type de soins n'informe pas habituellement de l'ampleur de la conception mystique ou naturaliste de l'origine du mal : c'est le cas des recours chez les tradi-thérapeutes. Chez plusieurs personnes en effet, le déterminant économique agit à sens ou à contre-sens. En effet, la conception bio-naturelle de la maladie est très souvent admise, et sous-tend le recours simultané ou progressif à des soins formels oscillant entre l'automédication et le recours au dispensaire ; de même que des recours informels reposant sur l'usage supplémentaire de plantes, ou la consultation d'un guérisseur. Il s'agit rarement d'aller directement vers un devin, sauf si les échecs thérapeutiques s'accumulent.

Il se présente deux catégories de guérisseurs qui agissent différemment dans l'offre de soins informels : les devins et les naturalistes. Cette division correspond à celle qui ressort dans les travaux de Bonnet Dorris (1988) sur la société moose. En effet, l'auteure distingue dans son observation le devin non guérisseur et le guérisseur non devin (Bonnet D., 1988 : 83). Le premier acteur

est capable de diagnostiquer les causes de la maladie, et d'indiquer des sacrifices à faire par le mécanisme de la divination. Quant au guérisseur non devin, il ne pratique nullement la divination, mais établit un rapport physique avec le malade. Par conséquent, il peut arriver qu'il identifie l'origine du mal et donne des remèdes, ou qu'il échoue à savoir de quoi souffre le malade. Dans ce cas, il peut décider d'orienter le malade vers un devin.

Dans le cas de Bama, les devins sont ceux qui affirment officier à l'aide de pouvoirs supranaturels. Ils se distinguent de ceux qui se prétendent guérisseurs naturalistes, et qui a contrario se légitiment parfois par le don de la connaissance des plantes vertueuses.

Les devins

Les deux devins que j'ai interviewés prennent en charge la maladie seulement lorsqu'ils ont établi qu'elle provient d'une origine divinatoire. Ils attestent tous avoir généralement affaire à deux types de malades : le malade qui se présente directement à eux, et celui de longue date n'ayant pas retrouvé la santé à travers des recours formels. Dans le village de Bama, les devins se disent spécialistes des sorts, ainsi que des vœux et projets personnels qu'ils aident à concrétiser via leurs djinns. Face au malade qui recourt directement à lui, le devin se donne la charge de définir la cause de la maladie. Après le diagnostic de la maladie, un devin affirme qu'il ne perd pas le temps avec les malades s'il s'agit selon lui de maux ordinaires : il réfère ces cas au CSPS. Par-contre, s'il s'agit d'une maladie provenant d'une cause divinatoire, il prescrit des remèdes au malade. Pour les autres motifs (projets et vœux personnels), il s'avoue fort intéressé par ces cas qui consolident sa renommée. Mais autant que certains de ceux qui le connaissent et viennent le consulter de très loin se cachent plus ou moins (notamment par des visites nocturnes), autant il noie l'occultisme de sa pratique en se présentant comme guérisseur devin. Egalement, il essaie de dissimuler le caractère lucratif de l'activité qu'il mène. A cet effet, il n'ose pas

attribuer ses richesses visibles au résultat de son activité, mais plutôt aux bienfaits de sa pratique qu'il prétend reconnue et récompensée par des bénéficiaires supposés sous formes de cadeaux prestigieux.

Dans le registre des soins informels, les devins se présentent comme guérisseurs en mettant en avant des attributs répondant à une logique divinatoire. En marge de cette catégorie se tient aussi celle des guérisseurs dits naturalistes qui prescrivent des remèdes à base de plantes et de racines.

Les guérisseurs traditionnels ou naturalistes : cas du pédiatre de Bama

16-02-2014



Le « pédiatre », de Bama entouré de patientes. David, photo-terrain 9.

Ils sont relativement peu nombreux les prétendus naturalistes comme ce thérapeute surnommé le « pédiatre de Bama » (vieux monsieur tenant une petite branche sur la photo ci-dessus). Ces guérisseurs se revendiquent naturalistes et sont massivement consultés par des patients s'inscrivant souvent moins dans un cadre d'une consultation exclusive que dans une optique d'extension ou d'accumulation des recours. Le « pédiatre de Bama » est ainsi appelé parce qu'il a conquis une réputation dans le domaine des soins des enfants, bien qu'il soigne toutes les catégories d'âge sans distinction. Il utilisait les plantes pour soigner, mais au-delà de son activité, il était connu et respecté comme le plus illustre des chasseurs de la localité. Sa réputation autour de l'activité de la chasse a rejoint celle de guérisseur traditionnel pour illustrer une biographie dépeinte avec beaucoup de passion et d'admiration. De la chasse, à la thérapie traditionnelle ; des soins de type naturalistes au prestige du chasseur émérite, homme de paix, personnage accueillant, autant de caractéristiques sur lesquelles s'établit la réputation de cet homme. La réputation de Koumene (prénom du pédiatre de Bama) est empiriquement estimable, bien que l'idée de voir dans le nombre la reconnaissance de la valeur puisse se révéler trompeuse. Mais, je me risque à cette comparaison puisque c'est ce qui m'a été donné de réaliser au tout début de mon travail. En effet, il était acquis dans le village que ce personnage surnommé *le pédiatre* constituait un bien meilleur recours que le dispensaire, étant donné qu'il recevait et soignait dit-on plus de malades par jour que les deux structures de soins réunies. Ce fut le point de départ de mon intérêt de connaissance sur cet acteur de la santé, et ce fut ainsi le début d'une entreprise d'immersions fréquentes dans l'espace de vie de ce personnage dont la réputation m'a été d'abord contée, à l'amorce de mon terrain, alors que je m'attelais à recenser les noms des thérapeutes actifs dans l'offre de soins contraires au domaine du district. Mon guide m'a parlé de lui, et en tant que natif du milieu m'y a accompagné. Mon premier contact avec Koumené s'est passé en fin de matinée, alors qu'il était toujours en pleine activité de consultation se passant à ciel ouvert dans sa maison qui s'étend sur une cour vaste d'environ 400m². Cette

cour est prolongée d'une propriété plus large s'étalant sur près d'un hectare. Sur la propriété de Koumené est implanté un verger d'acajous. Ces arbres semblent bien donner, mais Koumené sans en interdire la cueillette libre aux voisins et passants, insiste pour qu'on y laisse les noix, et la consigne semble assez bien respectée. La cueillette des noix d'acajous lui permet par l'intermédiaire de son petit-fils d'avoir une source de revenus. En effet, les noix sont vendues à une usine de la ville. Des agents de cette usine viennent pour leur achat, et ce, sur une demande personnelle. Mais il ne s'agit que d'une activité saisonnière pour ce personnage. L'on pourrait même affirmer qu'il s'agisse d'une activité discrète car malgré une fréquentation répétée et des visites prolongées au sein de la cour, il m'a pris du temps pour la remarquer. Le personnage d'attraction principal ressemblait à un acteur de cinéma, un objet de spectacle dont les talents d'amuseur semblaient également très au point. Il s'amusait, plaisantait et taquinait tout le monde, en particulier les femmes, mères de nourrissons. Il émettait relativement une faible restriction dans son jeu, s'amusant parfois à menacer par la gestuelle de toucher aux parties intimes de quelques-unes de ces femmes. Par-moments, il en venait à me présenter certaines patientes comme étant ses jeunes femmes. Il aimait aussi à proférer des injures grossières, à évoquer une envie forte d'avoir des relations sexuelles avec une jeune femme, à déplorer le dysfonctionnement de son appareil génital. Ces plaisanteries lui donnent une image de vulgarité au travers de laquelle il dissimule son activité. La position privilégiée du pédiatre de Bama est une position assise dans un fauteuil.



Koumené, pédiatre de Bama. David, photo-terrain 10.

Koumené raconte son histoire de chasseur et explique comment par cette activité il aurait eu accès à des révélations qui ont constitué la source de ses connaissances thérapeutiques. Jusqu'à l'heure de sa mort, ce monsieur était en effet reconnu comme tel : un chasseur qualifié de légendaire, et dont la compétence était du reste toujours sollicitée par la communauté. La chasse est représentée comme le lieu du mystère ou pour être clair, le lieu d'acquisition du savoir conférant la compétence médicale à ce vieil homme.

Cela y va non seulement de la vision des membres de la communauté, mais aussi de celle de l'acteur lui-même :

« C'est par la chasse que j'ai réussi à faire ces traitements, j'ai acquis cette connaissance au niveau de la chasse, je ne peux plus faire autre travail, j'ai reçu mon travail par la chasse. »
Koumené, centenaire, masculin, tradi-thérapeute à Bama. Entretien réalisé en janvier 2014.

A regarder dans ce discours, rien de clair ne transparait sur le mode d'acquisition de la connaissance. Le lien est évoqué avec le domaine de la chasse sans une description précise des conditions et contours de la chasse dans lesquels s'est fait l'acquisition de ce savoir. L'action initiatique de la chasse se présente en définitive comme une sanction ayant entraîné une reconversion professionnelle, avec pour obligation d'abandonner la pratique de la chasse pour s'en tenir uniquement à la médecine traditionnelle. L'explicitation de ce propos est venue plus tard, au cours d'un entretien informel dans le cadre d'une immersion dans sa clinique. Selon cette explication, le choix de la reconversion serait un choix obligé imposé par ses victimes (les éléphants et hippopotames qu'il abattait) qui lui auraient intimé l'ordre d'arrêter de les tuer, et de recevoir en échange des savoirs qui lui permettraient de servir utilement sa communauté dans le domaine de l'offre de soins. A son avis, il n'avait d'autre possibilité que d'obtempérer, et de se ranger dans cette nouvelle vie dont l'orientation apparaissait davantage comme une mission de service bénévole et gracieux auprès de la population. En effet, il précise que ses soins sont gratuits, et cela se constate sur le terrain. Le crédit porté à ce thérapeute semble aussi significativement lié à cette clause de la gratuité de principe, qui double son prestige social de chasseur d'une image de marque qui se renforce : celle de l'humaniste qu'il serait. En outre, sa réputation repose bien considérablement sur des succès thérapeutiques contés dans les quatre coins du village. De là donc, le surnom de pédiatre, et la popularité auprès de jeunes mères qui par dizaines, vingtaines, voire par centaines accourent à lui. L'itinéraire thérapeutique des femmes porteuses de nourrissons ou d'enfants en bas-âge reste toujours caractérisé par une fréquentation des tradi-thérapeutes et par le self-recours aux plantes

médicinales, même si les services de soins maternels notent une adhésion plus massive des femmes aux programmes de consultations et de suivi avant et après l'accouchement. Le choix des recours pour l'enfant malade est alors raisonné à partir de la confiance et de l'expérience passée de traitement. Cette expérience passée n'est pas forcément une expérience personnelle mais peut être celle des autres que l'on emprunte. Cette expérience sert d'inspiration sur le profil thérapeutique qui sied, sans pour autant que soit exclue une catégorie spécifique de soins. Cela veut dire que le choix d'aller au dispensaire pour tel mal n'exclut pas le recours ultérieur ou cumulatif de la médecine traditionnelle. Mais pour autant, les soins requis à la médecine traditionnelle revêtent parfois une base préventive, ou un sens étiologique non défini dans les soins formels. C'est le cas des soins pour éviter que l'enfant ne soit malade, ou pour éviter une dentition douloureuse, ou encore pour accélérer l'acquisition de la faculté de la marche chez l'enfant. Toutes ces raisons combinent dans les motifs de consultations chez Koumené, et chez d'autres praticiens. Il prévaut en matière de constructions de recours thérapeutiques, une dynamique de translation qui se matérialise par un ordre de sélection raisonné. C'est une logique de choix qui dans un nombre considérable de cas s'impose non de fait par un ensemble symbolique articulé (Fainzang S., 2000), mais par une nécessité résultant d'un constat pratique qui n'est autre que l'échec ou l'inefficacité de la prescription médicale du dispensaire. Une conception est de manière récurrente reliée à l'association des thérapies. C'est l'idée que les médicaments du dispensaire et ceux de la médecine traditionnelle seraient d'une efficacité complémentaire. De ce fait, les limites de l'une se perçoivent comme une occasion légitime de passer à autre chose. Il faut souligner alors qu'une partie importante de la population des femmes porteuses d'enfants vient consulter le tradi-thérapeute en ayant déjà essayé les soins du dispensaire sans une réelle satisfaction. L'ambition est alors de renforcer l'efficacité du résultat perçu dans l'évolution de l'état clinique du malade. Cette aspiration au meilleur être figure désormais dans la philosophie des recours aux soins de santé.

29-03-2014



Le pédiatre de Bama auscultant un enfant. David, photo-terrain 11.

Ainsi, à partir de la trajectoire de la médecine traditionnelle, le développement des recours aux soins formels privés et la rationalisation de la consultation au dispensaire dénotent d'une conduite médicale empreinte d'un désir de reconnaissance : il s'agit d'une volonté de participation légitime à la décision du soin, et non pas d'une relation d'autorité et de soumission rendant difficiles les rapports entre soignants et soignés dans le système formel (Olivier de Sardan J.P & Jaffré Y., 2003). En présence du pédiatre de Bama, les femmes sont regardées comme habitantes de la communauté et membres de la communauté. Elles sont parfois même identifiées par leur famille

d'appartenance, ou le lien filial qui les lie directement ou indirectement à ce dernier. Dans le sens inverse, plusieurs définissent un lien parfois illustratif. C'est le cas de cette dame, agent de santé qui était venue chercher des plantes chez celui qu'elle appelle affectueusement son grand mari. De l'explication qu'elle donne à cette appellation, le pédiatre de Bama est un cousin éloigné de son époux défunt. Aussi, puisque ce dernier est plus âgé que son mari décédé, elle l'appelle tout simplement son grand mari. Le pédiatre de Bama répond de manière relativement agréable à cette appellation. Ne se plait-il pas lui aussi à dire à cette patiente, « tu es ma femme », ou à demander à cette autre, « occupe-toi de ton vieux mari » ? Bien au-delà, le pédiatre a au fil de l'âge organisé la participation active des patientes dans la cueillette des plantes qu'il leur prescrit.

La démarche est simple : si une femme vient en consultation avec son enfant, une fois le diagnostic établi, le vieil homme lui demande d'aller cueillir telle feuille ou telle plante. Il lui montre précisément où elle peut trouver cette plante. Si elle ne connaît pas la plante, il lui explique davantage, ou profite du passage de son dernier fils pour l'envoyer à la place de la femme. Une fois la plante cueillie, c'est le pédiatre lui-même, ou son dernier fils (si celui-ci est de passage) qui se charge de la conditionner dans une marmite en terre pour elle. Il y ajoute parfois des poudres, des racines, ou autre chose, selon la pathologie. A cette étape, la thérapie du pédiatre se présente toujours comme une activité banale pouvant être reversée sur la simplicité de la connaissance ordinaire, notamment sur le mélange de feuilles, racines, plantes, et poudres.

16-02-2014



Le fils du pédiatre conditionnant les plantes prélevées par les femmes elles-mêmes. David, photo-terrain 12.

La participation du consultant se décèle ici dans la composition des éléments pour le traitement, et dans l'interaction au cours de laquelle, ce dernier est instruit sur le mal qui l'affecte. Mais autant la représentation collective des malades postule une existence de mystique dans la prescription du thérapeute, autant le pédiatre attribue le mérite de son savoir à la providence divine.

Les autres tradi-thérapeutes n'impliquent pas les patients dans la recherche et la cueillette des plants, mais s'appliquent à leur fournir une explication sensée selon leur diagnostic, dans une interaction qui implique un droit de réponse dans la quête de sens du mal. La relation est jugée plus cordiale et plus égalitaire, au même titre que celle entretenue avec le thérapeute parallèle. L'agent de santé est progressivement convié à cette relation, c'est-à-dire à un système où le patient implique sa propre expérience, et tente de prendre part à la construction de la réponse médicale.

Les « nakidos »

C'est l'un des noms populaires donnés au marchand ambulant de médicaments officiellement interdits à la vente. C'est une catégorie d'acteurs dans l'espace de l'offre sanitaire informelle. Les nakidos pratiquent généralement la vente ambulante, et sont composés surtout de jeunes adolescents de sexe masculin. Les « nakidos » comme on les appelle sont parfois équipés de bicyclette au moyen desquels ils sillonnent le village de Bama. Ils se rendent également dans les villages voisins, mais ont parfois tendance à prendre des places assises dans les marchés. Cette activité est tolérée dans la vie des populations. Elle participe à déterminer leurs choix thérapeutiques. Le recours aux nakidos est une conduite qui pour plusieurs personnes relève de la routine. La présence et la proximité sociale et spatiale de ces acteurs renferment du reste un caractère suggestif. Par exemple, j'ai vu au cours d'une interview comment les femmes et les hommes se rapprochaient de ces personnes lorsqu'elles apparaissaient aux portes de leurs concessions. C'est presque toujours une occasion pour demander s'il y a un médicament pour soigner tel mal, ou pour s'approvisionner en paracétamol ou en « toupaye » utilisé notamment pour soigner les maux de ventre. Plusieurs mères que j'ai rencontrées m'ont confié qu'elles offraient ce produit à leurs enfants. La pratique des nakidos est pourtant interdite par l'Etat. La cause commune défendue est la probable mauvaise provenance, et la mauvaise conservation de ces produits. Dans le

milieu formel, presque tous les agents de santé ont aussi cette lecture bivalente. Certains pensent qu'il est possible de trouver de bons médicaments dans ces lots commercialisés comme de petits pains. La répression de l'activité vient alors de ces doutes, mais reste également liée à des enjeux économiques manifestes déjà à un niveau micro-communautaire. En effet, il est possible de constater déjà ici que la répression policière est de nature dissuasive, si ce n'est l'usage intéressé de cette autorité policière. A ce niveau, dans la rencontre avec les forces de sécurité et de l'ordre, les nakidos relèvent craindre non pas un processus d'inculpation ou de sanction judiciaire, mais une expropriation de leurs fonds financiers. Selon le propos d'un nakido, et celui de deux informateurs clés, une fois ses marchandises saisies par la gendarmerie, le nakido craint seulement de devoir payer une somme d'argent, pour se voir retourner son objet de commerce.



Une bicyclette de nakido en service photographié au quartier 1 de Bama. David, photo-terrain 13.

Cette photo a été prise dans le quartier 1 de Bama. Au cours d'une interview dans la concession de Madame Saron, ce nakido en service s'est présenté à la porte. Distracte un moment, Madame Saron a néanmoins échangé un bout de temps avec le vendeur de produits qui sera rejoint par d'autres acheteuses, notamment les voisines. Il est pertinent de noter une absence de complexe

dans la relation entre les nakidos et les populations. Ils sont le petit frère ou le fils ou le neveu de telle ou telle personne sans être moins un marchand ambulant de médicaments. En plus des aspects sociaux de la relation, on peut affirmer que l'installation de la routine de l'achat et de la consommation des médicaments du marché informel a progressivement pris le dessus sur le recours aux plantes traditionnelles, et aussi sur le recours au dispensaire. Deux réalités empiriques le montrent. D'une part, l'occupation spatiale et économique du marché de l'offre médicale. A ce niveau, il faut également citer la vente des médicaments dits « chinois », spécifiant la provenance d'une catégorie des médicaments vendus par les nakidos. Les médicaments chinois ressortent parfois aussi comme l'apanage de thérapeutes se prévalant d'une qualification en ce qu'ils appellent médecine traditionnelle chinoise. J'en ai rencontré un qui prodigue des soins de type hospitalier, sans pour autant s'afficher comme tel. Il y a donc diverses catégories de nakidos. Au-delà des nakidos ambulants, il y a ceux qu'on appelle couramment les boutiquiers, et qui sont en réalité les tenanciers de boutiques de quartiers. La plupart des boutiquiers vendent des produits médicamenteux qu'on retrouve dans la gamme classique des médicaments prohibés distribués par les nakidos.

Les religieux

Des églises, il y en a à Bama, et des acteurs s'illustrent dans ce cadre. Des acteurs appelés tantôt prophètes, parfois bergers prient pour le retour à la santé. Il existe en particulier des communautés chrétiennes qui prient et accomplissent des actions de guérison. Présenté à la communauté des catholiques charismatiques, j'ai assisté à plusieurs séances de prières au cours desquelles des intentions de guérison avaient été portées et des actes de guérison accomplis selon les fidèles. La naissance et l'activité de l'un de ces groupes a aidé à alimenter des polémiques. En clair, ces polémiques sont motivées par la contestation de la valeur des pratiques qui légitiment l'engagement formel des groupes dans la délivrance des thérapies de guérison.

A ce groupe, il est notamment prêté une nature shamanique avec comme accusation celle de pratiquer des rites de sorcellerie. Une autre particularité de ce groupe relève du fait qu'il ne s'affiche pas d'emblée comme une institution de soins. Il ne s'affiche même pas du tout comme telle. Cependant, la quête de guérison ressort généralement parmi les attentes et aspirations des fidèles, et adeptes de cette communauté de prières. Mais, venir à l'église pour se laisser toucher par la grâce de Dieu est souvent envisagé en complément d'un processus de soins, ou comme point de départ d'un itinéraire thérapeutique dans des contextes spirituels bien précis. C'est notamment le cas pour des malades en situation grabataire ou critique, pour lesquels le recours divin est envisagé comme option ultime. Dans ce cas, le malade peut être conduit au berger charismatique, ou bien celui-ci peut être amené à se déplacer vers le malade pour prier et essayer d'obtenir le soulagement de son mal. Le berger charismatique est en quelque sorte le maître spirituel ou plus exactement le guide de l'assemblée de prière. J'ai été le témoin partiel d'une interaction entre des requérants de prières de guérison et le berger charismatique de l'église catholique de Bama. Cela s'est passé après une séance de prière, et au moment précis où je discutais avec le berger. En effet, pendant que nous étions en train de discuter, un monsieur arrive sur une bicyclette et se rapproche de nous. Le berger le reconnut sur le champ, et d'entrée de jeu lui fait savoir qu'il les avait attendus sa femme, leur bébé malade et lui-même à la prière qui venait de s'achever. Répondant au propos du berger, le monsieur annonce que l'enfant est décédé dans la matinée au dispensaire. Le silence s'installe alors un instant avant que le berger ne formule des condoléances avec des paroles de réconfort rassurant de ce que l'âme du défunt reposerait en paix. Le monsieur qui venait d'arriver retourna alors sur ses pas, et le berger me fit savoir qu'il avait été rejoint très matinalement par ce monsieur et sa femme qui venaient lui demander de prier pour leur bébé qui, selon lui, était déjà en état de convulsions. Ayant fait son travail, c'est-à-dire prier pour le rétablissement de la santé du malade, les parents se seraient ensuite rendus au CSPA, mais le malade n'avait pas survécu. Le recours à la thérapie de la prière

de guérison peut alors précéder toute autre forme de recours aux soins de santé. Ce qui peut être également noté, c'est le fait que le lien avec la source de ce recours est maintenu même après une expérience d'échec. Cela veut dire que le résultat de la prière de guérison n'influence pas généralement la confiance vouée au culte religieux, ainsi que la fidélité au berger, en tant que leader de l'assemblée de prières. Le facteur mobilisateur repose sur une aspiration dont l'expression surpasse l'échec personnel : le don total de soi au Christ, une obéissance à l'Esprit-Saint, la lecture et la méditation régulière de l'écriture, la communion et l'entraide fraternelle, la volonté de servir l'église (Soubeiga, A. 1999).

Conclusion partielle

La vie de la communauté villageoise de Bama révèle en définitive des dynamiques concernant notamment les liens sociaux intrafamiliaux, les préoccupations socio-économiques, le fonctionnement ainsi que les représentations du système d'offre de soins formels, et la typologie de l'offre informelle dans la localité. La transformation notée sur les formes de vie familiale renseigne sur le contexte d'un axe des relations de soins de santé. En outre, la description et l'analyse des structures de soins laisse percevoir un champ sanitaire interactif et dynamique. Face à la diversité des acteurs de l'offre sanitaire qui déploient des logiques et mécanismes de soins différents, les politiques individuelles de recours aux soins mobilisent aussi différentes logiques analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre IV. Logiques des choix thérapeutiques et conflits

Introduction

Ce chapitre décrit les logiques qui s'imposent de manière dominante dans le choix des recours thérapeutiques, ainsi que les conflits qui en découlent. De manière générale, les soins choisis par les individus dans la localité de Bama dépendent du regard que ceux-ci portent sur l'offre de soins biomédicaux et sur la maladie. Dans le discours des populations interviewées, le degré de gravité de la maladie apparaît comme la logique d'appréciation qui prime dans le choix des thérapies. Il est intéressant de comprendre alors la manière par laquelle cette logique d'appréciation détermine le choix des thérapies chez les populations. Cependant, l'intérêt de ce chapitre est qu'il rend compte de conflits qui se manifestent à travers cette logique dominante. Il s'agit alors d'analyser en profondeur la perception sur la gravité de la maladie en vue de pouvoir comprendre où se tient le conflit.

Dans l'appréciation du degré de gravité de la maladie, un regard est porté sur l'intensité du mal. En effet, il arrive par exemple que la maladie soit jugée bénigne, et donc maitrisable, et d'autres cas où elle est jugée grave et donc non maitrisable par le sujet. Cette logique de perception de la maladie est illustrée dans un discours courant : « il y a maladie de maison et maladie d'hôpital ». Presque toutes les personnes interrogées dans la localité reproduisent ce discours.

Par conséquent, des vues différentes apparaissent dans la réaction face à la maladie, ce qui entraîne parfois des oppositions, notamment dans la relation entre l'homme et la femme au niveau de l'espace domestique.

Du fait de leur dimension conflictuelle, l'analyse des logiques de choix de recours thérapeutiques est alors structurante dans la compréhension de mon objet de recherche. En effet, l'étude des conflits dans les relations de soins ne

fait pas a priori penser à l'existence d'oppositions sur les logiques de choix thérapeutiques, mais plutôt dans les relations entre soigné et soignant. Cette partie montre pourtant que le conflit existe bien avant ce stade de la consultation médicale au dispensaire. En d'autres termes, ce chapitre révèle que le conflit dans les relations de soins et les choix thérapeutiques existe en dehors du rapport « classique » entre l'agent de santé et le malade.

Si comme défini plus haut, les logiques qui président aux choix des recours thérapeutiques sont dominées par la perception sur la gravité du mal, toutes les représentations développées sur la gravité de la maladie dans la localité de Bama composent entre une nosologie locale complexe et des discours étiologiques qui font de la sélection et la quête des soins des projets empreints de conflits.

IV.1. Nosologie locale, une réalité complexe

Lorsqu'une personne ressent des signes de fatigue, ou commence à se sentir mal, il existe une phrase consacrée pour caractériser cet état pathologique : « la maladie me guette » ou du nom du mal le plus récurrent et le plus populaire : « le palu me guette ». Cette expression rend compte d'une conscience du mal, et traduit le désir de l'éviter ou de le contenir au plus vite. Elle se base sur la souffrance ressentie pour évaluer le niveau de gravité du mal. Selon le point de vue de nombreuses personnes, le fait de ressentir un mal de tête peut signifier une fatigue ou douleur passagère, ou refléter à contrario un début de paludisme. Par conséquent, il sied selon eux de prendre du « para » (paracétamol), et d'en attendre l'effet avant de poursuivre avec un autre traitement si le mal persiste au bout de deux à cinq jours.

Le diagnostic par la douleur est aussi une réalité dans d'autres communautés rurales du Burkina Faso dans lesquelles, c'est la douleur qui décide de l'attention portée à la maladie :

« The type and the severity of the illness lead individuals to decide whether or not they are eventually willing to purchase medical care » (Pokhrel S., & al, 2010: 2)

L'intensité de la douleur rime parfois avec la gravité du mal et donc avec la sensation de l'urgence ou de la bénignité. La volonté d'aller vers une structure de soins formels dépendra systématiquement alors de la perception de la sévérité de la maladie. De la sévérité du mal découlera la notion du risque. Le risque traduit la probabilité à ne pas guérir par le choix d'une thérapie donnée. Cette définition rejoint celle de Ulrich Bech (2001) qui, par cette notion évoque aussi la probabilité qu'un événement connaisse une évolution dommageable : le risque connaît une existence interne dans le milieu concerné. Dans le contexte présent, la dimension du risque est alors imprégnée d'une considération individuelle s'exerçant autour d'un environnement pluri-thérapeutique (Pierret J., 2008). La sélection, et surtout la négociation du recours implique d'évaluer le niveau du risque par l'appréciation de l'état du malade qui peut être soi-même ou un proche.

L'évaluation du risque s'appuie alors sur les caractéristiques de la douleur selon les descriptions qui en sont faites.

La maladie dite banale (« ban zalle », « zou zabre », « yaamsse »)

C'est le type de maux pour lesquels sans se déclarer ou se sentir malade, on s'empresse parfois très vite de se procurer un comprimé qu'on possède déjà sous la main ou qu'on achète dans une pharmacie ambulante, une boutique, ou un dépôt pharmaceutique. Peu importe d'où il provient, le comprimé que l'on absorbe correspond en grande partie à l'idée que l'on se fait du mal qu'on

ressent. C'est un mal considéré comme passager. Comme explication donnée, il se peut que ce soit une conséquence de la fatigue de la journée de travail, mais dans certains cas, la chronicité des maux crée une relation entre une perception pathologique du mal et une domestication biologique, voire une normalisation de ce niveau de douleur. On en vient au fait que l'anti-inflammatoire qui soulage les douleurs soit considéré comme le produit qui prévient du mal, et par conséquent absorbé comme tel :

« Quand je rentre dans la boue pour travailler, avec la fatigue, je prends ça {ibuprofen} pour que mon organisme aie la santé, pour avoir la forme demain matin... » Pelman, masculin, producteur et éleveur, trentenaire et père de 4 enfants. Entretien réalisé en novembre 2013.

Le choix d'une thérapie donnée repose sur la connaissance préalable de cette thérapie, et de sa capacité à répondre au besoin de guérison ou de mieux-être exprimé. Dans ce contexte en particulier, le choix du produit qui soigne est aussi lié à l'expérience que l'individu possède sur ce produit. Cette expérience est employée pour répondre à un besoin de santé qui est également exprimé telle une aspiration quotidienne pour l'organisme biologique. La connaissance de la thérapie installe le réflexe à y recourir à la fois pour éviter la survenue de la maladie, et pour acquérir un mieux-être.

Si le souci de ne pas tomber malade conduit à un réflexe d'anticipation sur l'apparition de la douleur, l'anticipation est dans certains cas aussi une quête de sens reposant sur la perception de la gravité du mal, et sa prise en charge immédiate pour l'empêcher de progresser. Le propos ci-dessous le démontre :

« Si ta maladie commence, tu sais quoi faire pour l'empêcher de progresser. » Madina, féminin, 28 ans, 2 enfants, vendeuse de riz. Entretien réalisé en mars 2014.

Face à une maladie qui survient, il n'est pas jugé utile d'aller à l'hôpital, ou d'avoir recours à une quelconque autre expertise que la sienne pour établir un diagnostic et s'occuper par soi-même du rétablissement du corps malade. Les

notions de « ban zallé » (simple maladie), « zou zabre » (mal de tête), ou « yaamssé » (fatigue) sont aussi rattachées à l'expérience du mal, laquelle comprend : sa nature, ses symptômes connus, son traitement, sa réapparition, sa récurrence ainsi que l'explication qui y est attachée. L'efficacité qui est attendue du traitement est plus élevée lorsque la personne qui initie la thérapie est la même que celle qui est souffrante. L'efficacité de la réponse initiée repose en grande partie sur des compétences relatives qui confèrent la possibilité d'initier des réponses personnelles. Comme on le voit dans ce discours, la connaissance de la maladie se caractérise par la capacité à circonscrire le mal, et à définir une réponse adéquate. Pour de nombreux individus approchés au cours de l'enquête de terrain, la « maladie de maison » fait allusion à un mal ordinaire : l'exemple du mal de tête est souvent cité. Pour ces personnes constituées des deux sexes, il n'est pas nécessaire de se rendre au dispensaire pour soigner un mal simple, ou un simple mal de tête. Dimitri (jeune homme de 32 ans, producteur de riz, et père d'un enfant) affirme à cet effet que le mal de tête ou maladie simple peuvent être la conséquence d'une fatigue générale, raison pour laquelle il aurait accepté de se faire perfuser en avril 2013, de retour d'un voyage en véhicule remorque sur trois villes africaines. « C'était la première et la seule fois que je partais me faire soigner pour un simple palu » dit-il. En temps ordinaire, Dimitri affirme qu'il se dépêche d'avaler des comprimés et de boire une décoction préparée à partir d'un mélange de feuilles de manguier, papayer, et de nimier. La menace de la sévérité du paludisme qui le « guettait » lui a fait craindre une évolution vers le pire. Il y a en effet un niveau de souffrance qui suscite une appréhension du drame de la mort. Dans l'un des dialectes de la localité, on parle de maladie de la mort.

La maladie dite de mort (« yonre banga ») ou non !

Pour la quasi-totalité des habitants du village de Bama, la maladie est potentiellement dangereuse quand elle tient le malade dans une situation

d'alitement, ou quand la souffrance due au mal est inhabituelle chez la personne. Le lien entre la maladie et la mort est établi, soit par le malade lui-même, soit par les proches qui se préparent à cette finalité au vu de la souffrance que celui-ci endure.

Sur l'usage et la conception autour de la maladie de la mort, deux exemples ont pu être notés au cours de mon enquête. Le premier est celui du vieux Koumené, tradi-thérapeute réputé dans la localité. Après plusieurs séances d'immersion dans sa clinique de tradi-thérapeute dit naturaliste, il manifeste des signes de fatigue. Pourtant, il se revendique être une force de la nature, et cela s'admet lorsqu'on considère objectivement son âge (plus de 100 ans), et l'énergie qu'il dégage durant les quatre premiers mois où mon assistant et moi le fréquentions (il cultivait lui-même son champ, et se déplaçait sans appui). Au bout du cinquième mois de fréquentation de Koumené, ce dernier tombe malade, et s'affaiblit assez rapidement, dans la mesure où il se met à marcher avec une canne. Koumené se plaint de maux de dos, de hanche et tout en nous réclamant des produits pharmaceutiques modernes, il susurre qu'il s'agit de la maladie de sa mort. Il affirme que l'heure est bientôt venue pour lui de rejoindre ses ancêtres. Deux semaines avant la fin de mon enquête de terrain, le vieux Koumené meurt après avoir été transporté d'urgence au CM de Bama. Le deuxième exemple est celui du père de Moussa. Le père de Moussa (homme, quarantenaire, commerçant, père de 5 enfants dans le village de Bama) souffre d'une maladie des reins, et se fait placer régulièrement une sonde urinaire au CSPA. Ayant pris rendez-vous avec Moussa pour un entretien, je devais m'y rendre accompagné de Cédric qui avait été l'intermédiaire entre nous deux. Arrivé chez Cédric (homme, trentenaire, 2 enfants, ami de Moussa) celui-ci m'apprend que la rencontre avec Moussa n'aurait pas lieu car son père était hospitalisé à nouveau au dispensaire. Le lendemain, j'appelai Cédric pour prendre des nouvelles du malade, et ce dernier me donne la réponse suivante :

« On peut dire que ça va et ça ne va pas parce que quand c'est la maladie de la mort, il n'y a rien qu'on puisse faire ! ». Entretien réalisé en février 2014.

Comme on le voit ici, la dimension de l'irréversibilité est quelque peu rattachée à la symbolique de la maladie de la mort. L'irréversibilité est envisagée au vu de la souffrance endurée par le malade. Il s'agit à la fois de la profondeur du mal, mais aussi de sa manifestation subite qui, comme dans le cas de Koumené suscite une crainte brusque. Dans le sentiment d'irréversibilité qui anime l'imaginaire de l'entourage ou le malade, le recours aux soins est perçu comme une démarche aléatoire, s'il n'est voué à l'échec. L'évolution vers la mort reste une hypothèse relativement forte au vu de la situation clinique du malade, et de son évolution. Il n'y aurait rien de faisable dans ce cas pour éviter l'issue de la mort, contrairement à d'autres types de maux. Il existe une autre catégorie de maladies définie comme classe de maladies nécessitant un remède particulier.

La maladie à remède particulier

La maladie à remède particulier désigne des maladies dont la manifestation est décrite sous une dimension biologique ou mystique. Deux cas ont pu être notés auprès de personnes interrogées au cours de l'enquête.

Dans le premier cas, la définition du mal est la mobilité d'un sens à l'autre. La douleur n'est pas localisée au niveau d'un seul membre, elle se déplace d'une partie du corps à une autre, ce qui en constitue le caractère pathologique. En mooré (l'une des principales langues parlées dans la localité), la maladie qui se promène est appelée « ban gondse ». Voici une explication qui est fournie à ce sujet.

« La maladie se promène dans tout le corps. Tu as mal au dos, et subitement ça redescend sur les hanches, et ensuite dans les jambes. Les agents de santé ne connaissent pas cette maladie, pourtant son remède existe dans la médecine traditionnelle ». Sayouba, masculin, trentenaire, orpailleur et cultivateur, 2 enfants. Entretien réalisé en mars 2014.

Les individus qui ont parlé de cette maladie affirment tous avoir tenté et échoué à se faire soigner au CSPS. La conclusion à laquelle ils sont alors conduits est que la médecine formelle serait incapable de soigner ce mal. La plupart expliquent qu'ils sont soulagés par des produits de la médecine dite traditionnelle lorsque le mal survient.

Dans le deuxième cas, la souffrance est physique et émotionnelle (brûlures aux pieds, et esprits qui effraient), mais la nature de cette souffrance est le plus souvent rattachée à la dimension de l'esprit humain, car qualifiée de « peleng yigsé » (ce qui veut dire l'esprit qui panique).

« Je n'ai pas la santé, tout mon corps me fait mal, quand ça commence, mes pieds brûlent et je ne dors pas car des esprits me poursuivent... » Sèta, féminin, quarantenaire, mariée, 5 enfants, ménagère. Entretien réalisé en décembre 2013.

« Quand quelqu'un va mourir son esprit me torture avant de s'en aller...J'ai été à l'hôpital et on a dépensé en vain. Finalement c'est mon petit mari qui m'a emmené voir un marabout, il m'a donné un produit ça allait un peu pendant quelques jours mais ça a recommencé et ma sœur m'a conduite chez une guérisseuse bobo, elle m'a donné les plantes et jusqu'aujourd'hui quand ça veut recommencer, je pars la voir... » Mariama, féminin, quarantenaire, mariée, 3 enfants, vendeuse de riz. Entretien réalisé en avril 2014.

Le discours de Sèta relève une douleur physique est décrite avec précision, et une part de cette douleur (manque de sommeil) est justifiée par une perception mystique. Cette description montre une interaction entre l'esprit et la matière physique traduisant la cohabitation entre le biologique et le mystique de la maladie (Van der Veen L., 1995). L'autre propos retrace un itinéraire thérapeutique qui, dans la quête de guérison montre le passage d'un recours infructueux à l'hôpital, à des recours magico-religieux plus satisfaisants.

Dans les deux cas, les soins pratiqués contre ces maux excluent en définitive le recours biomédical qui aurait échoué dans la majorité des expériences énumérées. Le soulagement ressenti par le malade à travers les soins magico-

religieux valorise les aspects mystiques qui ressortent de la description faite du mal par le malade. Ces recours sont décrits comme indispensables par un guérisseur devin :

« Vous voyez les tissus qu'on couvre les cadavres, il y a d'autres qui se servent de ça pour brimer la vie d'autrui. En pareille situation si on apporte la personne à l'hôpital les infirmiers vont tout faire et n'arriveront jamais à soigner cette dernière. » Zankare, masculin, quarantaine, tradi-thérapeute spécialiste de la prise en charge des mauvais esprits et des sortilèges. Entretien réalisé en février 2014.

Ce discours tente de situer l'origine magico-divinatoire de certaines maladies. Ces maladies sont perçues comme la conséquence de sortilèges motivés par le but de nuisance à autrui. La rationalité des réponses magico-religieuses jugées efficaces, correspond à l'image mystique par laquelle la maladie est décrite au devin guérisseur ; ce qui rejoint alors la perception des malades se trouvant face à ce type de maladie. Dans plusieurs cas observés, les personnes souffrant de maux décrits comme mystiques sont assistées par un réseau social, ou un proche influant sur leur itinéraire thérapeutique. L'identification des recours, et même la prise en charge financière du malade sont parfois assurés par les proches qui l'assistent ou l'orientent dans la quête des soins.

IV.1.1. Discours étiologiques : la typologie des maux connus et leurs manifestations

Dans le village de Bama en particulier, les représentations de la maladie sont la plupart du temps décrites par allusion à des expériences individuelles. Ces représentations ne citent pas toujours la cause mais une analogie explicite existe. Pour certaines personnes par exemple, les causes du paludisme sont reliées à des questions de nature organique.

« C'est le palu, si ce n'est pas le palu, même quand on dit que c'est le palu là si tu as excessivement mal à la tête, on dit que c'est le palu. Ce n'est pas tout le temps que tu as mal à la tête. Et aussi si ton ventre s'assèche jusqu'à dépasser, c'est ça seulement qui provoque le palu. Si ton ventre s'assèche trop, c'est ce qui amène le palu. Ça aussi c'est dans nos nourritures. Certains ne font pas attention à leur nourriture sinon tu peux faire cinq ans même, si ton ventre ne s'assèche pas, tu n'as rien. Si tu gagnes les bonnes nourritures manger, par exemple les fruits, sinon si à chaque fois tu manges le riz c'est pas bon ça assèche le ventre, ou bien les atiéké là ça assèche le ventre, même le tô assèche le ventre. » IB, masculin, 32 ans, producteur et mineur, père de 3 enfants. Entretien réalisé en novembre 2013.

« Bon ce qui amène aussi le « soumaya » (Palu en dioula), le lait provoque le palu, le lait de vache » Pelman, masculin, trentenaire, producteur et éleveur, père de 5 enfants. Entretien réalisé en novembre 2013.

Autant que l'étiologie biomédicale est nuancée, la consommation alimentaire est établie en connexion avec une influence des goûts mondains. La reconnaissance du mal par les symptômes cliniques est refondée dans le doute et l'hésitation, tandis-que le diagnostic par la thèse organique est affiché avec une grande conviction. La culture du village telle qu'elle est imaginée s'éloigne à des nuances près de la réalité d'une influence parfois bouleversante des transformations qui s'établissent quelque fois jusque dans les goûts alimentaires. On ne « mange » plus dans la « culture locale », le menu ordinaire de la quasi-totalité des populations rurales se recompose dans l'adoption des contenus culinaires de la ville. Le fait d'établir un lien entre des habitudes alimentaires en désignant spécifiquement certains aliments, et de soutenir l'idée d'un diagnostic hâtif du paludisme traduit une perception de fond. Il s'agit dans un premier temps de promouvoir un discours étiologique qui explique différemment la maladie. Dans un second temps, l'analyse nuance fortement la justesse du diagnostic biomédical. Ce discours est porteur de légitimation, et affirme une identité biologique dans la recherche de signification sur la maladie, et la justification du recours qui est entrepris à travers la prise en charge de la maladie. La relation entre l'étiologie produite par le sujet et son identité biologique s'affirme d'autant plus significativement

qu'elle est issue de l'expérience personnelle de la maladie. En disant alors que la consommation de lait est une source d'apparition du mal, l'individu se dispose à une politique d'observance conforme à son savoir, et projette d'influencer son entourage par cette conception qui lui sert par ailleurs de base de contestation de la catégorisation médicale. N'ayant pas consommé de lait, et s'étant tenu à ses règles de prévention, le diagnostic du mal dans son corps lui semblera faux.

L'identité étant en jeu, la conviction tenace d'une absence de maladie est pourtant contrefaite dans une sollicitation même qui en vient à s'écarter de l'étiologie formée. En effet, les soins sollicités par le patient sont porteurs d'une identité car leur utilisation pour la guérison provoque une dépossession qui affecte ses codes de référence du sujet au monde (Benoist Jean, 2002). Le doute survient alors quand il apparaît urgent de composer avec des remèdes biomédicaux. Ce cas apparaît surtout lorsque la situation de maladie subsiste, et porte à solliciter en dernière instance d'autres types de soins disqualifiés au départ.

« Quand tu as le soumaya et que tu fais bouillir ses produits, souvent ça peut ne pas être le soumaya (palu grave) mais tu dis que c'est ça, souvent ça ne réussit pas. Souvent aussi ça réussit. Parfois tu fais bouillir en vain donc il faut aller à l'hôpital... » Baliza, trentenaire, féminin, mère d'un enfant, vendeuse de riz. Entretien réalisé en mai 2014.

La prise en main de la gestion de la pathologie par les plantes est accompagnée d'une appréhension sur la précision du diagnostic établi. Aussi, l'éventualité de l'échec est tout de suite prise en considération dans les choix ultérieurs dont celui du CSPS qui repose souvent sur des logiques opposées.

IV.1.2. Logiques de sélection des recours et oppositions : qui décide du recours, quand et pourquoi ?

La sélection et l'usage d'un recours commence généralement à partir d'une négociation dans l'espace de vie ménager. Ce processus peut se prolonger sur plusieurs jours. Les négociations qui se mènent reflètent des logiques parfois conflictuelles ayant trait à la perception de la maladie, et à la participation à la prise en charge du malade. Dans un cas comme dans l'autre, le choix thérapeutique s'insère dans l'ordre social quotidien des relations de sexe qui se jouent dans la vie courante des ménages.

La conflictualité dans la perception de la maladie se montre déterminante en des lieux spécifiques :

- Le regard sur la maladie

Au-delà de la dimension étiologique, le regard porté sur la maladie prend en compte l'importance accordée au dispositif de recours, ainsi que la nature du soin décidé. En effet, la dimension pathologique de la maladie est évaluée dans la vision sur le sens du mal. Elle porte l'attention sur les questions de quoi je souffre et comment j'en souffre ?

Le ménage apparaît véritablement comme un lieu de gestation du projet thérapeutique, et bien souvent aussi d'amorce de l'action de soins. Il dévoile une dynamique qui compose entre perspectives individuelles, et les pressions sociales en termes de priorités dans lesquelles la dimension économique tient toute sa place.

- Le coût estimatif du recours

Du sens et de la gravité du mal découle la question sur le coût et l'opportunité du soin. L'allusion au coût est surtout une analyse sur l'urgence et l'opportunité de la quête de soins hospitaliers. Elle n'est pas envisagée

comme une barrière insurmontable, mais est mise en concurrence avec une catégorie de rationalité. De ce fait, elle est mise en branle lorsque l'importance de la douleur évaluée correspond à l'idée d'une nécessité de la dépense.

Former un regard sur la maladie, et évaluer le domaine de définition du coût ouvre plus concrètement une trame de négociation au sujet de la participation à la prise en charge de la maladie. Si a priori l'investissement des ressources économiques et sociales (allocative issue) repose sur un principe électif, le choix de soins va fortement dépendre des questions « qui paie et qui est malade ? »

Une dimension identitaire apparaît dans les relations sociales à domicile sur le projet thérapeutique ou l'action de soins initiaux entrepris. La question identitaire traduit ici la manière de se percevoir, aussi bien que la manière dont on se situe par rapport à l'autre dans un contexte de maladie où la douleur en premier lieu, le besoin d'aide, la responsabilité individuelle incluant des termes de solidarités organiques et de pouvoir symbolique interviennent dans la logique de décision thérapeutique.

Pour un enfant en très bas âge ou un nourrisson, l'approche n'est pas la même que pour l'adulte.

« Si tu apprends que l'enfant est malade, tu pars constater en effet que l'enfant ne se sent pas (bien), tu peux constater que c'est tel côté (de son organisme) qui ne vas pas bien, et dans ce cas tu peux enlever le produit, le mouiller et lui donner. Si tu lui donnes et si tu lui donnes tu vas voir qu'en deux minutes seulement ça va se calmer, et tu sauras en effet qu'il a mal au ventre....Mais si tu ne sais pas où il a mal, comme ce sont des nouveau-nés s'il est malade ne t'amuse pas, va à l'hôpital. Mais si c'est toi-même qui est souffrant, tu sais où tu as mal et tu peux savoir quoi faire » Hadiman, masculin, trentenaire, minier et producteur de riz. Entretien réalisé en mars 2014.

Sur la démarche de diagnostic informel de la maladie, une attention plus délicate est portée au nourrisson. A ce dernier, le moindre mal pourrait lui être préjudiciable, au vu d'une participation inexistante du malade à la pose du

diagnostic. Ne pouvant participer à se prendre en charge, toute considération présidant habituellement au choix de la thérapie désignée comme adéquate est déclassée par un recours d'urgence au dispensaire. Le dispensaire constitue parmi les types de recours existant, celui qui est le mieux apprécié, et le recours ultime en cas d'insuccès dans d'autres orientations thérapeutiques. Toutefois, il s'avère que la perception sur la qualité ne possède aucune influence réelle dans la logique de recours. Etre le meilleur recours ne signifie nullement que le recours soit satisfaisant encore moins qu'il corresponde à la réponse envisagée et mise en pratique face à la moyenne des pathologies qui surviennent dans le ménage. Il se présente comme observation majeure qui est celle d'un lien social qui subsiste et s'anime toujours à travers les catégories de l'ordre social initial. Ce constat s'observe dans le domaine des relations de genre, où certaines femmes bien que possédant des ressources personnelles et la liberté d'aller se faire soigner au dispensaire attendent la participation économique du mari qui ne vient pas vraiment toujours.

C'est le cas de Badidata, une femme vendeuse de riz, et âgée de 39 ans qui est la seconde épouse de son mari. Durant l'hivernage 2013, elle tombe malade et informe son mari, s'attendant à ce que celui-ci l'emmène en consultation au CSPS ou lui dise explicitement de prendre de son argent et de préfinancer ses soins avant qu'il ne lui rembourse l'argent plus tard. Bien qu'elle possède une source de revenus et qu'elle dispose de quoi payer pour ses soins, elle sollicite explicitement le concours financier de ce dernier, en se disant que c'est ainsi que les choses doivent se faire : « c'est lui l'homme, c'est lui qui m'a épousée et non le contraire, donc c'est lui qui doit s'occuper de moi ! » nous dit-elle (à mon assistant et à moi). Contre cette attente, son époux lui dit qu'il ne dispose pas d'argent pour la soigner. Elle ne désarme pas pour autant et attend que celui-ci change d'avis. Au bout d'une semaine d'attente durant laquelle elle se traite elle-même avec la quinine et le paracétamol, son état s'empire et la contraint à aller au CSPS. Avant qu'elle ne se décide complètement à aller se faire soigner à ses frais au CSPS, Badidata vomit et ressent des palpitations. Elle alerte ainsi son époux, qui de son initiative décide d'accompagner sa

femme au CSPA mais sans plus (Badidata s'occupe du volet financier de l'acte de recours). Arrivés au CSPA, le mari demande à l'agent de santé de faire une perfusion à sa femme, le moyen rapide selon lui de lui faire recouvrer la santé, mais l'agent de santé s'oppose à cette requête.

La logique des choix thérapeutiques se reflète clairement ici donc à travers la dynamique de négociation et de calcul. Les acteurs raisonnent la réponse à la maladie en faisant intervenir des notions de besoin, d'intérêt et de responsabilité sociale dans lesquels la participation financière se dresse bien plus comme un enjeu individuel que collectif. En effet, à l'exception de l'enfant en bas-âge dont le statut de dépendance est pris en compte dans la mobilisation et l'engagement des ressources inhérentes aux soins hospitaliers, la conservation des ressources privées est un enjeu intrinsèquement lié à la logique des choix thérapeutiques chez l'homme tout comme chez la femme. Cet enjeu nourrit le conflit comme cela se traduit clairement dans l'exemple de Badidata et de son époux. D'autres femmes dans le quartier de Badiatou sont souvent confrontées à cette situation. Ce quartier appelé dioulakin est décrit tel un quartier revêtant cette particularité. Les femmes, comme dans les autres quartiers possèdent souvent des ressources financières produites à travers une activité économique relativement prospère et fortement féminisée. Il s'agit de la vente de riz, et presque toutes les femmes de Bama, natives de Bama, ou mariées d'ailleurs à des hommes du village pratiquent cette activité. Les femmes qui s'en tirent le moins dans cette activité peuvent enregistrer un gain bénéficiaire de 50000FCFA dans le mois. Nombreuses sont les femmes dont la participation économique est parfois déterminante dans le foyer, sur tous les aspects (alimentation, scolarité, santé). Cependant, il semble établi que les femmes de dioulakins essaient dans leur particularité de faire contribuer l'homme à la dépense en santé. Le sens du refus de se soigner tout de suite à l'hôpital avec les moyens personnels est expliqué par le respect de l'époux de son statut. Pourtant, ce respect ne semble pas apprécié tel quel par l'homme pour qui la logique se conclut à ne participer qu'en cas de constat d'aggravation du mal. Pelman affirme ceci :

« Tant que ma femme n'est pas couchée, je ne l'amène pas au dispensaire ».

Le manque d'argent constitue le point de départ des attentes souvent opposées entre homme-femme dans les ménages. Par l'intermédiaire des soins, formes variées d'attention à l'autre, diverses pratiques thérapeutiques interviennent (Saillant F., et Gagnon E., 1999), ce qui se traduit à ce niveau par une auto-prise en charge et ensuite un recours au dispensaire.

Dans l'exemple ci-dessus, Badidata passe de la logique du devoir masculin à la résolution d'un recours en frais propres. Son mari passe de la logique de l'indifférence au jeu de la participation à une mise en scène de prise en charge. La dimension économique modèle la relation dans le sens où elle influence la perception sur la gravité du mal ainsi que le processus de décision par rapport au choix thérapeutique. En justifiant son refus d'emmener sa femme au CSPS par le manque d'argent, l'homme laisse apparaître une vision méprisante sur la douleur, et se soustrait du projet d'aller au dispensaire que sa femme forme, en voulant l'associer. Comme la plupart des hommes interviewés, il affirme en effet que l'obstacle économique au recours au dispensaire est résolu par la solution de l'emprunt d'argent à un proche. Le cas de sa femme ne constituerait pas encore alors une situation crédible de maladie pour qu'il s'engage dans une telle résolution. Qui plus est, l'attente de la femme se situe moins dans une contribution financière que dans une caution morale du constat de maladie et du désir légitime de quête de soins. Un discours de compassion, ou une suggestion auraient pu favoriser la reconnaissance du statut de malade de la femme, et appuyer son projet de quête thérapeutique vers une mise en œuvre plus concrète et plus rapide. Autour de la question économique, toutes ces logiques en présence influencent donc les modalités de choix et les pratiques de recours thérapeutiques qui font l'objet du point suivant.

IV.2. CHOIX THERAPEUTIQUES ET CONFLITS

IV.2. 1. Modalités de recours aux soins formels et oppositions

Ce point a trait aux facteurs qui déterminent le pouvoir d'accès aux soins de santé formels par les populations. Il aborde notamment le facteur économique majoritairement cité comme le principal élément qui conditionne le pouvoir d'accès aux soins de santé du dispensaire. Bien que la détention des ressources financières soit un enjeu important dans la sélection (choisir le type de soins) et la négociation (solliciter l'accès à un soin particulier auprès du mari, des thérapeutes) d'un soin, mon analyse montre que dans le cas du village de Bama, la question économique s'intègre dans une dynamique plus large de relations sociales. De manière générale, il ressort que la question économique dans l'accès à la santé est liée à la relation de genre, ou plus précisément la dimension du pouvoir dans le rapport entre l'homme et la femme. En effet, la relation de pouvoir entre l'homme et la femme est parfois perçue sous l'angle économique où la dépendance financière des femmes est présentée comme une barrière pour elles dans l'accès aux soins de santé modernes. Aussi, plusieurs études informent les limites d'accès aux soins de santé par les femmes par la barrière économique. L'obstacle économique est souvent analysé comme un élément restrictif du pouvoir de décision des femmes. Il est attesté que lorsque les femmes ont accès à leur propre argent, elles ont généralement une meilleure liberté dans la poursuite d'autres options de traitements, en dehors

des pressions des relations sociales décrites (Colvin C.J, 2013). Dans la région de Bama, il est possible par les résultats de mon étude de mesurer l'influence de la détention de ressources économiques par les femmes sur leur capacité à accéder aux services de soins de santé. La particularité à Bama est que la majorité des femmes saisies au cours de l'enquête sont actives. Elles sont pour la plupart vendeuses de riz (selon des proportions différentes : gros, demi gros, ou détail) ou de fruits et légumes, ou encore autre chose dans les marchés du village et d'autres localités environnantes. En clair, ces femmes détiennent très souvent des ressources personnelles, et il n'est donc pas surprenant que presque toutes se soient déclarées aptes à payer pour des soins hospitaliers. Deux situations particulières apparaissent dans la quête des soins thérapeutiques : la situation où c'est la femme qui est malade, et celle où ce sont les enfants qui nécessitent ces soins. Dans ces deux situations, l'expérience des femmes démontre d'un côté une capacité économique notable de recours à des options de traitements, et d'un autre côté l'influence du pouvoir masculin sur la décision de recours. En effet, nombreuses parmi-elles affirment ceci :

« Si tu as l'argent, tu peux dire au mari, et puis aller consulter »

Comme Mariam, plusieurs autres femmes sont plus affirmatives :

« Nous arrivons à payer nos soins et ceux de nos enfants avec ce que nous gagnons »

Même si quelques femmes ne le mentionnent pas explicitement comme dans le premier discours ci-dessus cité, la capacité économique compose avec la relation de genre dans le choix et le recours aux soins biomédicaux. En effet, la plupart des femmes de Bama disposent de manière courante du pouvoir économique, mais elles reconnaissent à leur époux le droit d'être informé de leur projet de quête de soins. Certains hommes soulignent cette réalité. Voici

ce que note Sayouba, un trentenaire, producteur de riz, père de 3 enfants, et résident de Bama :

« Souvent quand l'enfant ne se sent pas bien, la femme t'informe et souvent ça se trouve que tu n'as pas l'argent, en ce moment tu lui dis de l'amener au dispensaire si elle a les moyens, et quand tu auras de l'argent, tu lui rembourses »

Ce propos décrit les relations de genre qui se jouent dans le cadre du choix et de la quête de soins au CSPS. Il montre le poids de l'homme dans la prise de décision du recours thérapeutique, tout en soulignant la participation économique de la femme qui est avérée, comme dans la plupart des cas qui m'ont été relatés au cours de l'enquête.

Dans l'ensemble donc, le projet de la femme d'aller au CSPS ne rencontre pas d'opposition de la part du conjoint. Mais, ainsi qu'il se révèle très souvent être le cas, sa participation au choix de la thérapie ne revêt qu'une fonction consultative, sans implication financière de sa part. Selon ce principe, quand la femme est souffrante, elle en informe le monsieur et en réponse, elle attend que celui-ci l'autorise à aller en consultation médicale, ou qu'il se propose de l'y accompagner. Mais le plus souvent, elles y vont seules, ou accompagnées d'une voisine, d'une amie. Dans le cas où l'époux consent à accompagner sa femme, une mise en scène intervient parfois : la femme malade remet l'argent destiné à ses soins à son mari qui l'emmène en consultation et effectue toutes les dépenses qui se présentent ; ce qui a pour conséquence de faire croire à l'opinion que les ressources sont prélevées de sa poche. De nombreuses femmes évoquent le respect de l'homme comme argument pour expliquer leur participation à cette mise en scène, mais la présence et la participation physique de l'homme semblent revêtir bien plus d'importance aux yeux de la femme que sa contribution financière dans la quête des soins à la fois pour elle, mais aussi pour l'enfant pour lequel la disposition de l'homme à assister la mère s'avère parfois plus importante. Aussi, l'absence de l'homme dans la quête des soins au dispensaire (son absence physique et l'absence de

contribution financière) est souvent traduite comme une démission des rôles domestiques :

« Ici à Bama c'est la femme qui fait tout : pour que la maison mange c'est toi, un enfant est malade c'est toi, tout c'est toi... » Penado, sexe féminin, quarantenaire, mariée, 5 enfants, résidente du quartier canal poré de Bama. Entretien réalisé en avril 2014.

En même temps qu'il montre le niveau d'investissement des femmes dans la prise en charge économique de leurs ménages, ce discours traduit un reproche à l'homme pour la faiblesse de son apport dans la vie socio-économique du ménage. Pourtant, l'accord du mari est toujours attendu avant la concrétisation du projet d'aller au dispensaire. Aussi, il faut souligner que la marge décisionnelle de la femme est plus faible en ce qui concerne l'enfant car dans ce cas, l'autorisation du mari est incontournable :

« Si tu amènes l'enfant sans son autorisation, cela peut te créer des problèmes » Absèta, 23 ans, féminin, 2 enfants.

Le poids de l'homme dans la décision sanitaire permet d'analyser un jeu de rôles dans lequel la responsabilité masculine transparait beaucoup plus dans la décision sur le recours biomédical, que dans le suivi immédiat de la prise en charge de l'enfant malade. Cela se voit dans le discours ci-dessus, car selon ce propos, l'idée d'aller au dispensaire n'est pas celle qui a priori pose problème, mais plutôt le fait d'y aller sans l'autorisation de l'homme. Ce discours laisse supposer dans l'entendement que les moyens pour se faire consulter et prendre en charge au dispensaire ne constituent pas un obstacle. L'obstacle pourrait se trouver au niveau de l'autorisation à y aller. Les hommes possèdent donc un pouvoir d'influence qui est significatif, et qui se traduit par l'obligation pour la femme de le tenir informé de la maladie de l'enfant. Egalement, ce pouvoir n'est manifeste qu'à partir du moment où la femme formule le projet d'aller au dispensaire. En effet, quelques récits relatent que le choix d'aller au dispensaire peut être tardif chez la femme. Dans le cas de

l'enfant, le type de recours qui est préféré est conséquent du diagnostic qui se pose dès l'appréciation de l'état de l'enfant que la mère établit généralement en premier. Pour les enfants, les mères partent du critère de la gravité. Par exemple, les propos « on n'a pas dormi hier ! », « il fait la fièvre depuis hier ! », « il vomit ! », etc. influencent la décision d'aller au dispensaire.

Il est alors utile de savoir selon quelle temporalité les populations de Bama consultent majoritairement le dispensaire.

IV.2.2. Temporalité des choix thérapeutiques et tensions dans le ménage

La temporalité désigne le temps mis pour décider du recours au dispensaire. Connaître le temps mis avant de se rendre au dispensaire (dans le cas où l'option du dispensaire figure en effet dans le projet thérapeutique) permet de voir quelles logiques se rejoignent ou s'affrontent dans le cours de la sélection du recours et de la consultation au dispensaire. En d'autres termes, il s'agit d'une part de cerner le nombre de jours qui s'écoulent depuis le déclenchement de la maladie jusqu'à la consultation au dispensaire ; et d'autre part d'analyser les interactions qui concourent au choix de la consultation au dispensaire. Selon nos observations, et sur la base des entretiens avec les services de soins formels, une période de trois (03) à sept (07) jours est donnée par les adultes hommes, et trois (03) à cinq (05) chez les femmes, de la reconnaissance des symptômes à la consultation au dispensaire. Si chez les femmes, cette périodicité est approximativement juste, les hommes passent plus de temps à essayer de se soigner par eux-mêmes. Chez l'enfant en bas âge (nourrisson), la décision d'aller au CSPS est plus rapide dans la mesure où ce dernier est considéré comme étant relativement plus fragile que les adultes. La pertinence de l'analyse de la temporalité des recours aux soins du dispensaire repose sur le fait que des conflits apparaissent parfois dans ce sillage. C'est ce que décrivent certaines femmes qui racontent des disputes ou oppositions avec le conjoint sur le choix d'aller consulter au dispensaire. La plupart des femmes

se disant être obligées de référer toujours à l'autorité du mari avant d'aller au CSPS, le temps mis avant de recourir aux soins des services publics de santé du village est parfois donc décidé à partir d'une interaction placée sous le joug du pouvoir d'influence de l'homme. Un constat demeure pertinent à relever ici : c'est bien dans le cas de la femme que les conflits apparaissent le plus souvent. Au cours de l'hivernage de l'année 2014, Azaratou (femme mariée, âgée de la trentaine, mère de 04 enfants, vendeuse de riz à Bama) se sent mal (elle ressent des douleurs à la hanche et au niveau des jambes), et elle informe son époux. Ce dernier pense qu'elle cherche un moyen de fuir les travaux champêtres où de nombreuses femmes interviennent régulièrement pour aider leur mari. Aussi, l'époux de Azaratou lui souhaite meilleure santé, et l'ignore par le silence. Frustrée, Azaratou arrête alors de travailler, et après quatre (04) jours, elle décide de se rendre au dispensaire. C'est alors qu'elle en revient avec des ordonnances et des bulletins d'examens qu'elle présente à son époux. Le mari de Azaratou prend les bulletins d'examens, les garde par devers lui, et ne se prononce toujours pas sur la question. Azaratou est obligée d'attendre qu'un désir de bonne foi se manifeste en l'époux pour l'aider à honorer l'ordonnance délivrée, et à se rendre en ville pour les examens médicaux demandés. En attendant, elle avale des comprimés qu'elle a elle-même achetés avec les vendeurs ambulants (nakido), et continue de bouder les travaux champêtres. Azaratou me confie qu'elle se sent beaucoup mieux aujourd'hui, mais elle projette toujours de se rendre dans la ville pour se faire consulter. Dans ce cas-ci qui renseigne une situation de conflit latent, le silence de l'homme n'apparaît ni comme refus, ni comme quitus au désir de la femme d'aller consulter. Le temps mis avant de se rendre au dispensaire est influencé par cette situation de conflit. L'arrêt de travail est un moyen de pression pour décider l'homme sur le plan d'un accompagnement moral et financier, mais rien n'y fit. A ce niveau, la temporalité échappe à la mère dont la maladie n'est pas prise au sérieux par l'homme. Dans le cas où la personne malade est la femme, la temporalité du recours au dispensaire dévoile parfois comme on le voit ici, des conflits dans l'entente entre conjoint et conjointe. Pourtant, dans

le cas de l'enfant, le conflit n'est pas mentionné. A ce niveau, la mère joue un rôle primordial sur la temporalité. En effet, bien qu'elles doivent aussi aviser leur époux, certaines femmes ne déclarent pas toujours tout de suite que l'enfant est souffrant. Les mères établissent parfois un pré-diagnostic et font un traitement à domicile. Voici ce déclare une mère au sujet de la prise en charge médicale de son enfant.

« S'il (l'enfant) est malade et que ce n'est pas assez grave, on peut chercher les tisanes lui donner ; comme le soumaya, on cherche des feuilles d'arbres qu'on fait bouillir pour lui. Au cas où ça ne va pas guérir maintenant je l'emmène à l'hôpital, sinon je ne me presse pas de l'emmener à l'hôpital. » Lizade, féminin, 23 ans, 2 enfants, vendeuse de riz et ménagère. Entretien réalisé en avril 2014.

Le temps mis avant d'aller au dispensaire chez l'enfant est considéré comme un temps utile dont l'objectif est de traiter le mal avec des remèdes connus. Cette période sert aussi de temps d'observation au bout duquel le choix de partir au CSPS est décidé ou pas. En cas de repli de la maladie, la satisfaction est au rendez-vous, dans la mesure où l'évitement des structures formelles de santé est effectif. Cette mère exprime clairement sa logique de choix thérapeutique en mentionnant ne pas recourir immédiatement au CSPS. Comme beaucoup d'autres femmes, cette mère entrevoit le recours immédiat au CSPS comme un recours non justifié, et cette conception fait directement allusion à l'appréciation de la gravité de la maladie. En d'autres termes, ces femmes regardent tout d'abord et décident s'il faut ou non envisager une consultation immédiate au dispensaire. Le recours immédiat est un acte qui paraît dépourvu de sens, quand elles estiment qu'elles peuvent réussir à soigner le mal à l'aide de tisanes ou de tout autre remède sur lequel elles possèdent une certaine connaissance (cas des plantes utilisées pour soigner le paludisme). Dans le discours ci-dessus, il faut aussi noter que le recours probable au dispensaire est évoqué sans que l'étape de négociation avec le mari ne soit mentionnée. Cela sous-entendrait alors que le mari ne s'opposerait pas au choix d'amener leur enfant en consultation médicale. Un constat est alors pertinent à ce niveau : le fait que de nombreuses femmes essayent d'abord de soigner leur enfant

avec des traitements informels, avant de choisir le dispensaire en cas d'échec. D'une manière plus large, il est en effet donné de voir que ce sont les recours aux soins formels qui sont discutés et décidés avec le mari. Pourquoi donc ces femmes n'optent pas directement de négocier le recours au dispensaire auprès de leur époux ? Il ressort que les hommes sont parfois cités comme la cause du choix retardé des soins hospitaliers. Selon l'explication donnée par certaines femmes interrogées, les hommes négligent le choix du dispensaire si l'état de l'enfant ne présente pas des signes de gravité.

« Han, les maris-là ne s'intéressent pas, ils négligent, eux ils vont négliger négliger jusqu'à ce que, quand c'est grave maintenant, c'est en ce moment qu'ils accompagnent ! » Dobili, trentenaire, féminin, 02 enfants, infirmière dans l'une des structures médicales publiques de Bama. Entretien réalisé en novembre 2013.

Le choix de retarder l'option du dispensaire aurait pour raison la sous-estimation de la maladie dans l'appréciation de plusieurs hommes. L'homme influence la décision de la femme non pas comme obstacle, mais plutôt comme facteur du choix attardé du dispensaire. L'attitude de l'homme expliquerait alors celle des nombreuses femmes qui essaient de traiter leur enfant par elles-mêmes, et le cas échéant, choisissent ensuite d'aller au dispensaire. Il ne s'agirait donc pas d'un signe de négligence féminine puisque ces femmes savent à l'avance qu'elles sont tenues d'informer leur mari avant d'aller au dispensaire, et qu'elles ne seraient pas autorisées à y aller si le mari n'était pas en mesure de constater la gravité du mal. Par conséquent, même si des conflits n'apparaissent pas ouvertement dans la temporalité du recours au CSPS chez l'enfant, on peut y voir l'influence de la relation de pouvoir entre l'homme et la femme. Cependant, les femmes possèdent une grande responsabilité à ce niveau, étant donné qu'elles acceptent toujours à l'avance que l'autorisation de l'homme par rapport au choix du dispensaire est incontournable mais toujours accessible par la négociation :

« Il faut informer l'homme, comme c'est lui qui est venu te chercher, c'est par respect... » Kalbatou, 28 ans, féminin, 03 enfants, vendeuse de riz et femme au foyer. Entretien réalisé en janvier 2014.

Sur cette question, voici ce qu'affirme un homme :

« Si la santé de l'enfant est un peu un peu (défaillante), la femme va te dire, ah l'enfant est malade et tu peux lui dire de donner le para, si ça ne va pas tu peux lui dire de l'amener au dispensaire » Yaoussa, masculin, trentenaire, producteur de riz, chef de ménage. Entretien réalisé en janvier 2014.

La responsabilité de la femme est donc dans le fait qu'elle n'insiste pas ce d'autant que, comme montré plus haut, l'autorisation masculine est souvent sans incidence financière, ce qui signifie que le soutien financier de l'homme est souvent peu probable.

L'insistance reposerait sur une stratégie que décrit Sadi :

« Tu peux dire à l'homme que la santé de l'enfant n'est pas bonne il va te dire de donner para (paracétamol) d'abord et si ça ne va pas tu l'emmèneras au CSPS. Tu vas lui dire que tu as déjà donné hier et que la nuit, son corps a chauffé, il a toussé, il va te dire que dans ce cas il faut l'emmener au dispensaire ». Sadi, féminin, 23 ans, mariée, 02 enfants, saisonnière. Entretien réalisé en novembre 2013.

Selon le propos de Sadi, la femme pourrait bien toujours convaincre le mari d'accepter l'option initiale d'aller requérir les soins du dispensaire. Il suffirait pour cela de choisir les mots justes tablant sur la gravité du mal (son corps chauffe !) et sur l'échec du traitement essayé (j'ai déjà donné le para !). Les femmes seraient donc en mesure de réduire le temps qui s'écoule avant qu'elles ne viennent consulter au dispensaire. L'importance de la temporalité dans le cas de l'enfant est soulignée par les agents de santé qui dénombrent couramment des situations d'anémie chez les enfants, situations qu'ils attribuent à un recours tardif, là où les parents affirment avoir couru directement au centre de santé. Pour plusieurs agents de santé, les femmes disent souvent essayer l'automédication durant trois jours, mais leur

expérience sur le diagnostic les autorise à dire qu'elles attendent souvent plus longtemps avant de venir consulter au dispensaire. Il importe alors de pouvoir établir avec précision le nombre réel de jours qui s'écoulent avant chaque déplacement dans un centre de santé pour le soin des enfants. Les agents de santé relèvent que le nombre de jours accusés avant de recourir aux soins biomédicaux peut déterminer la capacité à soigner ou non le malade. L'histoire de Bana montre aussi des difficultés de la femme à négocier les soins avec son époux.

Une femme âgée de seulement 28 ans au secteur 4, Bana de son nom, souffre d'une maladie inconnue des services de santé selon ce qu'elle révèle. De tous les examens réalisés au niveau du CMA où elle a été référée, rien ne semble avoir été détecté. Elle montre dans son discours qu'elle connaît l'origine de son mal. Mais dans ses propos tenus au fil de plusieurs mois de fréquentation dans le cadre de mon enquête de terrain, elle déroule plusieurs versions. La première version a été de dire qu'elle en a souffert dans son enfance à l'âge de trois ans, mais que depuis les soins apportés dans son enfance elle n'en aurait plus souffert jusqu'à sa mise en couple intervenue à l'âge de 16 ans. Le processus de mise en couple de Bana est mis en cause avec le retour du mal, et elle incrimine précisément les maternités. De la mise en couple comme source de ses soucis de santé, elle verse aussi dans des ressentiments et des regrets amers sur ce qu'il en était de son projet d'union libre au départ et ce qu'il en est resté aujourd'hui. Selon ce qu'elle raconte, son union qui a découlé d'un libre consentement s'est limité jusqu'à ce jour au mariage coutumier et musulman, contrairement au désir de Bana qui dit avoir pourtant requis et obtenu au départ de leur histoire de mise en couple, un engagement de son époux à régulariser leur union par un acte officiel devant l'Etat civil. Elle dit avoir cédé devant la bonne foi apparente du monsieur, et aussi de s'être livrée à lui en toute confiance. Ayant de son point de vue obtenu d'elle ce qu'il visait (l'avoir dans sa cour et lui faire des enfants), l'homme ne se montre plus intéressé de respecter son engagement, rendant vaines toutes ses sollicitations à son égard sur ce sujet. C'est un couple en situation de conflits caractérisés

par des injures et attitudes de mépris réciproque (le silence quand l'un s'exprime) que j'ai trouvé depuis la première fois que j'entrais dans la maison. Ce climat de conflictualité ambiante autour des désillusions, des espoirs trahis par la réalité, et le sentiment d'abandon voire de méprise de l'époux constituent au fond les éléments qui accentuent la représentation sur la gravité et l'impact social de la maladie. Selon Bana, la détérioration de sa situation dans le ménage date du temps où ses parents sont décédés, sinon dit-elle, son époux craignait son père, et n'aurait jamais osé la martyriser du vivant de ce dernier. Aujourd'hui dit-elle, « il ne craint plus rien car sachant que je suis à sa merci, il n'est plus prêt à honorer sa promesse de m'épouser à la mairie. ». Elle raconte même que son homme serait prêt à épouser une autre femme, n'en déplaise à la femme à qui il aurait fait remarquer lors de leurs disputes récurrentes qu'elle peut ramasser ses bagages et retourner chez ses parents, si ce projet de prendre une seconde épouse lui pose un inconvénient. Elle se retrouve enfermée dans la confluence entre l'instabilité relationnelle de son couple et la maladie dont la gestion renforce sa position de faiblesse vis-à-vis de l'époux. Au cours de leurs disputes, ce dernier n'hésite pas à lui réclamer le budget investi dans ses soins au CSPA. Depuis que sa maladie a repris il y a selon elle trois mois de cela, elle a été obligée de cesser son activité, (le commerce de légumes entre le village et la ville) dont la rente bénéficiaire pouvait dépasser 100000 FCFA par mois. Avec ce revenu, elle a entrepris l'élevage de moutons. Une partie de ses bêtes se trouve dans la cour de son père, et elle élève ces animaux en cachette, à l'insu de son époux. Cette activité d'élevage dont elle ne présente qu'une facette à son époux vise à lui garantir un revenu secret pour s'occuper des dépenses pour lesquelles la participation ou le support du monsieur est jugé absent. Du moment où elle travaillait, elle arrivait à assurer les besoins essentiels du ménage dont les légumes et condiments pour faire manger le foyer. Elle ne s'inquiétait pas d'aller au CSPA qu'il s'agisse d'elle ou qu'il s'agisse d'un de ses quatre enfants. Elle n'est plus en mesure d'assurer tout cela, et Bana pense que c'est l'une des raisons pour lesquelles son époux forme le projet d'épouser une autre femme.

Les soins qu'elle avait obtenus au dispensaire n'avaient pas réussi à la guérir définitivement, au moment où l'état de son mal ne faisait que s'accroître, occasionnant un amincissement évolutif de ses ressources financières, et une dépendance économique progressive envers l'époux. Ses choix thérapeutiques sont donc quelque peu contraints par cette nouvelle position de dépendance où elle ne pouvait se donner dit-elle le privilège de compter uniquement sur les soins hospitaliers, coûteux et inopérants jusqu'à l'heure. Si l'origine rationnelle de la maladie est souvent relatée à travers ses relations difficiles avec son époux, Bana s'est ensuite orientée vers la thèse d'une cause supranaturelle. Elle raconte également une mésaventure qui expliciterait et rendrait selon elle plausible l'hypothèse d'une cause mystique de sa maladie. Elle cautionne d'autant plus cette thèse qu'elle la perçoit comme une mésaventure personnelle. Elle est allée chercher du bois en pleine forêt quand elle s'était nouvellement mariée et aurait reçu un coup provenant des « kinkirsi » (jumeaux qui signifie esprits) qui la poursuivraient depuis ce jour. Dans le cours de sa quête de soins, une guérisseuse lui aurait permis de communiquer avec les « kinkirsi » et d'apprendre que ceux-ci exigeaient d'elle qu'elle se mette à leur service en officiant également comme guérisseuse, sans quoi elle serait toujours affligée de la sorte jusqu'à ce qu'elle en meure. Ce recours datant de deux ans lui aurait permis de retrouver la santé jusqu'à la mort récente de sa guérisseuse. Bana est depuis lors retombée malade. Il y a deux mois, elle s'était évanouie après être revenue du marché. Elle fut alors transportée d'urgence inconsciente au CSPS. C'est son mari qui s'est occupé d'appeler l'ambulance et de prendre en charge les frais d'évacuation et d'hospitalisation. Elle a été conduite inconsciente au CM de Bama, puis transférée au CMA de Dandé où elle aurait retrouvé conscience en débitant toutefois une crise d'hystérie maîtrisée selon son époux par un calmant qui est le même que celui utilisé pour calmer les malades admis en psychiatrie. L'époux de Bana donne l'air de penser que sa femme souffre de folie, non seulement par l'expression de son visage, mais aussi par la plausibilité de son propos. Il s'avoue littéralement excédé d'avoir à supporter financièrement les soins de sa femme

dont l'activité est arrêtée depuis trois mois. A en croire Bana, c'est sa récente crise qui a été la plus calamiteuse du fait de son évanouissement, son admission au CM, son réveil, et des douleurs constantes et prolongées qu'elle dit toujours ressentir jusqu'à ce jour. J'ai pris un peu peur la voyant se tordre et serrer les dents au cours de notre première entrevue. Il est très clair qu'elle ne se portait pas bien mais voulait parler de son mal, se confier comme pour expier un mal qui lui semblait toujours étrange bien que présent en elle comme une seconde peau. Comment cesser de souffrir quand on sait qu'on ne dirige pas l'élan de ce mal qui modèle la réaction du corps dans l'atmosphère d'un climat à deux temps alternés, dont le drastique s'affiche en ce moment comme le plus long. La maladie qu'elle vit depuis plusieurs années n'a jamais été aussi sévère et prolongée. Il n'y a jamais eu d'épisode de souffrance lié à ce même mal qui l'a empêché de continuer à travailler, et aussi longtemps qu'elle se rendait apte à produire des revenus relativement élevés sur son commerce interurbain et la vente du bétail qu'elle élève, il y avait une entente nettement meilleure en dépit de ce qu'elle considère comme une morosité permanente et une relation obligée en ce qui la concerne particulièrement : « Après quatre enfants, où est-ce que je vais aller ? C'est notre problème à nous les femmes, une fois dans le foyer, il n'y a nulle part où tu puisses encore aller, tu es tenue de rester pour tes enfants. Rien qu'à penser à eux tu ne sais comment t'en sortir ». La violence de la réaction de Bana, et son attitude qu'on qualifierait a priori d'irrespect envers son époux s'apparente fort bien à une expiation brusque de frustrations et ressentiments accumulés au fil d'une dizaine d'années de vie en couple qualifiée d'échec matrimonial. Elle en vient même à regretter le choix de son parti, se disant parfois qu'un mariage arrangé lui aurait peut-être mieux bénéficié que ce choix opéré librement par elle. Elle se reproche sa propre naïveté, et s'avoue par ailleurs excédée de devoir le payer toute sa vie, raison pour laquelle elle se saisit des armes de la révolte et rebiffe à la moindre « attaque » de l'époux. Elle me confie qu'elle n'est point redoutée de tenir tête à l'homme mais qu'elle souhaite cependant que leurs

bagarres se déroulent dans l'intimité et non en présence d'un inconnu comme moi.

Par la navigation entre soins formels et pratiques de recours divinatoires, ce récit sur les souffrances morales, affectives, et économiques de Bana suite à sa maladie dévoilent une relation de couple vécue dans le désaccord qui s'oriente occasionnellement dans le dédale d'une diversité de quêtes thérapeutiques auxquelles la malade a eu recours, et celles qu'elle ne trouve pas d'inconvénient à saisir. C'est aussi le cas de la prière de guérison auprès de la communauté du renouveau charismatique de Bama. Elle avait été dans une prière de ce type à Ouaga en cachette mais là, son mari s'était opposé à ce qu'elle aille vers ce recours à Bama. La diversité des orientations successives de quête de soins traduit la coexistence d'un doute sur l'origine organique attribuée au mal avec une forte charge d'incrimination de l'époux. Mais ne sachant plus très exactement ce dont elle souffre, et de diagnostic différentiel en diagnostic différentiel, il reste malgré tout l'acharnement à désigner du doigt la responsabilité du mari dans une condition de précarité qui n'est pas seulement l'effet de la maladie physique, mais l'enchâssement entre les désaffections et préoccupations affectives, et la survenue du mal. L'itinéraire thérapeutique suit la trajectoire de cette liaison conflictuelle. Le conflit oriente sur l'exigence de se faire prendre en charge par l'époux dont la responsabilité morale, et la mauvaise foi sont évoquées dans l'expérience de souffrance et de mal-être physique et moral. Le conflit dans la partie adverse c'est-à-dire du côté de son époux, s'exprime dans le désir de renoncement à la prise en charge financière des soins de Bana. Dans cette logique, le mari de Bana garde par devers lui des bulletins d'examens prescrits à son épouse, mais se montre visiblement réfractaire à l'idée de la conduire au CMA ou à l'hôpital pour les passer. Nous trouvons-nous alors à la frontière de la découverte du mal rendue infranchissable par son époux du fait des enjeux économiques impliquant le recours au dispensaire ?

Mais puisqu'en face d'une telle question demeurait à mon niveau, le souhait que son état s'améliore dans ses multiples et diverses quêtes thérapeutiques, le projet d'une observation participante m'engageait à m'informer régulièrement sur son état et d'accomplir des visites régulières. Dans ce cadre, j'ai appris le départ puis le retour de Bana de son village depuis la semaine écoulée, précisément celle du 17 au 25 février 2014, mais jusqu'à ce jour je ne l'avais pas encore trouvée à la maison. Mon informateur clé (key informant) dans le quartier m'a dit qu'elle se sentait mieux, et que par extraordinaire elle aurait recommencé à travailler. Bana a repris son commerce me confie-t-il, et un autre informateur Patrick d'ajouter que « votre médicament l'a sauvé », ça été en même temps son produit.

Elle me raconta une vive et violente bagarre avec son époux depuis le peu de temps qu'elle est retournée à la maison. Pour une attitude qui a été mal perçue par l'époux, ce dernier aurait porté la main sur elle, et elle a piqué une crise de tension. Elle s'était alors rendue au CM, et fait appeler son mari qui aurait supporté une ordonnance de 15000FCFA selon elle, de 50000 FCFA selon l'ami de son mari qui m'avait aussi parlé de cet incident pour déplorer le comportement de Bana. Après cet incident, Bana pense que son mari en a eu pour son bon compte, et qu'il n'oserait plus recommencer. Elle confesse avoir alarmé son état pour donner une leçon à son époux et le dissuader de porter à nouveau la main sur elle. Bana est plus sereine pour peu qu'elle se sente rassurée que son mari n'oserait plus lui porter la main dessus, par peur de devoir encore supporter des frais d'ordonnance qu'elle n'hésiterait pas à lui faire endosser. Le conflit à domicile se déporte souvent alors dans les espaces de recours aux soins de santé. C'est le cas de Bana qui implique les agents médicaux selon sa volonté dans le règlement du litige qui l'opposait à son époux. L'intervention de la partie médicale a contraint l'époux de Bana à réparer ce qu'elle considérait (tout comme Bana) avoir été un tort posé par le fait d'avoir porté la main sur cette dernière. La logique de soins pensée à domicile peut aussi modifier l'itinéraire thérapeutique quand elle s'oppose aux convictions des patients nourries parfois par des connaissances périphériques.

En définitive, il ressort que la temporalité des recours aux soins de santé biomédicaux se négocie parfois sur fonds de conflits (chez la femme malade qui veut se rendre au dispensaire), et de rapports de pouvoir (cas de l'enfant pour lequel la femme négocie le droit de se rendre au CSPA). Toutefois, le choix d'aller au dispensaire va également dépendre des résultats de la gestion de la maladie dans le ménage.

IV.3. Gestion de la maladie hors du dispensaire et logiques opposées

Dans le village de Bama, en marge du recours au dispensaire, la gestion de la maladie passe très souvent par l'automédication et la médication proactive.

Ces deux orientations thérapeutiques sont liées et renferment un intérêt significatif dans mon analyse, dans la mesure où elles informent sur l'existence de conflits de logiques. Dans la même voie de l'automédication par exemple, il est possible en effet de dénoter une logique de banalisation, une logique d'autonomie, et une logique de rationalité qui s'opposent à travers l'automédication. L'analyse de toutes ces tensions permet d'observer que les rapports de pouvoir qui se présentent à travers la situation de maladie se structurent différemment selon qu'ils ont pour cadre le centre de santé ou le domicile du malade, selon qu'ils autorisent des stratégies ou des tactiques en fonction de la maîtrise que les acteurs ont de l'espace dans lequel ils agissent (Certeau M.D., 1980).

IV.3.1. Automédication

Lecomte (1999) considère que dans le sens le plus large, « l'automédication consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical », mais que dans un sens plus restreint, c'est « l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication » (Lecomte 1999 : 49, in Fainzang, 2010). Fainzang attribue le fait de jeter l'objet ordonnance et d'en conserver la teneur à une action non anodine puisqu'il implique de se débarrasser de l'entête du médecin. Il s'agit pour le patient d'effacer la trace du médecin prescripteur, pour ne conserver que la trace du remède jugé adéquat, c'est-à-dire la trace de sa propre décision, de son propre jugement, et s'attribuer la responsabilité de la prescription. A cet effet, le fait de recopier l'ordonnance porte à s'approprier l'acte même et l'autorité de la prescription. La connaissance d'un médicament choisi en automédication, en présence d'un symptôme donné, est généralement transmise par l'expérience antérieure. Dans la pratique de l'automédication en Occident, les raisons les plus couramment évoquées sont que les troubles ne sont pas assez graves pour déranger un médecin, ou que le conseil d'un pharmacien leur suffit, ou encore qu'ils se connaissent assez pour se soigner eux-mêmes (Saubadu 1988, in Fainzang S., 2010).

Dans les pays dits sous-développés, l'essor du recours à cette forme thérapeutique est décrit comme la conséquence de différents facteurs dont une meilleure familiarité avec les produits vendus ainsi que les vendeurs, et une expansion dramatique du nombre de produits disponibles sur le marché :

“The rising tendency for people in LDCs¹¹ to self-medicate with commercial medicines has been associated with marked decreases in thresholds of tolerance for symptoms, greater familiarity with drugs and medicine vendors, changing health concerns related to defective modernization (e.g. environmental degradation, adulteration of food), dramatic increases in the number of products available in the market

¹¹ Low income countries (Pays sous-développés)

place and changes in the purchasing power of consumers.” (Kamat, V. R., & Nichter, M. 1998: 1).

Ces descriptions de la tendance à se prendre soi-même en charge, et des raisons qui soutiennent cette dynamique dans les pays dits sous-développés correspondent-elles à la situation spécifique de l’automédication dans le village de Bama au Burkina Faso ?

A Bama, l’automédication est relevée par tous les agents de santé interrogés comme une difficulté dans leur activité dans la mesure où elle retarde parfois le recours des malades dont la prise en charge devient alors plus délicate au CSPS comme au CM. Dans ce village, l’automédication permet d’observer des logiques opposées à l’intérieur de cette même option thérapeutique.

Elle traduit d’abord une activité banale, ce qui veut dire que son ampleur est quotidienne.

« Si tu es malade, c’est plus facile d’acheter les comprimés et puis avaler. » IB, masculin, trentenaire, producteur de riz et orpailleur. Entretien réalisé en décembre 2013.

Comme le traduit ce discours, la banalisation de l’automédication est un phénomène notable. Contrairement au cas des français étudié par Sylvie Fainzang (2014), les populations qui pratiquent l’automédication dans le village de Bama n’ont pour la plupart qu’une vague conscience des risques d’effets néfastes des médicaments qu’ils consomment. Par-contre, la majorité a une connaissance plus ou moins précise des raisons avancées pour l’interdiction officielle des « produits de marché ». Presque tout le monde dans le village évoque des risques liés à la date de péremption, aux conditions de conservation, mais les gens sont unanimes à attester de l’efficacité des effets thérapeutiques dans le court terme. Pour un mal de tête, une fatigue consécutive à une longue journée de travail physique dans un champ de production rizicole, plusieurs personnes affirment prendre un médicament

acheté à la boutique ou auprès des vendeurs ambulants. Il peut s'agir d'un produit connu dans le registre pharmaceutique moderne : c'est le cas de l'ibuprofène, un anti inflammatoire considéré comme remontant et consommé parfois « abusivement » comme tel. De jeunes producteurs dont je m'étais rapproché et avec qui j'avais quotidiennement des entretiens informels le soir sont abonnés à la consommation de produits vendus dans le marché informel. Par exemple, je les surprénais très souvent avec des plaquettes d'ibuprofène. Ce produit est consommé comme des pastilles au coucher, et pour IB, c'est la thérapie indiquée contre ses maux de dos et sa fatigue après les travaux champêtres, et les courses de la journée. En dehors des hommes et particulièrement des jeunes hommes qui sont ceux avec qui j'ai réalisé plus d'entretiens, les femmes dans les ménages disposent de sachets pharmaceutiques composés d'un mixte de produits pharmaceutiques et de produits du marché. Mais les « médicaments de la rue » ne sont pas constitués que d'équivalents de produits de la pharmacie. Il existe aussi une gamme de médicaments non connus dans le répertoire officiel, portant des noms spécifiques ayant un sens dans les langues locales. C'est le cas du « fartoquiè » qui signifie le fou en dioula. Le fartoquiè est connu autant que le « poug yang tond balle » (vieille qui joue au ballon). Ces sens renvoient aux principes actifs ou plus précisément à la puissance opératoire du produit. A l'image du « nakido » qui désigne la figure de vendeurs ambulants toujours en position de fuite face aux forces de l'ordre, ces produits dressent de façon caricaturale des répertoires essentiels dans la quête de soins. Les recours aux thérapies informelles mettent donc en exergue les avantages pratiques comparatifs, et symboliques de ces produits dans le projet de soins. Le sens des noms donnés traduit une représentation sur leur efficacité dans la réponse à la maladie.

Pour les agents de santé, c'est au contraire un désir de facilité qui explique l'automédication.

« Ah, c'est la facilité ils cherchent, c'est la facilité, ils ne veulent pas se déplacer venir au CSPA venir au CSPA c'est ça, ils vont tenter ou bien l'époux aussi bon... les décoctions là ils partent dans les brousses là et puis ils viennent

faire bouillir et puis ils boivent ça c'est gratuit ; dans les boutiques là aussi ils partent peuvent payer 2 comprimés à 25 ou à 100F et puis tu viens, par-contre si tu viens ici-là tu vas prendre le ticket d'abord et puis t'aligner et puis le coût là c'est pas la même chose, c'est tout ça-là qui fait que... » Mme Edonia, quarantenaire, agent de santé dans l'un des deux centres de santé de Bama. Entretien réalisé en décembre 2013.

Même si cela s'oppose à la logique hospitalière, c'est une réalité que la facilité d'accès au médicament participe à accroître la logique de l'accès facile au médicament qui est associée également à la dimension économique dans l'automédication. Les médicaments du marché côtoient l'environnement existentiel physique des populations. C'est alors une pratique qui se mène au cœur de la relation sociale, et qui en outre comporte un enjeu économique.

« La plupart du temps en tout cas, elles vont tenter en ville, tenter avec les produits prohibés là, en tout cas, elles tentent avec ça d'abord, quand ça ne marche pas maintenant que elles viennent aussi. Elles viennent aussi, y en a qui n'ont pas l'argent, elles disent que je vais prendre l'ordonnance aller donner à mon mari, en tout cas c'est les difficultés là comme ça. » Mme Dina, féminin, trentenaire, agent de santé, 01 enfant. Entretien réalisé en février 2014.

Le facteur économique est réel dans le cas de plusieurs femmes, en particulier dans le quartier autochtone Bobo où la plupart d'entre-elles pratiquent une activité de culture et vente de légumes et de poissons. Historiquement, la communauté autochtone du village de Bama aurait développé une hostilité à l'endroit du projet rizicole, et décliné l'offre de terres dans la plaine d'aménagement au profit des communautés étrangères venues d'autres régions du Burkina Faso. L'accès à cette activité productive aurait accentué l'écart au fil des années, montrant de l'extérieur une sorte de retard dans le domaine de l'accès aux ressources économiques. La femme bobo de Bama est donc généralement différenciée de la femme mossi du même village par la détention des revenus, la deuxième possédant presque toujours deux avantages majeurs qui sont d'avoir une activité productrice de revenus, et d'appartenir à une famille où l'époux dispose d'une portion de champ dans la plaine rizicole. Dans la majorité des cas donc, la femme a accès à un revenu lui permettant de

supporter elle-même le coût de ses dépenses, et de celles de ses enfants au plan sanitaire.

Mais si la cause économique est pertinente chez quelques personnes, elle s'entremêle de considérations sociales. En effet, la plus grande accessibilité physique est un fait qui peut être relevé. Les produits du marché sont vendus par des tenanciers de boutiques implantées au cœur des quartiers du village, ou livrés à domicile par des marchands ambulants. D'un côté comme de l'autre la proximité physique est plus motivante, si l'on prend aussi en compte le lien social. Le vendeur est souvent le voisin dont la cour se trouve dans le même espace que la boutique, ou non loin dans un quartier voisin, s'agissant des marchands ambulants. Avec ce proche, la communication est rendue plus aisée, et si le client le désire aussi, la discrétion est de mise. L'économie de temps et d'argent est associée à la confiance qui est livrée à un proche ou une connaissance plus qu'à un agent de santé envers lequel demeure le fossé institutionnel : se rendre dans une institution définie par des règles dont le fait de payer et d'attendre pour se faire examiner, et ensuite partir acheter les médicaments avant d'en évaluer la portée thérapeutique. Gabayan et un ensemble de personnes pensent qu'il est souvent bénéfique de se procurer directement les cachets quand on souffre peu, ou quand on sait ce qu'il faut pour retrouver la santé. La proximité des médicaments constitue ici un élément central dans l'élection de l'automédication. Cette proximité est aussi souhaitée des CSPS dont les dépôts de pharmacie sont décrits comme plus réticents dans la vente libre de certains médicaments. Gabayan explique qu'elle voudrait parfois acheter ses médicaments au dépôt du CSPS, mais que l'achat de certains anti-palustres notamment est conditionné par la consultation médicale. L'accès moins direct aux médicaments génériques des CSPS profite alors à la diversification des modes d'accès à ces produits.

En plus des lieux d'accès aux produits de la rue, la pharmacopée chinoise et les dépôts privés participent à la floraison de l'automédication. Ces produits sont souvent plus chers, mais plus sollicités. Dans ces recours privés, le sujet

rencontre presque toujours une personne prête à l'écouter et à lui promettre une satisfaction sur le champ. A ce niveau, toutes les possibilités de pratiques informelles participent à renforcer le rejet des centres publics de santé comme dans l'exemple de Ouedita qui après un séjour hospitalier au centre médical affirme qu'il ne savait toujours pas de quoi il souffrait, et s'est alors décidé de se confier à l'ami de son premier fils celui-ci étant spécialisé dans la vente des médicaments chinois. Auprès de ce dernier, il obtint un diagnostic sur la base duquel il se lance dorénavant à la quête de tout médicament de la « pharmacopée traditionnelle ». Son initiative est relayée par les membres de sa famille notamment sa femme et ses enfants qui relayent ce jeu de l'automédication en lui proposant à l'essai de nouveaux produits. A l'exemple de Ouedita, la stratégie de l'automédication repose parfois sur la quête tout azimut du médicament dans l'espoir de trouver dans cette conquête le produit qui viendra définitivement à bout du mal. Le risque lié à la toxicité des produits, et encore moins leur coût ne constituent pas un obstacle au projet thérapeutique. Cependant, face à l'ampleur de certains maux, il existe parfois une conscience des limites du projet de se prendre en charge sans recourir aux services de santé.

« Si c'est la vraie maladie là on ne peut pas soigner ça au marché. Peut-être que ce sont des calmants. » Rabgo, quarantenaire, masculin, 5 enfants, producteur de riz à Bama. Entretien réalisé en avril 2014.

La notion de vrai ou de faux dans la vision du mal est reliée au niveau de la douleur ressentie. Une caractéristique commune à presque tous les individus qui pratiquent l'automédication est le sentiment de pouvoir éliminer la douleur ou l'empêcher de progresser. C'est une vision d'autosuffisance qui est souvent rendue possible par un état clinique relativement non-dramatique. Toutes les personnes interrogées dans cette étude distinguent en effet deux états dans l'appréciation de la maladie. Le premier stade où ressentant la douleur, ou le malaise, l'individu a le contrôle sur son corps, et décide de s'auto-administrer un traitement. Cet état de « fausse maladie » fait allusion au sérieux de la

douleur et légitime une orientation vers l'auto-prise en charge. Le deuxième stade est le stade où le mal est relativement affligeant pour le malade, et où il est perçu comme une urgence nécessitant un recours quasi-immédiat au dispensaire. Le deuxième stade peut être une progression du premier niveau, ou survenir subitement. Devant ce fait, la logique qui est de se soigner par soi-même devient hypothétique dans la mesure où le sujet se voit alors dépossédé de la maîtrise de son corps.

A l'opposé de la logique d'autonomie (vouloir se soigner par soi), une autre logique de rationalité se laisse décrire dans la pratique de l'automédication à Bama. Selon cette logique, la pratique de l'automédication est une norme pratique qui résume une situation où les acteurs opèrent sans inquiétude, pour peu que les interactions conflictuelles arrivent à composer dans la logique de l'intérêt réciproque. Dans ce contexte, si les vendeurs de médicaments du marché viennent à être inquiétés, l'opération de répression se révèle très souvent être une mise en scène motivée par le désir de profit.

« Notre responsable et les chefs (agents de sécurité) se connaissent. Même s'il y a à parler c'est eux qui vont parler. Un jour nous sommes partis au marché espérant vendre. Subitement ils ont débouché dans le marché et c'était la débandade. Certains couraient, ceux qui arrivaient à s'échapper étaient sauvés, de même que ceux qui avaient pu ramasser cacher (les médicaments). Mais ceux comme moi qui s'étaient fait prendre comme moi n'avaient pas le choix, il fallait partir négocier. Ils ont exigé qu'on paie 15000 (FCFA) chacun mais avec notre chef les discussions ont continué jusqu'à ce qu'ils descendent le montant à 5000 (FCFA). On a payé et on nous a remis nos produits...Ils n'en veulent pas à nos produits, ils s'intéressent à l'argent » Sayoubi, masculin, 24 ans, vendeur ambulant de médicaments prohibés ou nakido. Entretien réalisé en janvier 2014.

La population approuve ces médicaments, et malgré les risques soulevés, elles pensent que c'est une alternative qui est utile souvent. Un médecin dans le district affirme que ce ne sont pas forcément des mauvais produits. Selon lui, il peut se trouver que de bons médicaments figurent parmi les lots de produits illégaux, mais leur déclassement est pour lui la conséquence d'une politique de santé se voulant préventive. Aussi, si cette vision paraît justifiée dans la norme

officielle, elle est supplantée dans la réalité par d'autres normes pratiques (Chauveau, J. P. & al, 2001). Les normes pratiques laissent surtout poindre le deal des marchands et des forces de l'ordre, les populations locales interfèrent aussi en tant que principal groupe stratégique. En effet, le lien social et les intérêts thérapeutiques trouvés auprès des marchands de ces produits interdits installent une entraide solidaire qui permet parfois à certains d'échapper à la traque non moins marchande des forces de l'ordre. Les marchands de médicaments le soulignent, ainsi que plusieurs personnes interrogées sur cette question. Le jeu de cache-cache entre les différents acteurs dans ce registre de vente de médicaments illustre un conflit de valeurs et d'intérêts dans une large échelle. D'une part, les populations sont intéressées par l'existence d'une telle activité qui leur garantit l'accès à un marché de soins ouvert sur une diversité d'offres thérapeutiques. D'autre part, les forces de l'ordre répriment cette pratique sans en sanctionner véritablement les auteurs. Les tensions qui existent entre les acteurs traduisent une relation d'intérêt autour de la vente de ces médicaments dits prohibés. Dans cette relation, les vendeurs et les forces de l'ordre visent des intérêts économiques, là où la logique de l'autonomie et de l'accès facile aux médicaments oppose le point de vue des populations à celui des agents de santé.

Si l'automédication est saisie dans le cadre de la gestion de la maladie à domicile, elle est étroitement liée à la médication proactive basée sur une action de réponse personnelle rapide ou anticipée à la maladie.

IV.3.2. Médication proactive

La médication proactive décrit un réflexe d'auto-prise en charge médicale dont le but ultime perçu dans le discours des populations interrogées est d'éviter la dépendance vis-à-vis des structures de santé biomédicales. C'est une automédication tournée sur les deux faces de la prévention et de la cure.

L'intérêt de ce point est qu'il permet de comprendre des conflits de logiques qui sous-tendent la médication proactive. Selon un avis largement partagé dans la communauté de Bama, la peur de la dépendance renvoie au refus de recourir au CSPA pour « chaque moindre mal ». La raison donnée pour justifier cette peur repose sur l'idée selon laquelle la dépendance aux soins hospitaliers serait coûteuse en temps, et en ressources financières. La difficulté soulignée par de nombreux villageois est que la prise en charge médicale entre parfois en concurrence avec les autres domaines d'investissements dans le ménage. Egalement, la difficulté à recourir toujours aux soins du dispensaire est associée au manque de temps, et la nécessité à assurer le rendement productif. Dans ces conditions, la peur de devenir dépendant des services de soins de santé publics entraîne la plupart des ménages interviewés à prioriser les autres charges sociales dans le ménage. La médication proactive repose sur une réponse immédiate à la maladie ou à ses premiers signes. C'est une pratique qui se laisse bien observer chez les producteurs de riz. En effet, la plupart d'entre eux n'attendent pas d'être affectés par un mal donné avant de se traiter. Après une dure journée de travaux champêtres, je rencontrais régulièrement un groupe de jeunes producteurs de riz. A l'occasion de ces rencontres, presque tous avalaient des comprimés certains soirs. Tous les produits qu'ils avalaient sous mes yeux avaient pour indications la fatigue générale, les hémorroïdes, et la faiblesse sexuelle. Avec ces médicaments, des jeunes hommes comme Pemann, Zali et IB étaient assurés de bien dormir et de bien travailler le lendemain. En cas de paludisme débutant, ils disent être convaincus que la maladie n'ira pas bien loin. Dans cette conviction, le fait qu'un médicament ne fasse pas d'effet ne constitue donc pas en soi un problème. Cette situation indique simplement de passer à autre chose jusqu'à ce que les recours informels soient épuisés, et qu'on soit obligé d'aller au dispensaire :

« J'ai parlé ici, j'ai montré ici que si tu prends par exemple le para et ça ne travaille plus, et tu cherches encore ce que je disais, le fartoquiè (fou) là, il y a

un produit qu'on appelle fartoquiè, tu cherches ça tu avales, et si maintenant ça ne va pas, bon toi-même tu sais que ça ne va pas, si c'est pas tu vas arriver maintenant au dispensaire. » Entretien réalisé en novembre 2013.

La médication proactive met en exergue une logique de médication informelle à tâtons. Ce discours le traduit bien par l'aisance avec laquelle l'enquêté perçoit qu'on puisse passer de l'essai d'un produit médicamenteux à un autre recours. Le souci de venir à bout du mal pousse à essayer toutes les options informelles saisissables à un niveau informel, quitte à ce que ces choix ne marchent pas. Ce n'est qu'après l'échec de l'automédication informelle que le recours formel est envisagé. Les deux logiques de soins sont séparées au départ, et rapprochées au cas où l'automédication basée sur un savoir profane n'arrive pas à faire reculer la maladie. L'enchaînement entre ces différentes logiques montre alors que la réponse médicale est socialement construite (Apostolidis T., & Dany L., 2012 ; Augé M., 1984 ; Fainzang S., 1986, 2000 ; Muller, L., & Spitz, E., 2012). La saturation du savoir personnel est la principale condition du passage de l'étape de l'automédication à l'étape de recours à l'agent de santé. Dans ce cas, il s'agit parfois d'un échec de la connaissance personnelle des patients. La médication proactive est donc essentiellement investie sur la connaissance profane du patient dans la mesure où l'enjeu de cette action est d'éviter de tomber malade au point d'avoir à recourir au dispensaire.

La médication proactive figure donc comme option sanitaire primordiale quand la maladie a commencé, ou avant qu'elle ne commence. C'est une action personnelle qui s'accompagne d'une considération biologique et matérielle de la maladie. Il s'agit d'une part de ne pas laisser la maladie s'installer, et d'autre part de la contenir au plus vite pour ne pas avoir à se déplacer dans un centre de santé.

Conclusion partielle

Le choix d'aller se faire soigner au dispensaire est principalement sous-tendu par la représentation sur la gravité du mal. Cette logique de sélection et de

quête thérapeutique se manifeste à travers des relations de nature parfois conflictuelle. Les expériences thérapeutiques décrites à travers les représentations sur la maladie permettent de percevoir la manière par laquelle les conflits opèrent à travers les logiques de réponses thérapeutiques à la maladie. En outre, les modalités du choix des recours formels, la temporalité des recours au dispensaire, et la gestion de la maladie sont des registres sur lesquels des conflits de logiques et de pratiques se laissent bien souvent décrire également. Si les conflits existent à travers les logiques de représentations qui déterminent le choix des recours aux soins de santé, la partie suivante montre qu'il existe parfois aussi des griefs et des attentes dans le regard porté sur les agents de santé, et sur l'offre de santé formelle.

Troisième partie : Du construit au conflit

Cette partie comprend trois chapitres. Elle rend compte d'une construction de la relation sociale entre les populations du village de Bama et les agents de santé. Dans cette construction sociale, la coordonnée de l'agent de santé local reste la même dans les espaces de vie sociale et dans l'espace de soins de santé. En effet, le médecin aperçu dans un lieu public est traité selon son identité de médecin. Ceci est pareil pour l'infirmier qui est reconnu avant tout tel un agent de santé et qui se voit très souvent adresser la salutation suivante « yibeogo loktore » (Bonjour infirmier !). Cette situation ne nie pas le fait qu'il existe parfois des liens particuliers entre agents de santé et certains individus dans la population. Cependant, le fait que l'image de l'agent de santé précède dans la rencontre avec les populations en dehors du centre de santé participe du jeu de la confiance. La confiance a pu être définie comme une notion relationnelle qui traduit un état psychologique et une action volontaire basée sur des attentes formulées par rapport au comportement des autres dans le futur (Gilson, L., 2003). Il s'agit d'une disposition de caractère (Jiménez, A., C. 2011). La confiance en l'agent de santé montre une reconnaissance du statut de l'agent de santé, et situe aussi sur une attente. De ce fait, la confiance pousse d'une part à la critique, et d'autre part à la défiance ou contestation quand l'image et l'attente projetées sur l'agent ne correspondent pas toujours à ce qui apparaît. Dans ce sens, cette analyse permet d'appréhender les griefs nourris sur les agents de santé et sur l'offre publique de santé. Sur cette question, le niveau de la prestation médicale est souvent jugé dépassé, et inapte à répondre de manière adéquate aux problèmes de santé pour lesquels une consultation médicale est jugée utile. Ce point de vue est partagé par plusieurs usagers des services de santé primaires de la localité.

Un dernier point abordé dans cette partie est relatif aux oppositions entre les acteurs de l'offre sanitaire formelle et informelle.

Chapitre V. Au quotidien de la vie sociale des agents de santé : perceptions, critiques et attentes

Introduction

Ce chapitre fait état de la place des patients dans leur relation avec les agents de santé, en s'appuyant sur les discours des prestataires de santé, de même que les perceptions et attentes des usagers des services de soins publics sur les agents de santé. Pour ce faire, ce chapitre décrit d'abord le regard porté sur le prestataire de santé, perçu par de nombreux patients comme un expert du médicament. Ensuite, le texte analyse la pertinence des phénomènes de l'exclusion et de la non-assistance dont prétendent être victimes certains patients. En fin de compte, ce chapitre recense et interprète les propos et expériences de plusieurs personnes qui revendiquent un rehaussement du niveau de l'offre primaire de santé dans la localité. Sur ce plan, de nombreuses personnes parmi les populations présentent l'implantation d'un CMA à Bama comme une requête justifiée.

L'intérêt de ce chapitre est qu'il contribue à comprendre la manière dont les soignants aussi bien que les soignés se représentent l'identité du malade dans la relation de soins de santé dans le village de Bama. Si les patients ne dénigrent pas la qualité des services de santé, ils expriment des attentes plus fortes, notamment en termes de capacité de prise en charge locale des maux pour lesquels plusieurs patients sont référés vers des structures mieux équipées. Aussi, le niveau de l'offre médicale primaire est jugé globalement insuffisant dans cette localité. C'est alors que sous forme de revendications collectives, les populations manifestent parfois leur mécontentement par rapport au lieu officiel de référence, et réclament un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). C'est dans un tel contexte que l'agent de santé est régulièrement perçu par de nombreuses personnes comme un expert du

médicament, par opposition à l'expert de la maladie qui reflète selon certaines personnes interrogées, une image plus complète de l'agent de santé.

V.1. L'agent de santé comme expert du médicament

V.1.1. Perceptions croisées sur les agents de santé

Dans un environnement de « marché » où d'autres options de soins de santé concurrencent l'offre des structures formelles de santé, et où le choix du dispensaire intervient très souvent après l'échec d'une thérapie palliative, l'agent de santé est très souvent perçu comme une voix spécialisée qui serait en mesure de corriger les erreurs de diagnostic.

D'une part, des récits relatent comment l'agent de santé est symboliquement entrevu comme un expert du médicament, et surtout comment dans la pratique il est très souvent sollicité comme tel. A travers ces récits, plusieurs agents de santé relèvent une banalisation de leur métier. Cette banalisation est définie comme une prise en compte insuffisante de la délicatesse et du prestige de leur métier.

L'exemple du médecin chef du CM est démonstratif dans la mesure où il dit être souvent abordé dans la place publique par des individus le sollicitant pour qu'il leur indique le nom d'un produit pharmaceutique en vue de soigner leur mal. En la matière dit-il, la maladie est présumée connue par le malade qui pense selon lui profiter de l'occasion pour résoudre ce souci des plus courants : trouver le médicament qui soigne le mal dont on souffre. Les récits contés par le médecin chef du CM de Bama me paraissent d'autant plus intéressants à relater ici que j'ai personnellement vécu les faits qu'il relate deux fois de suite en sa compagnie. En effet, nous nous sommes quelques fois retrouvés autour d'une table dans un maquis ou un restaurant du village. C'étaient des instants de discussions amicales à bâtons rompus au cours desquels je lui adressais

également des questions relatives à mon étude. Je rencontrais aussi d'autres groupes de personnes dans un cadre similaire, mais plus souvent dans un environnement social privé (espace domestique) que dans un espace public. Au cours d'une de mes rencontres avec le médecin, un jeune serveur qui l'avait reconnu accourut à lui, et lui parla en ces termes :

« Docteur, je voulais vous demander de me prescrire un médicament que je vais acheter contre mes dartres, regardez vous-même ! ». Entretien réalisé en mars 2014.

Au même moment où il disait cela, il souleva son tee-shirt en partie pour que le docteur observe les taches sur son corps, taches pour lesquelles il avait déjà établi le diagnostic. Le médecin paraissant choqué de cette attitude reposa son verre de bière sur la table et, profitant de l'obscurité, il lui demanda poliment de venir en consultation au CM un autre jour parce qu'il ne voyait rien. Il semble alors que par ce propos, le serveur avait compris qu'il s'agissait d'un refus relativement courtois du médecin de lui prescrire séance tenante un médicament. Il rabaissa alors son tee-shirt et répondit par un « Ok » avant de s'éloigner de nous. Le « docteur » me confiera plus tard que ce jeune homme n'est pas venu se faire consulter par lui au dispensaire. Dans ce cas précis, le médecin s'est dérobé à cette logique de prescription médicale informelle, en axant son refus à la fois sur la défense du sérieux de son métier et de celle d'une morale de bonne conduite. Commentant l'attitude de ce monsieur, il m'enjoignit de convenir qu'il s'agissait d'un comportement irrespectueux, mais je me contentai par un sourire de l'écouter parler.

Un autre jour, c'est une dame d'un âge relativement avancé (environ 40 ans) qui sollicite du médecin qu'il lui dise quel médicament conviendrait à son mal de genoux et des membres inférieurs. Cette fois encore, le médecin lui recommande de se déplacer au dispensaire pour se faire consulter en vue d'obtenir un bon résultat. Elle acquiesce, paraissant quelque peu déçue de cette réponse. Le médecin m'a relaté d'autres histoires similaires dans lesquelles il explique l'attitude des populations par l'ignorance, le manque

d'égard vis-à-vis de son statut, ainsi que le zèle de certaines personnes. Selon lui, c'est aussi la manifestation d'une ruse visant à profiter gratuitement de la prestation médicale. Se disant homme averti, il s'obligerait donc à résister à ces formes de sollicitude qui, de son avis créeraient un précédent difficile à éviter par la suite. Il dit se garder de répondre favorablement à ces requêtes par peur de devoir rééditer cette action. Le médecin s'attache alors à des notions de respect et à un souci de traitement égalitaire des individus. De ce que j'ai pu observer, de nombreuses personnes s'attachent autant à la qualité des prestations de l'agent de santé qu'aux questions de respect et de considération souvent relatifs à une appréciation personnelle. Ainsi, la notion de considération rime parfois avec l'idée de profit, non sur le plan économique mais plutôt dans le sens de pouvoir bénéficier d'avantages particuliers. Les notions de respect et de considération s'illustrent notamment dans les exemples précédents où l'on peut percevoir, non pas une ruse pour profiter gratuitement de la prestation du médecin, mais une démarche motivée aussi par le désir d'être pris en estime par lui. Du reste, cette entreprise est souvent accompagnée d'une offrande pouvant alors représenter une monnaie d'échange contre le service attendu. Dans l'exemple ci-dessus, la dame qui demande une prescription orale pour ses maux de genoux avait fait porter de la bière au médecin quelques jours plus tôt, alors qu'ils se trouvaient dans un maquis (buvette) ensemble. La réaction de cette dame visiblement insatisfaite de la réponse du médecin est à l'image des propos d'autres personnes qui me confient tantôt que tel infirmier est distant ou que le médecin est peu sociable : il s'agit de propos tenus à la suite d'une déconvenue dans laquelle la plupart estiment avoir été mal considérés par l'un ou l'autre des agents de santé. Aux expériences du médecin, plusieurs autres récits s'ajoutent au quotidien de la vie sociale des agents de santé, dans un village où plusieurs sont connus par leur nom, critiqués pour leur tempérament, et en particulier sur les aspects jugés déviants de leur personnalité. Quelques infirmiers confient faire l'objet de sollicitudes de personnes, en dehors des structures de santé. Si chez certains individus, la sollicitation spontanée des infirmiers est parfois justifiée

par l'existence de liens sociaux particuliers (parfois un lien d'union matrimoniale¹², ou un lien d'amitié), ce facteur ne change pas manifestement la perception du corps médical sur les recours en dehors des centres de soins. Pour ces agents de santé en effet, les gens éprouvent peu la nécessité de venir à la consultation médicale ; ce qui illustre une tendance considérable dans le discours de la population. Cependant, la plupart des agents de santé ont le sentiment d'avoir affaire à une population prétentieuse dans laquelle « tous pensent détenir des connaissances médicales ». Selon cette idée, le patient désire bénéficier simplement d'une consultation gratuite. Cette appréhension est perçue par certains agents de santé comme la conséquence d'une insuffisance d'estime et de respect, d'où le refus de répondre aux sollicitudes spontanées, et aux sollicitations inopportunes des patients qui les accostent en dehors des centres de soins. De façon quotidienne, plusieurs agents de santé se disent frustrés de l'attitude des patients. C'est le cas de Dina qui affirme ceci :

« {...} C'est pas de la maison nous sommes venus ici ; nous sommes passées par l'école, on s'est fait former avant de venir. Donc, faut pas qu'ils vont venir comme ça pour...Y a d'autres mêmes qui viennent, ils veulent vous montrer comment vous devez travailler, tout ça là... » Entretien réalisé en janvier 2014.

Ce discours marque l'existence d'un malaise chez cet agent de santé. Ce malaise est exprimé sous forme de mise en garde des patients sur le manque de valorisation dont elle se dit être l'objet, elle aussi bien que ses collègues. Ce discours montre une opposition entre la manière dont les agents de santé se prévalent de leur compétence experte, et le respect montré à cette compétence par les populations. Sur ce plan, plusieurs personnes dans la population n'apprécient pas la formule de consultation médicale qu'ils estiment dévalorisante.

« Aujourd'hui les agents de santé posent trop de questions ; ils te demandent où tu as mal, comment tu as mal, vraiment, alors que c'est eux les agents de

¹² Cas d'un enquêté qui estime légitime d'appeler X (un infirmier d'Etat) pour qu'il vienne consulter son père à domicile, X étant considéré comme son beau-frère du fait de son union avec sa cousine.

santé qui doivent te dire ce que tu as et te donner le médicament qu'il faut» Rasco, masculin, 24 ans, producteur de riz, résident de Bama. Entretien réalisé en mai 2014.

Le médicament est l'identifiant professionnel de l'agent de santé qui est attendu à ce niveau. La perception de la consultation est figée sur la représentation du rôle de l'agent de santé, ce qui veut dire ausculter le corps, et mettre un nom sur le mal pour ensuite désigner la thérapie appropriée. Le fait d'ausculter est censé être alors la traduction d'une maîtrise de la compétence médicale par l'agent de santé. C'est une représentation qui établit donc qu'il n'est nul besoin de poser des questions sur le mal dont souffre le patient lorsqu'on est un bon agent de santé. L'idée qui est transcrite derrière le propos ci-dessus est qu'il suffirait de voir les symptômes pour savoir quelle ordonnance prescrire pour l'achat des produits correspondant à la prise en charge du mal. Dans le sens contraire, les patients vivent l'interrogation du soignant comme un rapprochement physique qui amène certaines personnes à marginaliser l'intervention de l'agent de santé. Dans cette configuration, quelques personnes pensent que l'action de l'agent de santé n'est pas suffisamment valorisante si l'on évalue la participation du sujet (par les réponses aux questions posées par le soignant) à l'acte de consultation. Pour ce faire, de nombreuses personnes imaginent la scène de la consultation médicale à l'avance. Cette scène arrive à être décrite avec une analyse anticipée sur les actes qui seraient posés par le prestataire de santé.

« L'infirmier aussi va te demander où tu as mal, et tu vas dire que tu as mal à la tête- que où tu as mal aussi, et tu vas dire que tes bras aussi font mal, tu n'es pas en forme, c'est ce que tu vas dire à l'agent de santé, et il va écrire tous les produits que tu dois acheter, ou bien il va prendre ta tension, voir, ce que tu vas désigner comme produit qui ne te fatigue pas, avant qu'il ne te prescrive, si c'est aussi l'eau de ton organisme qui est finie, il voit, découvre et dit de te perfuser. » Ladio, masculin, quarantenaire, commerçant d'herbicides, et riziculteur, 04 enfants. Entretien réalisé en mars 2014.

Dans cette description, la prescription du médicament est perçue tel le principal aboutissement par lequel se confirme le diagnostic établi par le thérapeute. La démarche de soins du thérapeute est assimilée comme un rituel classique bien connu du profane. Mais au-delà de la démarche de consultation et de soins, la connaissance du médicament est l'autre domaine dans lequel l'expertise du soignant est définie. La connaissance dite experte du médicament reste alors l'une des seules caractéristiques à travers lesquelles l'expertise du savant reste valorisée.

« Si ton organisme est malade et tu avales ça, tu retrouves la santé...c'est le même médicament qui se vend au dispensaire, mais si ce n'est pas l'infirmier, celui qui vend le produit ne sait pas quel produit traite quelle maladie, voilà c'est tout le problème. » Boudia, masculin riziculteur et éleveur, 05 enfants. Entretien réalisé en septembre 2013.

Selon ce discours, la connaissance du médicament est essentielle car elle permet d'affecter le médicament adéquat au mal dont souffre l'individu. L'intérêt accordé à l'agent de santé reste donc en grande partie lié à la connaissance distincte des propriétés des médicaments, même si ces médicaments sont dits accessibles sur le marché. L'agent de santé serait alors l'expert du médicament. Sur cette question, j'ai été confronté à une expérience illustrative. En effet, vu que j'abordais le sujet de la santé, et que je passais du temps en compagnie des agents de santé dans les structures publiques de soins, j'ai été assimilé à un agent de santé par les populations. Par voie de conséquence, il m'a parfois été demandé de prescrire un produit pour soulager des personnes souffrant pour la plupart de maladies chroniques. En guise de réponse, j'ai toujours insisté sur le bien-fondé d'aller en consultation au CSPS ou au CM, mais l'idée d'avoir le nom d'un produit et de l'acheter tout de suite pour se l'administrer apparaissait presque toujours plus forte.

En définitive, la vision qui est retenue de la structure sanitaire est comme on l'observe ici, reliée à un échange entre thérapeute et patient autour du

médicament. La connaissance experte du médicament est mise en avant dans la consultation de l'infirmier en cas de maladie, et dans la capacité à soigner la maladie. Qui plus est, la lenteur ou l'inefficience d'un médicament chez certains patients renvoie à l'idée d'une erreur de l'agent de santé dans la prescription du médicament qui sied au traitement du mal. C'est le cas de Penado, une jeune mère mariée et âgée de la trentaine qui affirme ceci :

« Parfois tu prends et la maladie ne recule pas, dans ce cas, ça veut dire que l'infirmier ne t'a pas donné le médicament qui peut pour l'instant soigner ta maladie » Penado, sexe féminin, quarantenaire, mariée, 5 enfants, résidente du quartier canal poré de Bama. Entretien réalisé en avril 2014.

Lorsque l'effet escompté d'un médicament prescrit sur ordonnance tarde à se faire sentir, plusieurs personnes rattachent cette inefficience à une erreur dans le choix du médicament ou à une moindre efficacité du médicament dans leur cas spécifique.

Aussi, l'idée d'une erreur de l'agent de santé dans la prescription du médicament traduit clairement l'identification du rôle de l'agent de santé à celui d'un expert du médicament (dont on n'hésite pas à remettre en cause la prescription dès l'instant où elle tarde à produire l'effet attendu), à la différence de l'individu profane.

Par ailleurs, le fait que les agents de santé soient souvent sollicités de façon informelle renforce cette image de l'agent de santé expert du médicament. Demander à un agent de santé de suggérer le nom d'un médicament dont on voudrait se procurer sur le champ contre un mal donné marque en un sens, une négligence de la règle de l'ordonnance. L'ordonnance rappelle une source d'autorité qui marque le manque d'autonomie, et éloigne le sujet du médicament (Fainzang S. 2002, Meryem N. 2009). Cependant, ni la désaffection pour l'ordonnance ni l'assimilation de l'agent de santé à un expert du médicament ne limitent le désir d'aller consulter le médecin. Il ressort alors que même si les populations perçoivent l'agent de santé sans distinctive comme une référence du médicament, l'opportunité de pouvoir recourir au

médecin en particulier n'est pas ressentie avec la même motivation que celle avec laquelle certaines personnes vont consulter un infirmier ou un AIS.

V.1.2. Regard spécifique sur l'agent de santé

Depuis la récente installation du médecin en mi 2012, et le remplacement de ce dernier par un autre en 2013 dans le centre médical de Bama, un nombre croissant de personnes montrent de la curiosité et de l'intérêt à aller le voir. Bien plus de personnes demandent à être vues directement par le médecin, alors que selon les règles du CM, le rendez-vous avec le médecin est décidé par les infirmiers du dispensaire qui en jugent de la nécessité ou non.

« Les gens viennent han, souvent quand d'autres entendent qu'il y a un médecin ils veulent venir voir... ils préfèrent la consultation du médecin » Naboni, masculin, quarantenaire, agent de santé au CM de Bama. Entretien réalisé en mars 2014.

La perception des populations sur le médecin est quelque peu différente du regard porté sur les infirmiers, AIS, maïeuticiens, et accoucheuses (en bref, le personnel moins qualifié). Deux raisons expliquent cette différence importante. La première raison se situe dans le domaine du pouvoir et la seconde du côté du prestige du savoir. La raison du pouvoir se reconnaît à travers la hiérarchisation qui est établie dans le discours de différents individus. En effet, quelques enquêtés m'ont souvent demandé qui commande entre le médecin affecté récemment dans le CSPA de Bama devenu par cet acte CM, et le Major. Sur cette question, un résident affirme ceci :

« Le pouvoir du major (ICP) a diminué depuis l'arrivée du médecin » Wendyam, quarantenaire, sexe masculin, marié, 05 enfants, producteur de riz et de coton. Entretien réalisé en avril 2014.

Comme le traduit clairement ce propos, la position ascendante du médecin est perçue comme une distinction valorisante. La valeur du pouvoir du médecin est perçue dans le fait d'avoir pu supplanter celui de l'ICP mieux connu sous l'appellation de major. Cette différenciation des deux acteurs par l'attribut du pouvoir est importante à souligner dans la mesure où de nombreuses personnes dans le village montrent qu'elles y sont intéressées : c'est à travers cet attribut qu'un ensemble de personnes établissent une classification entre la position du médecin et celle de l'ICP, et par suite des autres agents de santé en poste dans les deux structures de soins primaires de Bama.

La raison du prestige prend surtout en compte non pas la qualification mais le capital de confiance rattaché à l'idée d'une prise en charge de qualité en soins médicaux. Cette conviction est d'autant plus forte qu'un grand nombre de personnes dans ce village est habitué à la consultation du médecin en raison de la proximité de la ville, et de ce que certains décident souvent de se rendre directement dans des centres de santé plus grands ou dans le principal hôpital de région (hôpital Sanou Sourou de Bobo-Dioulasso).

Si les agents de santé sont valorisés différemment en fonction de leur titre et positions respectives dans le système de santé local, leurs motivations sont également appréhendées au cœur de leurs interventions professionnelles quotidiennes.

V.2. Perceptions des populations sur la motivation des agents de santé

La plus grande critique portée sur la motivation des agents de santé provient des élèves, et des jeunes producteurs de riz et éleveurs de Bama. Presque toutes les femmes interrogées sur cette question se sont exprimées sur un ton mitigé (« certains sont motivés et d'autres non ! »).

Dans le premier groupe de personnes, ils sont très nombreux à exprimer des propos qui font penser que la motivation est très faible chez les agents de santé, sans distinction de catégorie.

« Je trouve qu'il y a un manque d'amour pour sa profession chez les infirmiers ! »

« Si tu exerces un métier un peu par nécessité, il va de soi que tu sois un peu mal à l'aise de temps à autre ! »

« Ils agissent souvent de manière brutale ! »

« Il décharge sa colère sur vous alors que le malade bon, il a besoin qu'on lui remonte un peu le moral »

La personnalité et l'attitude du personnel de santé font l'objet d'une grande attention chez les patients. A ce niveau, le manque de motivation de l'agent de santé est très souvent cité avec des notes d'explications relatant des constats, des expériences personnelles, ou l'expérience de tierces personnes.

La critique majeure sur la faible motivation des agents de santé part du fait que ceux-ci n'exerceraient pas leur profession avec un engagement franc, ce qui est notamment qualifié « d'amour pour la profession ». Pour certaines personnes, les agents de santé exercent ce métier par nécessité et non par motivation, parce qu'ils n'ont pas trouvé mieux, ou parce qu'ils seraient intéressés par le profit matériel, beaucoup plus que par volonté de se donner au travail. La notion de motivation ici affiche un contour polysémique. Dans ce

contexte, elle renseigne d'une part sur la qualité de l'accueil et du traitement des patients par les professionnels de la santé. Les tensions occasionnées par le propos injurieux du soignant sont interprétées comme la preuve manifeste d'une absence d'amour pour le métier. D'autre part, la faible motivation chez l'agent de santé est parfois perçue et décrite telle un manque de compassion pour le malade souffrant. Quelques récits sont évoqués pour justifier ce point de vue. Ces récits concernent en particulier l'intervention professionnelle des infirmiers et agents de santé itinérants qui sont les plus concernés par le reproche du manque de motivation professionnelle à l'échelle du village de Bama. L'histoire de Tawala et de son collègue Noni s'inscrit dans ce registre.

Tawala est infirmier diplômé d'Etat, et au plan professionnel, il possède un grade plus élevé que celui de Noni qui est agent de santé itinérant. Ils sont tous les deux agents de santé dans un des centres de santé de Bama. Seulement voilà, ils ne s'entendent pas et leurs collègues le savent. Un soir courant l'année 2013, Noni s'apprête à descendre de sa permanence, et doit être relayé par Tawala qui n'est toujours pas arrivé alors qu'il est presque 17H00, l'heure à laquelle Noni doit être relayé par Tawala. En ce même temps, une urgence arrive : un jeune homme grièvement blessé qui a besoin d'une prise en charge urgente. Les témoins (le gérant du dépôt pharmaceutique, le gardien) notent que le malade saignait abondamment et que sa famille était inquiète. Face à la souffrance du blessé, Noni se contente d'appeler son collègue pour le sommer de venir immédiatement. En attendant, il s'empresse de délivrer une ordonnance au patient et il s'en va. Il abandonne un malade sans soins évoquant la raison de principes personnels, alors que plusieurs agents de santé pensent qu'il s'agissait d'un acte voué à nuire à son collègue. Finalement, Tawala arrive suffisamment à temps pour offrir les soins au malade. Le lendemain, la famille du malade appuyée par la population se plaint directement auprès du Maire de la commune rurale de Bama. Les choses restent pourtant en l'état dans la mesure où Noni est resté à son poste jusqu'à son affectation dans une autre localité.

Cette histoire illustre non seulement l'image d'un personnel manquant de motivation dans une structure de soins primaires mais elle montre en outre comment un conflit interpersonnel conduit un agent de santé à se dérober à son devoir de soigner. Cette réalité est entrevue à travers le niveau d'attention et de sensibilité manifestés face à la souffrance du patient. Quelle est alors la place réelle du patient dans la relation de soins, étant donné que celui-ci est au cœur du conflit ? D'un côté, l'on peut en effet présenter le choix de l'abandon du malade par l'infirmier comme la conséquence d'un refus de soigner, et dans un cas similaire, de venir en aide au malade dans une situation d'urgence. De l'autre côté, la plainte de la famille soutenue par le reste de la population sous-tend une volonté de faire sanctionner l'agent de santé fautif.

Le grief du manque de motivation des agents de santé est parfois exacerbé par un sentiment d'exclusion ou de non-assistance traduit dans le regard de certains patients.

Il ressort de ce point que la perception des individus sur le manque de motivation des agents de santé renvoie à des attentes spécifiques formulées sur l'engagement et le travail des agents de santé surtout dans le domaine de la cure (traitement du malade). L'exigence de la cure par le patient vise alors à faire exercer le droit d'être pris en charge en dépit d'une absence de motivation des agents de santé.

V.3. Exclusion et non-assistance ?

Si dans le précédent point, le manque de motivation des agents de santé apparaît comme une source de conflits, les griefs de l'exclusion et de la non-assistance par les agents de santé suscitent une désaffection du personnel de santé chez plusieurs usagers des services de soins du village. Sur ce plan, la plupart de ces individus portent un regard critique sur le coût de l'offre médicale dans les structures publiques de soins primaires. Dans ce sillage,

l'argument économique est décrit comme critère déterminant dans les stratégies sélectives du recours thérapeutiques.

« Vrai dire là c'est cher mais c'est parce que y a pas toujours l'argent, sinon là pour dire la vérité, le CSPA là n'est pas toujours cher » Pelman, masculin, producteur et éleveur, trentenaire et père de 4 enfants.

Ce discours permet de voir que le point de vue sur les conditions économiques s'invite spontanément dans un contexte de ruralité ouvert à la spéculation sur le médicament provenant du marché informel et formel. La question économique comme contrainte est tout à la fois un critère dont la résolution n'entraînerait pas pour autant une résorption complète de son statut de détermination selon lequel une mise en concurrence est parfois établie avec les autres dépenses dans le ménage (Storeng, K. T., & al, Filippi, V. 2008).

Le coût des soins s'impose donc comme critère de sélection : il est présenté parfois comme un domaine d'exclusion pour celui qui se trouve ou se déclare incapable d'y faire face.

Sentiment d'exclusion

Le concept d'exclusion est une notion confuse, mal définie. Dans les déclarations publiques comme les contextes académiques, elle renvoie à des usages divers désignant tantôt la marginalité, la désaffiliation, ou une hiérarchisation à laquelle le mot est associé (Roy, S. 1995). Le premier élément de confusion est que le concept d'exclusion ne désigne pas un groupe social particulier mais peut caractériser différents groupes en des contextes particuliers. Un autre point que Roy relève sur la définition de ce concept est l'association qui est faite avec le domaine du social (exclusion sociale). Cette mise en apposition du social au domaine de l'exclusion désigne le plus souvent le non-accès à une sphère économique.

Utilisé dans mon argumentaire, le concept d'exclusion montre un point de vue moral sur les modalités financières de l'offre de soins qualifiées de prohibitives. Ce point de vue traduit l'idée d'une non-prise en compte de tous les individus dans les conditions d'accès aux soins de santé. Le coût de l'offre est jugé au-dessus de la capacité de l'utilisateur moyen des services du dispensaire. Le terme exclusion décrit la situation où la barrière économique est présentée comme facteur justifiant une politique du choix raisonné. La plupart des acteurs décrivent en effet le sentiment d'être insuffisamment pris en compte dans la faiblesse relative de leur avoir économique.

« Nous n'en n'avons pas discuté (le prix des médicaments) avec les agents de santé, ils ne nous voient pas, c'est si tu en as maintenant que tu peux aller te faire soigner au CSPS » Pelman, masculin, producteur et éleveur, trentenaire et père de 4 enfants. Entretien réalisé en novembre 2013.

« Ils n'ont pas fait les prix en pensant à nous autres les pauvres » Zenabo, sexe féminin, mariée, mère de 3 enfants. Entretien réalisé en avril 2014.

Dans ces propos, la cherté du médicament est ce qui frappe, et à côté de cela, le refus des agents de santé de la rabaisser. La structure de santé est d'une part identifiée comme une propriété des agents de santé, et le besoin d'accès aux soins de santé est contraint par leur caractère prohibitif. En outre, le désir qu'on diminue le prix du médicament est formulé clairement dans la critique lancée sur le coût des soins. L'imaginaire collectif entrevoit les agents de santé comme des individus possédant le pouvoir de rendre les coûts accessibles au plus grand nombre ou au moins, de se montrer flexibles en face des plus pauvres. L'idée d'être insuffisamment pris en compte est d'autant plus forte qu'elle est accompagnée chez beaucoup de la conviction que les structures de soins ciblent uniquement la classe des plus aisés. Les coûts élevés des ordonnances confèrent à certaines personnes le sentiment d'être exclues de

l'accès aux soins de santé. C'est donc particulièrement à ce niveau qu'est projetée la représentation sur l'exclusion. Ce sentiment d'être exclu de l'offre de santé primaire locale est d'autant plus fort que plusieurs personnes relèvent un écart de prix entre les médicaments de marché et les produits du dispensaire. La différence entre le coût d'une plaquette d'ibuprofène au dépôt pharmaceutique du dispensaire et celui du marché est perçue comme injustifiée. De la vision qui en découle chez une grande partie de la population, le CSPS est un lieu d'affaires économiques ; c'est-à-dire un endroit dans lequel chaque patient est un client potentiel qu'il faut coûte que coûte faire dépenser pour faire marcher les ventes de la structure sanitaire. C'est cette hypothèse que Lamine affirme avoir réussi à vérifier. Effectivement, il avait décidé tout dernièrement (en février 2014) de mettre les agents de santé à l'épreuve. Pour ce faire, il se présente au dispensaire sans être mal portant, et prétexte qu'il a des vertiges. L'agent de santé l'examine, contrôle sa tension et la température de son corps, il ne détecte aucune anomalie. Il lui délivre néanmoins une ordonnance, et lorsque Lamine se présente devant le pharmacien du dépôt, sa facture s'élève à 12500FCFA. Il s'agit selon lui d'une preuve de la cupidité et de la malhonnêteté des agents de santé. Pour lui, cette ordonnance ne s'explique pas alors qu'il n'est pas souffrant. Selon Lamine, cette preuve de cupidité qu'il tient des agents de santé sur la base de son expérience personnelle constitue un facteur d'éloignement des populations du dispensaire :

« Si tu es malade et tu n'as pas l'argent tu ne peux compter que sur Dieu, tu ne parles pas d'aller au dispensaire ! » Entretien réalisé en avril 2014.

Le sens de ce discours est que les structures de santé ne sont pas accessibles aux malades démunis. Il y a dans ce sentiment, l'idée d'une perte de confiance vis-à-vis des agents, et d'un éloignement des structures de santé.

La question financière dans la structure sanitaire représente alors une importante source d'enjeux qui influe sur la confiance des requérants de soins vis-à-vis des agents de santé.

Le sentiment d'exclusion fait suite aux expériences individuelles à travers lesquelles les individus se fixent l'image d'une institution sanitaire mercantile ne cherchant pas à les aider mais plutôt à exploiter le « peu » de ressources dont ils disposent. L'état de la relation thérapeutique est fortement dépendant de ces convictions psychiques et morales de l'utilisateur qui recourt aux services de soins.

Outre le sentiment d'exclusion, l'échec ou la non-satisfaction après le recours au dispensaire est vécu par certains individus comme un manque d'assistance de la part des agents de santé.

Sentiment de non-assistance

Deux mobilisations sociales importantes se sont produites en 2013 dans le village de Bama. Aucune n'a mis en avant le critère économique. La première a été consécutive au décès d'une femme enceinte en cours d'évacuation. Sur le point d'accoucher de jumeaux, cette femme a été conduite en pleine nuit au CSPS de VK d'où elle a été référée nuitamment au centre médical avec antenne chirurgicale de Dandé (CMA). Ne disposant pas de moyens adéquats pour prendre en charge la parturiente, les agents de Dandé la contre réfèrent à Bobo-Dioulasso. Mais avant d'arriver à Bobo-Dioulasso, la parturiente meurt en cours de route, laissant le village en situation de choc. Le lendemain, la foule se mobilise, et les jeunes décident de régler les comptes avec les agents des deux structures de soins de Bama, et pas uniquement ceux du CSPS incriminé. Mme Lenne (infirmière en poste au CM de Bama) décrit une ambiance de frayeur dans laquelle les agents de santé se trouvaient ce jour-là en ces termes :

« Ce jour-là, nous tous on avait peur, on ne pouvait pas sortir parce qu'on disait qu'ils allaient venir nous frapper » Entretien réalisé en février 2014.

D'autres agents de santé ont confirmé la peur des agents des formations sanitaires de se montrer en public le jour de cette protestation. Ils étaient tous enfermés dans les centres de soins. Ils affirment qu'ils avaient peur pour leur vie. Dans cette affaire, c'est suite à l'intervention des agents de la Mairie que la révolte a été apaisée.

La seconde mobilisation a été de plus petite ampleur. Elle s'est déroulée suite à la mort d'un vieil homme victime d'une attaque cérébrale ou accident vasculaire cérébral (AVC). Le vieil homme avait été conduit au CM où ses proches attendaient l'ambulance afin qu'il puisse être évacué sur Bobo-Dioulasso. Trouvant l'attente longue, la famille propose de faire venir une autre ambulance, ou de trouver une alternative pour conduire le malade à Bobo-Dioulasso. L'agent de santé de garde ce jour-là rassure quant à la venue de l'ambulance. Les proches du malade renoncent alors à leur projet, mais le malade succombe avant l'arrivée de l'ambulance. Le lendemain, la famille est révoltée, et de nombreuses personnes se déploient au CM pour en découdre avec les agents de santé, et incendier les infrastructures. Le major du CM est d'abord saisi aux colles puis séquestré dans son bureau avec pour ordre de ne pas chercher à s'enfuir des lieux. Le médecin chef du centre médical tente d'apaiser les esprits. Dans la foule, un individu parle de brûler le CM pour faire pareil avec le CSPS qui avait été brûlé à Bobo-Dioulasso, mais d'autres pensent plutôt à incendier l'ambulance stationnée dans la cour du CM.

Dans ce second cas, la Mairie intervient encore pour une réforme officieuse du système de référence des malades. Cette réforme stipule que les malades ne seront plus systématiquement référés à Dandé (conformément aux règles du système de santé), mais que s'il y a lieu de référer un patient, le choix lui soit laissé. Bien que les agents de santé se défendent de respecter la loi médicale qui exige une référence vers le district sanitaire, la majorité des agents de

santé agréée cette nouvelle clause dans la pratique. Aussi, avant de référer un malade, la plupart des agents de santé des deux centres de santé périphériques (le CSPS VK et le CM de Bama) posent la question suivante : voulez-vous être référé à Dandé ou à Bobo ? Dans l'absolu, la majorité des personnes que j'ai interrogées préfèrent Bobo-Dioulasso. Les revendications ont été faites dans un contexte où le lieu de référence officiel qui est le CMA de Dandé était déjà contesté. Le village de Dandé est perçu comme un « tout petit village », comparativement à Bama qui se voit presque comme une ville, et qui de surcroît est plus proche de la grande ville de la région de l'Ouest du Burkina Faso, Bobo-Dioulasso. Selon les agents de santé, les malades nécessitant une référence choisissent presque tous d'aller à Bobo, la grande ville.

Dans ces deux récits illustrés, l'objet du soin est négocié ou revendiqué dans une ambiance sous tension découlant d'échecs thérapeutiques. Aux frontières de la vie et de la mort, la survie de ces deux personnes n'aurait pas été chèrement négociée. Si d'un côté, les agents de santé auraient dû garantir une évacuation rapide du patient, de l'autre c'est le choix du lieu de référence et d'évacuation qui est considéré comme la faute punissable. Les mobilisations des populations contre les agents de santé informent à ce niveau alors le sentiment d'être insuffisamment ou mal assistés par les agents de santé dans les structures de santé. D'une part, la séquestration des agents de santé et la requête faite aux autorités locales montrent le discrédit de l'autorité. D'autre part, la volonté de brûler l'ambulance et de violenter les agents de santé exprime un ressentiment envers ce qui (l'ambulance) et ceux qui (les agents de santé) ne les ont pas assistés comme il se devait.

Le ressentiment contre les agents de santé et contre l'ambulance qui constitue un outil de travail exprime le sentiment de ne pouvoir compter sur ces éléments pour être efficacement secouru en cas de besoin comme cela est arrivé dans ces deux cas, et dans bien d'autres situations différentes. Ce sentiment de non-assistance est manifesté par d'autres personnes :

« Ici à Bama, c'est pas la peine, nous n'avons pas d'infirmiers, c'est pas la peine, un infirmier c'est comme une sœur, il assiste le malade et écoute ton cœur battre avant de le soigner, mais ici, ils n'ont pas le temps pour toi »

« Quand ils te prescrivent une ordonnance tu essaies ça ne marche pas, et tu reviens vers eux, ça les énerve »

« Le fait que l'état de l'enfant s'aggravait ne les préoccupait pas, ils (les infirmiers) préféraient tous regarder la télé, et il a fallu que j'aie trouvé X en pleurant pour qu'il se lève et qu'il vienne régler la perfusion et s'en aller »

« Quand mon mari a demandé qu'on le réfère, l'infirmier a dit que ce n'était pas la peine, et qu'on ne peut plus rien faire pour lui »

A travers les discours ci-dessus, la non-assistance renferme ici l'idée de patients se sentant laissés à leur sort parce que l'engagement des soignants à leur égard leur apparaît comme minimal et donc insuffisant. Ces discours formulent en clair un reproche sur le manque d'empathie des agents de santé, ce qui n'est pas sans rappeler les travaux de Olivier de Sardan et de Jaffré sur la « médecine inhospitalière » (2003) à partir d'exemples de pays ouest-africains. D'une part, ce reproche est justifié par le fait que l'absence d'empathie contraste avec la représentation sur la qualité du bon agent de santé. D'autre part, le manque d'empathie réduit comme on le lit dans les propos ci-dessus, l'optimisme des patients, et de leurs proches dans la quête de la guérison. Le sentiment de non-assistance constitue alors une problématique importante dans la relation de soins entre agents de santé et usagers. Il traduit l'existence de difficiles rapports entre prestataires de soins engagés dans la routine du soin, et de patients désireux de se faire concéder plus d'attention par l'agent de santé. Toutefois, si le désir d'être mieux assisté vise à accroître la qualité de la confiance entre les usagers des centres de soins et les agents de santé, l'attente des populations est surtout portée sur la manifestation d'une offre de qualité supérieure.

V.4. Attentes d'une offre supérieure

Au-delà des sentiments d'exclusion et de non-assistance nourris par de nombreuses personnes à l'encontre des agents de santé, l'exigence d'une offre de soins qualité supérieure est ressortie plusieurs fois dans les propos des personnes interrogées au cours de cette enquête. A ce niveau, les populations ainsi que certains agents de santé sont unanimes pour affirmer que Bama mérite mieux que « des ambulances qui ne marchent pas » et « des structures de soins sous équipées ». Les principaux arguments de cette requête sont la récurrence des échecs, et l'importance économique et démographique de la région.

Si plusieurs personnes voient derrière les échecs au cours des références, une responsabilité directe des agents de santé locaux, de nombreuses autres personnes associent à cette cause l'argument d'une offre jugée de faible standard.

Dans un premier cas, la responsabilité des agents de santé est établie par le fait que certains agents persistent à référer prioritairement leurs malades vers le CMA de Dandé qui est pourtant contesté par la population. A ce niveau, il ne fait pratiquement aucun doute que la plupart des patients et leurs accompagnants ne veulent plus entendre parler du CMA de Dandé comme lieu de référence.

« Nous ne voulons plus de Dandé, ça ne nous arrange pas ! » Saibou, masculin, quarantenaire, père de 03 enfants, charretier et producteur de riz, entretien réalisé en avril 2014.

La désaffection pour la référence au CMA de Dandé se tient dans un contexte où plusieurs personnes attestent qu'il existe une forte probabilité d'échec dans la prise en charge médicale des malades référés des formations sanitaires de Bama. Qui plus est, certains disent avoir perdu un proche à la suite d'une référence sur Dandé, ou une tentative de contre référence sur Bobo-Dioulasso.

« Ma propre petite sœur est décédée après avoir été transférée sur Dandé... » Barry, masculin, quarantenaire, autorité municipale de Bama, entretien réalisé en décembre 2013.

Si les populations de Bama ne souhaitent plus se faire référer à Dandé, district dont dépendent le CSPA et le CM du village, les agents de santé de la localité sont également divisés là-dessus. En effet, certains d'entre-deux relèvent qu'ils sont avant tout tenus par l'ordre de référer prioritairement sur Dandé. Selon eux, il y va du respect des normes du système de santé auxquelles ils sont tenus par leur profession. Cependant, en considérant la requête de la population relayée ensuite par la mairie, la plupart des agents de santé disent se remettre au choix du patient et de ses proches. Aussi, plusieurs agents de santé sont d'avis avec les populations que le choix de Dandé est moins bénéfique pour le patient, bien qu'il soit le lieu officiel de référence :

« La population a raison les agents de Dandé grouillent mais même nous infirmiers, nous n'accepterons jamais de référer les membres de nos familles à Dandé » Badiogo, trentenaire, masculin, marié, 01 enfant, agent de santé dans l'un des deux centres de santé publique de Bama.

Malgré le fait qu'ils approuvent le rejet de Dandé dans le choix des populations, certains agents de santé choisissent néanmoins de se conformer au lieu de référence officiel. Ce choix est souvent interprété comme la conséquence d'une peur suscitée par la contrainte professionnelle des agents de santé, du fait de leur statut de fonctionnaire qui limiterait leur capacité à réclamer un CMA :

« Comme les majors sont des fonctionnaires, ils ont peur des membres du gouvernement, ils ne parlent pas beaucoup mais nous en tant que membre de la population nous en parlons beaucoup, nous parlons pour que le gouvernement entende que nous voulons un CMA à Bama ici » Brahima, masculin, 04 enfants, quarantenaire, producteur de riz.

Dans la mesure où il est avant tout fonctionnaire de l'Etat, les populations locales pensent que l'agent de santé ne vit pas la même réalité que le citoyen villageois. Par conséquent, certains attestent qu'il ne se sent donc pas concerné par le poids du vécu pour les malades et leurs proches qui doivent faire face à ce besoin et y répondre eux-mêmes. Ce discours révèle un tant soit peu la représentation qui est faite de l'appartenance au bord étatique des agents de santé, par leur statut de fonctionnaire. L'Etat qui est décrit dans cette représentation correspond à l'imaginaire tissé dans le quotidien de la vie rurale paysanne : celle que le fonctionnaire et le gouvernement sont les deux faces d'une même pièce qui est l'Etat. De fait, le fonctionnaire ne peut être contre le gouvernement parce qu'il est une composante de l'administration étatique qui appartiendrait au gouvernement en place.

Dans un second cas, ce serait cette peur liée à l'appartenance étatique des agents de santé qui les empêcherait de revendiquer un CMA, comme le font les populations de la localité. En effet, les attentes des populations reposent fortement sur la réclamation d'un CMA.

« Il y a beaucoup de cas où des patients sont décédés, le temps qu'ils ont pris pour aller à Dandé et puis revenir à Bobo, le patient a perdu la vie, parce que le patient n'avait plus de sang et ils n'ont pas eu le sang à temps, comme la loi dit de référer à Dandé donc les agents de santé réfèrent à Dandé donc le patient a été référé à Dandé , arrivé à Dandé , ils trouvent qu'il n'y a pas de sang, donc ils ont voulu repartir à Bobo et le patient est décédé en cours de route ». Kondé, masculin, trentenaire, marié, 01 enfant, entretien réalisé en février 2014.

« C'est réellement une affaire sérieuse à Bama, c'est la politique qui a fait que le CMA a été implanté à Dandé plutôt qu'à Bama, c'est le travail de X X sinon regarde, Dandé est un tout petit village comparativement à Bama, ici à Bama y a le courant, y a l'eau, et puis nous ne sommes pas très loin de Bobo » Yang, masculin, quarantenaire, enseignant, 02 enfants, entretien réalisé en septembre 2013.

L'acquisition d'un CMA fonctionnel dans la localité de Bama est considérée comme la solution idoine pour résoudre les échecs thérapeutiques par suite d'évacuation sur le CMA de Dandé. L'objet de cette acquisition serait de permettre de ne plus avoir à discuter d'une quelconque référence sur Dandé. La représentation la plus manifeste de la référence sur Dandé est l'échec thérapeutique et l'injustice. Cette représentation est liée à une double

amertume. D'un côté, il y a les pertes en vies humaines survenues au CMA de Dandé ne répondant pas au standard de qualité supérieure qui lui est prêté. A ce niveau, beaucoup d'individus arrivent à dire que la qualité des prestations au CSPS et au CM de Bama dépasse celle du CMA de Dandé censée pourtant être supérieure. Cette phrase renforce l'obsession du rejet de la référence sur Dandé, et de l'attente d'un CMA à Bama. Et de l'autre côté, l'inexistence d'un CMA à Bama, et la dépendance envers le CMA de Dandé est interprétée comme un signe d'injustice. La demande d'un CMA à Bama est alors enveloppée d'un sentiment qui est décrit comme légitime. Il s'agirait d'une réparation contre une injustice commise sous le joug de l'action politique. Comme le stipule le propos ci-dessus de Yang, Bama serait le village auquel aurait dû être attribué un CMA, du fait de l'existence d'infrastructures électriques, d'une meilleure situation économique, et d'une proximité avantageuse avec la grande ville de la région qui est Bobo-Dioulasso. De nombreuses personnes parmi les habitants de Bama pensent comme lui que le village de Bama possède plus d'atouts économiques pour abriter un centre médical plus performant que le CSPS et le CM. Par conséquent, cette attente formulée à l'endroit de l'autorité publique de l'Etat est relativement vive.

Conclusion partielle

En définitive, ce chapitre a permis de déterminer comment les agents de santé sont perçus à travers les discours, les rencontres quotidiennes dans leurs espaces de vie sociale, ainsi que les expériences thérapeutiques individuelles de certaines personnes dans le village. L'analyse permet de voir que le point de vue sur l'agent de santé local est fait de griefs renvoyant notamment à la perception d'un personnel peu motivé, cupide, et parfois répulsif. Cette image retenue de l'agent de santé traduit une attention beaucoup plus affichée sur l'objet de la cure (traitements médicaux) que sur celui du care (attention portée par le soignant au patient). De ce qui précède se pose alors la question

de la qualité des relations de soins entre les agents de santé et les usagers du CSPA et du CM de la région. Cette question fait l'objet du chapitre suivant.

Chapitre VI. Défiance-confiance de l'agent de santé au cœur des relations de soins

Introduction

« Etant donné les points de vue des deux mondes [celui du patient et celui du thérapeute], profane et professionnel, ils ne peuvent jamais coïncider exactement ; ils sont toujours en conflit, au moins latent. Ce que je veux dire, c'est que la manière la plus simple d'envisager l'interaction thérapeutique est celle qui reflète ce conflit. [...] Il faut donc considérer l'interaction dans le traitement comme une sorte de négociation aussi bien que comme une sorte de conflit. » (Freidson, 1984 :318).

Ce chapitre rend compte de la manifestation et des causes de la défiance-confiance de certains agents de santé par quelques usagers des services de santé dans le village de Bama. La défiance-confiance s'illustre parfois par une mise en cause ponctuelle des compétences et de l'autorité de l'agent de santé. La contestation est analysée ici à l'aide de la théorie de Freidson sur la conflictualité de la relation entre le profane et le professionnel de santé. Comme illustré dans la citation ci-dessus, Freidson conçoit le conflit comme un ordre légitime dans l'interaction entre soignant et soigné autour de la question du soin. Cette théorie est pertinente dans ce chapitre dans la mesure où la défiance-confiance traduit dans la plupart des cas illustrés, une contestation des compétences de l'agent de santé qui se manifeste dans le cadre du diagnostic médical, de la prise en charge, et de la référence. Dans ce domaine, il arrive régulièrement que le diagnostic et la prescription médicale de l'agent de santé soient ouvertement réfutés ; ce qui permet de relativiser ici le poids de la profession médicale dans le contrôle de la maladie (Freidson, 1970 cité par Baszanger I, 1986). L'action de contester l'agent de santé reflète dans un

sens un doute porté à son encontre. Les personnes approchées dans le village expliquent cette attitude par un accueil du personnel soignant jugé souvent de mauvaise qualité, ou par des malentendus entre soignants et soignés autour de la prise en charge médicale.

Toutefois, l'analyse permet de voir que la défiance est aussi une manifestation de la confiance. En effet, pour être contestée ou remise en cause au cours d'un acte donné de consultation, la compétence de l'agent de santé est comme le montre le chapitre précédent reconnue et sollicitée même dans l'espace de vie sociale des soignants. Le jeu de la défiance-confiance projette une logique d'acteur définie dans la philosophie du rizhome, et montrant un acteur qui tente d'échapper aux codes de l'organisation bureaucratique, en s'inscrivant dans une logique de rapports non-centrés (Deleuze G, in Cusset, F. 2003).

Chez le patient, cette image reflète à la fois une reconnaissance du statut de l'agent de santé (ce qui traduit l'existence de la confiance), et un désir de contrôle de cette compétence par la contestation qui permet une confrontation ouverte d'égal à égal. En outre, il peut être noté que la contestation de la compétence médicale de l'agent de santé ne se termine pas toujours par un refus radical du diagnostic qu'il pose ou du traitement qu'il établit. Dans différents cas en effet, la contestation se termine par le retour à l'autorité de l'agent à qui est concédée la décision finale.

A travers la défiance-confiance, un regard en profondeur permet de réaliser l'émergence d'une catégorie particulière de patients contestataires. Qui plus est, il arrive des fois que la contestation portée à l'encontre de l'agent de santé ne soit pas seulement une mise en cause de la compétence, mais qu'elle soit aussi dirigée sur la qualité ou la valeur sociale du métier d'agent de santé : « un infirmier c'est quoi ? », s'insurgeait une dame (âgée environ de la cinquantaine) en colère contre deux infirmières à qui elle reproche une attitude insolente, et un acte médical cruel et maladroit selon elle (le fait de vouloir couper la peau du doigt accidenté de sa fille afin de soigner la plaie). Comme le montre l'exemple ci-dessus (qui sera analysé plus loin dans ce

chapitre), la contestation du personnel de santé est quelque fois sous-tendue par un regard dévalorisant sur la profession médicale. Cette perception dévalorisante sur l'agent de santé local est reconnue et mal vécue par presque tous les agents de santé, en particulier les infirmiers, les AIS, les accoucheuses intervenant sur le site de Bama. Voici ce qu'affirme une infirmière du CM de Bama: « il y en a qui veulent venir vous apprendre votre travail ! ». Selon deux autres infirmiers du CSPS de VK, c'est le fait de se dire que « non, on va faire (aller à l'encontre des règles) » et aussi le fait que « Tout le monde se dit qu'il connaît à Bama » qui motive la contestation de certains patients. Cette contestation exprime selon eux un désir de tenir tête à l'agent de santé. Dans un premier temps, il est pertinent de comprendre comment la défiance-confiance peut signifier une mise en cause ponctuelle portant sur la compétence médicale de l'agent de santé.

VI.1. Défiance-confiance sur la compétence de l'agent de santé

Selon l'observation que j'ai menée au cours de mon immersion dans les deux structures de soins de Bama, et sur la base des entretiens effectués auprès de certains agents de santé et de plusieurs membres de la communauté, la défiance-confiance sur la compétence se situe principalement dans le domaine de la prise en charge médicale. Les points qui posent globalement problème dans le cadre de la prise en charge médicale font référence au diagnostic médical, à la prescription du traitement médical, et à la référence.

VI.1.1. Sur le diagnostic

La défiance au niveau du diagnostic de la maladie renseigne un refus du diagnostic posé par l'agent de santé sur le mal dont souffre le malade. Les patients qui contestent le diagnostic ont souvent identifié à l'avance un diagnostic, et imaginé une piste pour la prise en charge thérapeutique. C'est le

cas de Sya qui, se plaignant de maux de ventre estime le diagnostic de sa maladie incorrect et la prescription médicale inadéquate :

« On est rentrés et à mon tour, on a échangé longuement sur les membres de ma famille, la manière de préparer les repas. Quand je suivais pour moi ces échanges n'ont pas de rapport avec ma maladie et après les échanges, il m'a dit de rentrer et arrivée, de ne pas manger la pâte d'arachide, de ne pas manger ce qui est frit, de ne pas consommer l'huile, de ne pas manger le haricot. Et tout ce qu'il me dit de faire il m'a recommandé de suivre. Et si je suis bien d'ici trois semaines de revenir après, lui verra ce qu'il y a. Et moi j'ai dit bon, vraiment j'ai mal au point que je ne peux pas dormir. La manière dont je suis venue je voulais que vous me consultiez bien et me prescrire de bons produits qui puissent calmer la douleur d'ici les trois semaines. Il a refusé... Le ventre a repris encore à faire excessivement mal et là mon époux me dit que si c'est ainsi on part à l'hôpital et moi j'ai dit que vraiment maintenant je souffre trop. On ne fait que dépenser en vain ! Vraiment je ne veux plus qu'on aille à l'hôpital » Sya a 40 ans et est la seconde épouse d'un foyer de polygame. Elle assiste son époux dans la culture rizicole, et vend aussi des légumes au marché. Sya a 3 enfants et vit dans une cour multi-conjugale avec son époux, et les ménages de ses beaux-frères. Entretien réalisé en avril 2014.

La perception du malade sur le mal se rapporte à la douleur. Cette douleur décrite comme vive lui transmet d'emblée l'idée d'une pathologie grave. Aussi, c'est en réaction à une pathologie de l'estomac jugée grave que le recours au centre de santé est « pris au sérieux » par elle. Ce recours vise à permettre aux experts médicaux d'établir le diagnostic approprié (en la consultant bien là où elle ressent le mal) contre lequel un traitement médical tout aussi adéquat serait prescrit. L'orientation de la prescription faite par l'agent de santé choque la patiente et l'amène à attester d'une erreur de diagnostic : le refus du diagnostic se joue dans l'idée que le mal dont elle souffre est plus sérieux que l'interprétation qui en est faite. L'interprétation du mal et la prescription thérapeutique de l'agent de santé sont perçues par la patiente comme une lecture méprisante et inexacte de son mal. Même en se rendant au dispensaire,

la maladie reste avant tout l'affaire du malade (Abdmouleh R., 2007). Aux yeux de cette patiente, la consultation médicale ne vaudrait la peine qu'à partir du moment où elle pourrait recevoir une réponse médicale qui reflète ce qu'elle pense de sa maladie. Aussi, dans la mesure où le diagnostic établi par l'agent de santé sur sa maladie lui semble faux et que ce dernier refuse de changer ce traitement comme elle le souhaite, Sya pense finalement judicieux de rejeter le traitement qui est prescrit et qui ne lui convient pas. Dans son propos, Sya laisse entendre à l'agent de santé qu'en venant le consulter et en le défiant ensuite, elle était confiante que ce dernier pourrait lui prescrire le médicament qu'elle estime en mesure de guérir son mal. En insistant auprès de l'infirmier afin que celui-ci change sa prescription, la patiente conteste la pertinence du diagnostic qu'il a établi, mais elle lui fait confiance pour trouver un autre remède qu'elle ne remettrait pas en cause.

Il existe d'autres exemples dans lesquels les patients défient le soignant en contestant son diagnostic. C'est le cas de Germaine qui hausse le ton en disant à l'infirmier : je n'ai pas la tension après que l'agent de santé ait pris sa tension, et qu'il ait déclaré qu'elle souffrait de l'hypertension. Cela s'est fait instinctivement dans une configuration où la patiente semblait visiblement terrorisée par ce diagnostic. Cependant, ce sujet diagnostiqué au préalable comme hypertendu et suivi à cet effet ne semblait donc pas contester son statut de patiente souffrant d'hypertension, statut établi préalablement par la même structure de santé mais bien plutôt son état de ce moment précis qui de son point de vue ne correspondrait pas à une crise d'hypertension.

Dans le cas de cette femme, le diagnostic refusé n'implique pas le rejet du traitement, sauf en situation d'incapacité à honorer immédiatement l'ordonnance.

Le cas de Germaine (enquêtée ci-dessus citée) diffère d'autres exemples de refus du diagnostic qui induisent très souvent aussi le refus du traitement. L'histoire d'un malade souffrant de troubles mentaux sied à cette réalité même si elle débouche également sur un fait tragique : une agression mortelle. En

effet, c'est l'histoire d'un homme assassiné par son fils présentant des symptômes de schizophrénie, mais dont il négligeait les menaces de mort, ainsi que sa famille. Les faits se sont déroulés courant le mois de novembre 2013, des suites d'une attaque à la matraque par ce fils qui venait à peine de rentrer mentalement déséquilibré de la Côte d'Ivoire. Avant d'arriver à ce drame, le malade menaçait ouvertement son géniteur sans passer à l'acte parce qu'il y avait toujours une autre personne à côté pour s'interposer à son projet criminel. Suite au constat de son trouble, la personne présentant les symptômes du psychopathe avait été conduite par son grand-frère au CSPS. Les agents de santé diagnostiquent alors des troubles mentaux, mais à la suggestion des infirmiers de l'évacuer en psychiatrie à Bobo, la famille du malade avait refusé sous prétexte que la signification de son mal se trouvait dans la nature mystique, vers là où il fallait selon eux chercher à le soigner. Ils s'en étaient retournés donc avec le malade gardé au domicile de ses parents avec tous les membres de sa famille en dépit des menaces de mort qu'il relançait souvent à son père, en présence de ses frères et sœurs, et ce, jusqu'à ce qu'il passe à exécution un matin. Il aurait précisément profité d'un moment d'inattention de son grand-frère pour matraquer son père à l'aide d'un pilon. Conduit d'urgence au CSPS Vallée du Kou, le blessé est évacué sur Bobo-Dioulasso où il perd la vie dans la nuit. La famille est alors contrainte de revoir son diagnostic et de revenir sur le refus de la prescription médicale initiale des agents de santé. Effectivement, elle fait conduire et interner la personne présentant les symptômes du psychopathe dans le service psychiatrique de l'hôpital de Bobo-Dioulasso par la gendarmerie de Bama.

Cette histoire montre d'une part la forte assurance qui caractérise l'attitude de plusieurs patients ou leurs accompagnants comme c'est le cas ici, s'agissant de la famille du malade présentant des symptômes de schizophrénie. A travers la consultation, l'agent de santé est parfois perçu comme témoin et non pas toujours comme expert dont le recours sous-tend un dialogue de confiance et de quiétude. La famille avait une conviction qui est celle que la solution au problème de santé du malade

ne pouvait pas provenir de la médecine formelle mais des recours magico-religieux. Il était donc idée que les infirmiers prodiguent des soins palliatifs, notamment des médicaments, tout en respectant l'idée que la guérison du malade ne pourrait advenir qu'après des thérapies divinatoires. De ce fait, le diagnostic d'une folie renvoyant à une perception naturelle et biologique du mal ne suffisait pas à convaincre la famille. Par conséquent, le traitement attendu ne devait pas se situer au-delà du diagnostic sur lequel la définition du mal repose, ni compromettre le projet de guérison mystique entrevu par la famille de ce malade. Cette appréhension est également manifeste dans le cas de pathologies spécifiques comme celles des fractures osseuses. Un récit témoigne de cette situation, et c'est celui d'un monsieur âgé de la quarantaine et qui, victime d'un accident de la circulation avait une fracture ouverte. L'accidenté vient se faire consulter accompagné d'un "tradi-thérapeute" qu'il présente comme spécialiste des soins des fractures osseuses. Le patient souffrant réclame précisément une suture de la plaie aux agents de santé, ce en vue de faire stopper l'hémorragie de sang. Quant à la prise en charge de la fracture, il atteste que son tradi-thérapeute présent avec lui au dispensaire pourrait s'en charger. Ce dernier confirme le propos de l'accidenté, et essaie de rassurer les agents de santé quant à son expertise en la matière, mais il se bute à la résistance du corps médical. Le diagnostic posé par le patient et son tradi-thérapeute oriente la gravité du mal sur le plan de la lésion qui rendrait l'intervention du tradi-thérapeute inopérante, d'où la nécessité selon eux de refermer la plaie avant de tenter toute action. Ce diagnostic heurte celui des agents de santé qui déclaraient à vue d'œil qu'aucun acte ne pouvait traiter cette fracture en dehors d'une intervention chirurgicale rapide. Voyant la persistance du patient et de son thérapeute qui l'accompagne, le médecin s'immisce plus tard dans la discussion, et tranche en opposant une fin de non-recevoir au malade et au tradi-praticien. En clair, il impose la poursuite du traitement par sa structure comme condition pour l'amorce

des soins au CM. Devant le ton formel de l'agent de santé, le malade décide finalement de rester entre les mains du dispensaire du CM qui décide de le référer à l'hôpital de la ville de Bobo-Dioulasso, sur la base du diagnostic qui est établi. Ce cas symbolise une contestation inaboutie qui démontre que la défiance s'appuie souvent sur la confiance. Effectivement, ce malade aurait pu décider de se fier entièrement au tradi-thérapeute s'il était entièrement convaincu que cette préférence serait meilleure que l'offre formelle. Du reste, sa présence et sa requête auprès des soignants a été motivée par l'espoir d'obtenir une meilleure prise en charge préliminaire. La dichotomie dans la relation de défiance-confiance s'illustre bien dans la réalité. Sur le plan spécifique de la prise en charge des fractures, plusieurs personnes affirment que les soins hospitaliers sont moins efficaces que les soins traditionnels auxquels presque tous disent recourir. Pourtant, ces mêmes personnes disent aussi que les agents de santé peuvent établir un diagnostic plus précis sur l'état de la fracture. Par l'exemple ci-dessus, il ressort donc que la contestation du diagnostic établi par l'agent de santé est avant tout une contestation sur la pathologie en cours, et non sur l'ensemble de la compétence du soignant.

De ce récit, il faut noter aussi qu'une importante guerre de prestige se passe dans ce domaine de compétence médicale, entre tradi-thérapeutes, spécifiquement les rebouteurs, et agents de santé. Aussi, si les tradi-thérapeutes valorisent divers actes intervenant dans le diagnostic et la prise en charge hospitalière des fractures (radiographie, sutures), certains d'entre-deux prônent aussi une aptitude supérieure dans le domaine de la prise en charge des fractures.

VI.1.2. Sur la prise en charge

Querelles de compétences entre rebouteurs et agents de santé formels

En matière de soins, et en particulier dans le domaine de la prise en charge des fractures osseuses, des querelles de compétences se manifestent parfois entre rebouteurs et agents de santé dans les structures de soins formels primaires de la localité. Voici ce qu'affirme un rebouteur traditionnel bien connu dans la localité.

« Souvent quand les agents de santé sont limités, ils nous font appel. J'ai soigné dernièrement une femme qui avait une fracture et ne pouvait s'asseoir. Les infirmiers m'ont appelé et je suis parti, je l'ai soignée ; après trois semaines de soins elle a pu se redresser et s'asseoir ! » Rialé, masculin, cinquantenaire, marié, rebouteur. Entretien réalisé en avril 2014.

Il est donné de constater ici que la réputation des thérapeutes informels est plus accomplie que celle des prestataires des soins dits modernes. Cette réputation est entretenue par la diffusion des récits de prouesses réalisées. En la matière, il s'agit notamment du cas de malades venus de très loin (de la Côte d'Ivoire, du Bénin, Mali, et de l'Europe) et qui ont pu être soignés et guéris alors qu'ils ne l'avaient pas été dans leurs contrées d'origine. Du fait de cette réputation, le rebouteur pour illustrer sa notoriété affirme avoir reçu plusieurs fois la visite de journalistes. Comme type de pathologie, le domaine des fractures est perçu comme un domaine dans lequel le CSPS et le CM sont jugés incompetents par presque toutes les personnes interrogées sur ce sujet dans la communauté. Aussi, l'option systématique pour les soins du rebouteur dans le cas des fractures est citée, en mettant en exergue des cas de succès courants et parfois personnels. Selon l'avis de nombreuses personnes, il vaut mieux en cas de fracture recourir aux rebouteurs. Si les discours de prestige des

rebouteurs concordent avec le point de vue des populations bénéficiaires, quelques agents de santé contredisent le discours du rebouteur Rialé, cité ci-dessus. L'un d'entre eux va plus loin et s'oppose à l'idée d'une performance supérieure des rebouteurs, en matière de prise en charge des fractures osseuses. C'est le cas de Oualata qui affirme ceci :

« [...] Il n'y a pas cette fracture qu'on ne peut pas soigner, à moins que l'os soit carrément broyé, donc là, on est obligé d'amputer, on ne peut plus racoler les os... Nous avons toujours fait une référence maintenant s'ils veulent dévier avec la référence pour aller chez le rebouteur, nous en tout cas, nous n'envoyons pas les gens chez les rebouteurs » Oualata, marié, 2 enfants, quarantenaire, infirmier dans l'une des structures de soins à Bama. Entretien réalisé en mars 2014.

La limite de la compétence médicale dans la prise en charge hospitalière des fractures est réfutée par l'agent de santé, mais relativisée tout de même sur la base du diagnostic. A ce niveau pourtant, le rebouteur ne fait état d'aucune limite liée à la nature du diagnostic. La querelle de compétence se joue alors à travers les discours de légitimité des uns et des autres. Sur ce plan, le discours du rebouteur ci-dessus cité laisse penser qu'il existe une collaboration dynamique (précisément sur le plan des fractures osseuses) entre tradithérapeutes et agents de santé dans les formations sanitaires, ce que l'infirmier contredit dans son propos. Ces limites sont appréciées selon les discours, mais surtout selon les expériences empiriques de malades qui influencent souvent les choix thérapeutiques. La défiance de l'agent de santé dans le domaine de la prise en charge se rapporte également au traitement.

Désaccords entre patients et soignants sur le type de traitement

« On ne me perfuse pas ! Si l'infirmier me dit qu'il va me perfuser, je dis non, je ne veux pas de votre eau dans mon organisme ». Alazi, trentenaire, producteur de riz et commerçant, résident de Bama. Entretien réalisé en février 2014.

Pour certains agents de santé interrogés, le refus des traitements qu'ils prescrivent par quelques patients est une situation courante même si ce refus prend parfois l'allure d'une contestation. Dans l'exemple ci-dessus, cette contestation est l'action d'un jeune homme qui s'était rendu au CSPS après avoir essayé en vain de venir à bout de sa maladie, en avalant des comprimés et en buvant des décoctions. De son point de vue, la perfusion est une voie de traitement négative qui aggrave la maladie et affaiblit la résistance naturelle de l'organisme. Bien que l'infirmier ait essayé de le persuader d'accepter ce traitement, il dit avoir refusé. Sur cette question, un autre agent de santé affirme qu'un nombre important de personnes définissent parfois des préférences différentes des types de traitements qui leur sont prescrits ; ce qui occasionne régulièrement des désaccords avec les patients à son niveau.

Dans un autre cas, une femme dont l'enfant est hospitalisé depuis 24 heures environ réagit ouvertement à la requête de l'infirmier, celui-ci lui demandant d'aller chercher d'autres poches de perfusion pour poursuivre les soins de son enfant. Elle affirme ceci :

« Je n'achèterai pas d'autres perfusions car l'état de mon enfant ne s'est pas amélioré depuis hier, et on dit que trop d'eau (sérum) dans l'organisme est nuisible à la santé. » Awa, trentenaire, sexe féminin, usagère du CSPS de la Vallée du Kou (Bama). Entretien réalisé en avril 2014.

L'empressement au constat d'inefficacité du traitement traduit la présence d'un doute ponctuel sur la compétence du soignant. Pourtant, comme de nombreux patients dans le village, Awa se montre finalement confiante bien que toujours vigilante et critique par rapport à l'expertise médicale des agents de santé qu'elle n'hésite pas à défier ici, au détour de ce désaccord sur la prescription médicale que l'agent de santé propose pour les soins de son enfant malade. Le refus de poursuivre la thérapie de l'agent de santé ne visait pas prioritairement à défier son autorité, mais plutôt à faire jouer son droit de regard et son appréciation sur la qualité du traitement en cours.

Dans le cas de cette patiente comme dans celui du premier, la défiance de l'agent de santé repose sur une attente. De part et d'autre, ces personnes s'attendent à ce que l'agent de santé leur prescrive d'autres traitements, ce qui veut dire qu'elles lui font toujours confiance pour les orienter vers un traitement qui marche mieux que celui qu'elles contestent. Dans ce contexte également, la défiance se trouve intimement reliée à la confiance. Par l'exemple illustré ici, la patiente se fie en effet à une représentation sur l'efficacité de la perfusion pour justifier sa requête. En convoquant cette représentation pour contester la poursuite du traitement prescrit par l'agent de santé, elle l'utilise comme un savoir valide pouvant permettre de contrôler l'efficacité de la prise en charge de son enfant malade.

En tant que produit du désaccord avec l'agent de santé, la contestation laisse percevoir le poids de l'attente thérapeutique du patient ou de son accompagnant dans un contexte où comme l'attestent les agents de santé interrogés dans la localité, le recours au CSPS est consécutif à l'échec de l'automédication chez la plupart des malades. Chez toutes ces personnes, la contestation constitue alors un moyen légitime pour s'assurer de l'efficacité de la prise en charge, en particulier lorsque le traitement proposé par le praticien donne l'air de ne pas fonctionner ou de ne pas correspondre à l'idée qu'on s'en faisait. Par conséquent, la contestation de l'agent de santé traduit dans les différents cas notés ici un désir d'être informé et pris en compte dans la décision du traitement. Si la confiance est alors suffisante pour motiver le choix d'aller en consultation au dispensaire, elle ne l'est pas pour que le malade ou son accompagnant choisisse de s'abandonner sans réserve à la décision du prestataire de santé. Le fait de défier l'agent de santé en contestant son traitement permet de ce fait d'exercer une certaine vigilance thérapeutique au cours de la relation de soins.

La contestation de la prescription médicale concerne aussi la posologie du médicament prescrit. C'est ce que soutient cette infirmière.

« Y en a, ils peuvent aller payer des produits amener comme ça ; tu vas leur dire de prendre comme ça, comme ça ; eux ils vont voir que, on a montré à l'autre de prendre deux deux, et lui , on lui dit de prendre un un, lui il ne comprend pas ça, il vient et il vous demande encore que pourquoi on a donné à l'autre là ; que est-ce que si lui il prend ça comme ça, que est-ce que ça va soigner sa maladie ? C'est comme si on te disait que tu ne connaissais pas ton travail quoi ! Des trucs comme ça là ! » Mme Liane, quarantenaire, sexe féminin, mariée, 2 enfants, agent de santé à Bama. Entretien réalisé en décembre 2013.

Face à la défiance sur la prescription du traitement médical, l'agent de santé local dans le village reculé de Bama arrive donc à ressentir la même espèce d'oppression que ressentirait le médecin contemporain en Occident. Dans ce cas de figure, le malaise des infirmiers africains traduit la situation d'inconfort et de risque endurés par les médecins hexagonaux (Eve B & Judith H, 2014). Il reflète un sentiment d'agacement par rapport à l'affront qui leur est porté. L'histoire de Madame Lenne, tout comme celle de Mme Liane traduit aussi ce sentiment. En effet, après avoir délivré une ordonnance médicale à son patient, Madame Lenne, infirmière à Bama se voit adresser le discours suivant : "vous vous êtes trompée sur la posologie !". A ce propos, l'infirmière dit avoir été choquée mais non-point surprise. C'est alors qu'elle voulut comprendre pourquoi un tel reproche. Le patient s'explique en disant que le même médicament avait été prescrit récemment sous une autre posologie à l'un de ses amis. Après cette réponse du patient, elle déploya un effort de communication pour faire comprendre que la différence de la posologie était liée à la différence de la masse corporelle entre les sujets. Ce dernier obtempère alors et accepte de prendre l'ordonnance comme telle sans plus discuter, mais sans non plus donner l'air d'avoir été convaincu. Il ressort donc qu'au cœur des rapports conflictuels entre soigné et soignant, le déficit de communication particulièrement du soignant au patient est indexé comme un déterminant majeur dans la mesure où il repose parfois sur une relation paternaliste centrée sur la maladie, au lieu d'un rapport axé sur la relation humaine et donc plus égalitaire comme le réclament les patients (Meryem N., 2009).

Au cœur du conflit entre patient et soignant sur le diagnostic et la prise en charge médicale, la défiance-confiance reste donc un moyen pour le patient de susciter une communication plus ouverte avec l'agent de santé. L'ampleur de cette communication peut contribuer à renforcer ou affaiblir la confiance vouée à l'agent de santé. C'est le cas de Diane dont l'itinéraire thérapeutique évolue vers une érosion de la confiance manifestée vis-à-vis des acteurs de l'offre de soins formels auxquels elle a affaire.

Le cas de Diane est aussi intéressant à relater dans la mesure où dans son itinéraire thérapeutique apparaissent des conduites de défiance dont l'une traduit un conflit ouvert avec un médecin dans la ville voisine Bobo-Dioulasso où elle est allée se faire consulter. En résumé, Diane se plaint de maux de ventre et de cœur. Elle va à la rencontre d'un parent agent de santé qui lui prescrit un produit en lui demandant de faire d'autres examens. Elle décide de différer les examens et prend le traitement qui lui est prescrit, constatant une amélioration de son état après la prise des cachets. Pendant tout ce temps, le médecin qui est aussi son parent cherche à savoir si elle avait effectué les examens mais sans y parvenir car la malade se complait dans son choix thérapeutique et se cache du thérapeute. La douleur s'était calmée en ce moment, mais une année et demie s'était écoulée et la douleur avait repris. Gênée de retourner voir le même parent, elle se laisse conseiller par un proche et alla voir un autre médecin. Elle se refuse à aller consulter son premier soignant (son parent) en disant que le droit de retourner voir un agent de santé connu personnellement repose aussi sur la reconnaissance sociale du service rendu précédemment. Avec le nouveau médecin consulté, le ton monte car Diane conteste sa thérapie, et exige une ordonnance, ce que le médecin refuse, jugeant qu'elle n'en a pas besoin. Après cette situation, elle navigue de recours en recours, sans succès jusqu'aujourd'hui (jusqu'en juin 2014 à la fin de mon enquête).

Dans la famille de Diane, certaines de ses coépouses pensent aussi qu'elle exagère avec sa maladie. « Tu n'es pas plus malade que les autres ! », lui dit sa

coépouse directe. Diane revient déçue de chez son médecin, mais l'un de ses beaux-frères habitant la même cour que son mari et souffrant d'ulcères lui suggère d'essayer un sirop pharmaceutique qui coûte 3500F. Elle achète le sirop, et après quelques prises elle se sent mieux. Elle continue cependant avec des médecines tradi-thérapeutiques, mais se sent comme abandonnée par les médecins d'hôpitaux. Elle avoue être très révoltée contre son dernier médecin dont elle interprète l'attitude comme un refus de la soigner.

Un autre jour, je suis retourné voir Diane. Elle se portait bien et s'apprêtait à partir au marché pour vendre son riz. Elle était déjà sur sa charrette d'âne accompagnée d'une voisine, et toutes deux voulaient se rendre au marché. Elle accepte de retarder son départ de quelques minutes, pour bavarder avec moi. Comment vas-tu aujourd'hui ? Bien, me répondit-elle ! Je l'avais revue une fois après notre entretien, mais cette fois-ci, elle me confirmait que son état est toujours au beau fixe. Elle n'a plus été au CSPS ni à l'hôpital à Bobo. Elle poursuit son traitement tradi-thérapeutique, mais dit manquer de ressources pour renouveler sa bouteille de sirop qui est pourtant très-bien de son avis. Elle insiste sur le fait qu'elle n'a pas assez d'argent pour acheter un nouveau flacon de son sirop, mais je ressens bien son désir de m'amener à suggérer de lui acheter son produit.

La semaine suivante, j'ai encore eu de ses nouvelles, et j'ai pu la recontacter. Elle était visiblement mieux portante, et avait le visage qu'elle reflétait la toute première fois que nous nous étions vus. Ce jour-là, elle était enveloppée dans sa chaise et revêtue d'un accoutrement lourd, pullover d'hiver et pagne solidement noué. Elle était toujours convalescente et ruminait encore sa colère contre le médecin qui lui avait refusé une ordonnance médicale classique, tablant uniquement sur la suggestion du régime alimentaire. Aujourd'hui par contre, elle était toute souriante en me voyant venir. Elle était en compagnie de Sidibé, l'une de ses coépouses, et toutes deux vaquaient à des travaux ménagers aidées en ce jour par leurs enfants qui ne vont pas en classe jeudi. Malgré mon insistance, elles interrompirent leurs travaux et vinrent s'asseoir

toutes deux près de nous, mon assistant et moi. Elles étaient contentes de nous voir, Diane davantage, et après les salutations, je lui demandai comment elle se sentait aujourd'hui ? « Ma santé, ça va mais je ressens de temps en temps les douleurs abdominales. »

Elle s'était pourtant gardée de retourner au centre de santé. Je lui ai demandé pourquoi mais elle m'a confessé sa réticence en revenant encore sur sa déconvenue de l'année écoulée, et son amertume, d'une part envers les agents de santé de Bama qui avaient selon elle échoué à diagnostiquer son mal, et d'autre part envers le médecin de Bobo-Dioulasso avec lequel elle s'était disputée. Du fait de son état non résolu, Diane dit douter aujourd'hui de la fiabilité des services de santé de Bama et de Bobo-Dioulasso. Dans son discours, elle s'interroge pour savoir si les agents ont été incompetents à son égard ou s'ils ont voulu lui cacher son mal, malgré son insistance. Elle comprend difficilement que malgré sa souffrance, l'examen de sang qu'elle avait effectué n'ait rien révélé d'anormal. Finalement, elle laisse entendre qu'elle retient surtout l'hypothèse selon laquelle les agents de santé qu'elle a consultés n'ont pas voulu lui dire ce dont elle souffrait, et non pas l'idée qu'ils ne seraient pas en mesure de le faire. Elle n'est plus motivée non plus à aller voir le médecin à Bobo-Dioulasso. Elle se dit toutefois prête à aller au CM de Bama, mais, elle préfère que je lui donne d'abord une vitamine. Du fait que je sais lire et que je travaille sur la santé, elle pense que je ne peux en manquer. Je lui fis à nouveau comprendre que je n'étais pas agent de santé, et que les agents de santé pourraient probablement lui dire quoi prendre. Elle insiste malgré tout pour que je lui propose seulement une vitamine au hasard. Je l'interroge en profondeur pour comprendre pourquoi une fixation soudaine sur les vitamines. Elle finit alors par m'informer que des agents de santé auraient décrit son état comme critique. En fait d'agents de santé, il s'agissait de promoteurs commerciaux de produits pharmaceutiques connus sous l'appellation de produits chinois. Ces acteurs sont munis de matériels technologiques, et proposent des consultations gratuites de maison en maison. Pour chaque personne consultée, ils établissent un diagnostic et proposent sur

le champ un remède de leur pharmacie. Après avoir expliqué son mal, les commerciaux lui ont dit que les ulcères dont elle souffre sont à un stade avancé, et pour cela, ils lui ont recommandé une des vitamines qu'ils vendent à 2000FCFA. C'est dans cette optique que Diane a demandé que je lui achète ce produit. L'opportunité d'avoir un diagnostic et une proposition de réponse provenant d'opérateurs tout de suite qualifiés d'agents de santé est perçue comme une opportunité plus intéressante dans son état de souffrance instable et chronique. L'on comprend alors à ce niveau que le diagnostic posé par les promoteurs commerciaux de produits médicamenteux correspondait à l'idée que se faisait Diane, elle qui était restée sur sa conviction que son mal était grave. Aussi, dans son imaginaire, un diagnostic juste correspond forcément à une prescription juste. Elle était en effet persuadée d'être soulagée par les vitamines qu'il lui avait été demandé d'acheter.

L'itinéraire thérapeutique de Diane a été influencé dès le départ par le non-respect des prescriptions du médecin qui l'avait consulté en premier, et ensuite, le refus des prescriptions de ce dernier qui lui paraissaient inadéquates pour soigner le mal dont elle pensait souffrir. Ayant échoué à obtenir une autre prescription auprès du médecin, Diane ne se sentait plus à même de se fier à un agent de santé. Aussi, sur le long de son itinéraire thérapeutique que j'ai pu renseigner partiellement ici, elle se déporte sur des options thérapeutiques qui la confortent du fait qu'elle a eu raison de refuser les prescriptions qui lui ont été proposées dans le cadre de sa prise en charge en milieu hospitalier.

La défiance-confiance s'observe également au sujet de la question d'accepter ou de refuser la référence.

VI.1.3. Sur la référence

- *Le rejet de la référence*

Le rejet de la référence prescrite par l'agent de santé se révèle être une forme saillante de contestation de la compétence des agents de santé dans la relation de recours thérapeutique. La référence est l'acte de transfert d'un malade du niveau périphérique du CSPS vers un centre de niveau supérieur. Elle est préconisée par le soignant du niveau primaire avec l'accord du premier responsable ou de son adjoint (au niveau CSPS, l'ICP ou l'IDE qui le seconde ; au niveau CM le médecin chef ou l'ICP). Selon le diagnostic du mal, le CSPS ou le CM se sentant incapable d'assurer sur place la prise en charge d'une pathologie peut choisir de référer le malade au niveau supérieur de l'architecture sanitaire. Il en résulte bien des fois un refus motivé par différents facteurs dont en premier, une perception qui relativise ou néglige la portée de la gravité. Dans le meilleur des cas ici, l'acte de référence sera vu comme une erreur de diagnostic ou une exagération de la gravité du mal; dans le pire des cas comme une astuce professionnelle pour éviter d'échouer dans une tentative de prise en charge du patient. Cette perception montre une des formes les plus exacerbées du regard dépréciatif porté sur l'agent de santé.

« Il y'a des infirmiers qui ne tardent pas à transférer les patients à Bobo, les infirmiers se précipitent pour transférer les patients à Bobo pour qu'on ne les blâme pas en cas de décès des patients, mais il y a des patients qui ne méritent pas qu'on les transfère donc on doit les soigner sans les transférer, si un malade vient aujourd'hui, l'infirmier doit essayer de le soigner 2 jours avant de le transférer, les gens ne veulent pas qu'on les transfère à Bobo. » Solo, membre actif du COGES dans l'aire sanitaire de Bama. Entretien réalisé en novembre 2013.

L'acte de référence est décrit ici comme une action parfois abusive découlant de la peur de l'échec chez les agents de santé. L'image qui est donnée de l'agent de santé est celle d'un acteur préférant un « risque zéro » (référer plutôt que de se risquer à soigner à la moindre alerte) en dépit de l'état de

gravité ou de non-gravité de la maladie. La perception de la maladie constitue l'idée plus moins arrêtée et plus ou moins précise que s'en fait le malade, et qui met en jeu tous les éléments qui peuvent concourir à former une opinion (Dozon J.P & Sindzingre N, 1986). La perception entre généralement en compétition avec le discours du prestataire de santé. Cependant, dans ce contexte où la référence est interprétée comme la traduction d'une compétence technique limitée de l'agent de santé, son refus peut être saisi tel un acte dévalorisant et valorisant à la fois.

Le rejet de la référence et la valorisation de l'agent de santé local

La prescription de la référence par le soignant est parfois réfléchie comme une attitude exagérée, ne traduisant pas toujours une nécessité imminente encore moins une finalité légitime. Il s'agit entre autre d'une marque de considération pour l'agent de santé. En effet, ce rejet renferme l'idée selon laquelle l'agent de santé est suffisamment compétent pour soigner le malade sans le référer, mais qu'il opte pour cette voie de référence pour ne pas avoir à s'occuper de lui.

« Ils (les agents de santé) réfèrent souvent pour se débarrasser de toi... » Djoce, masculin, quarantenaire, producteur de riz et éleveur, marié, 04 enfants, résident de Bama. Entretien réalisé en Mars 2014.

La référence est parfois perçue comme un comportement justifiant un manque d'attention vis-à-vis du patient dont l'usage de la référence permettrait de se débarrasser. Le fait que des infirmiers évoquent des limites sans essayer l'acte sanitaire est considéré comme une preuve de discrédit (ils sont incompetents!) et une situation inadmissible (ne pas dire on ne peut pas!) pour des états cliniques de patients qu'ils estiment possible de traiter sur place. La qualification de l'infirmier et ses limites professionnelles sont pensées et établies en termes de normes de capacités (ce qu'il devrait être capable de réaliser) et en aptitudes réelles à démontrer sur le terrain. La notion de la

gravité est personnalisée dans la mesure où sans être agent de santé, les uns et les autres établissent que pour un mal donné nul n'est besoin de les référer dans la mesure où l'agent de santé serait en mesure de les soigner. Il s'agit alors d'une vision valorisant la compétence de l'agent de santé local, puisque l'utilisateur le pense capable de soigner les malades qu'il réfère en évoquant ses limites personnelles ou l'absence de matériel. Pourtant la référence est indispensable dans certains cas, et au regard des symptômes, elle paraît souvent pressante selon le personnel de santé. C'est le cas des situations d'anémies affectant le plus souvent les enfants de moins de 5 ans. Des maladies spécifiques nécessitant à la fois des examens approfondis, et des suivis de spécialistes font l'objet de référence. Il y a aussi les situations d'urgences : accidents vasculaires, blessures graves nécessitant une action chirurgicale relativement importante. Ces situations laissent planer l'image d'un personnel se précipitant dans l'établissement de la référence sans pour autant que l'on puisse déduire d'une quelconque peur de perdre le malade par déficit de compétences. La manière dont l'utilisateur du centre de santé primaire pense la prise en charge primaire tranche du mode de fonctionnement et des pratiques de référence. Aussi, dans le choix de référer, le malade perçoit parfois moins la gravité possible que la faillite de l'agent de santé censé tenter de le soigner.

Le cas d'un jeune couple qui amène son enfant, une fillette de 24 mois environ en consultation illustre la faible perception du risque dans le refus de la référence. La fillette est toute pâle. Le père rejoint l'équipe médicale en visite dans les salles d'hospitalisation, et aguiche le major pour lui dire de consulter sa fillette de toute urgence. Prenant le soin de voir l'enfant, le major (ICP) du centre médical constate la gravité de l'état de la fille, et il la conduit directement en salle de consultation. Le diagnostic révèle une anémie, et très vite, l'infirmière délivre une fiche de référence aux parents. Le monsieur déclare alors que la mère de l'enfant n'est pas celle qui l'accompagne avec lui. Celle-ci serait retenue parce qu'elle viendrait nouvellement d'accoucher et aurait un bébé entre les mains. Selon les agents de santé présents en ce

moment, la réaction du père augure d'un refus d'aller au lieu de référence pour une meilleure prise en charge de l'enfant. Effectivement, le couple s'échappe en toute hâte avec la fiche de référence sans attendre plus d'indications. Dans le sillon de la contestation de la référence se laisse entrevoir une relation de soins parfois constitutive d'un ordre négocié et non une domination systématique de l'agent (Strauss A., 1992). Le refus de faire comme le prescrit l'agent de santé est parfois appréhendé par l'agent comme une mise à l'épreuve de ses compétences. Le médecin-chef de Bama raconte l'état dans lequel il défend la décision de référer un patient, et l'opposition qu'il rencontre face à la famille de ce dernier qui lui lance un défi en disant qu'il n'avait pas besoin de référer leur patient s'il est réellement médecin. Les familles des malades au même titre que les patients eux-mêmes tiennent un rôle crucial et structurant dans la trajectoire de la maladie (Castel, P., 2005). Le médecin affirme être très souvent bousculé et négocié par les patients pour lesquels il décide d'une référence. Le refus de certains est tel qu'il l'explique confondu à l'obstination voire à la remise en cause de l'avis médical. Ces patients et leurs familles estiment le plus souvent qu'il existe une autre option de soins au CM, et qu'il est possible de faire quelque chose sur place, de les prendre en charge sans besoin de les référer à l'échelon supérieur.

Cependant, la défiance sur la référence n'est pas seulement le fait d'une perception négative de la prescription de la référence par les agents de santé. Dans certains cas, la défiance survient dans le contexte d'une négociation ou exigence de la référence.

- L'exigence de la référence et la contestation de l'agent de santé local

Face à une maladie quelconque jugée mal prise en charge par le CSPA, ou d'une évolution statique, le choix de la référence est parfois préféré par la famille du malade. C'est une exigence de référence qui se manifeste à l'aune du désespoir ou de la baisse de la confiance manifestée à l'endroit de l'agent de santé

traitant. Vingt-quatre (24) heures après l'essai d'une prescription médicale, un monsieur âgé de la quarantaine revient auprès d'un agent de santé du CSPA VK. Il s'adresse à un agent de santé en particulier en lui disant ceci : « le traitement que tu as prescrit ne marche pas (bien), donne-nous un papier pour qu'on aille à Bobo ».

Ce récit qui m'est conté par l'agent de santé (un AIS) véhicule un sentiment d'offuscation nourri devant un tel affront. Le manque de confiance traduit dans le propos ci-dessus est un symbole (à la fois) de déclassement de l'offre de l'agent de santé. Il ne s'agit donc pas d'un déclassement de l'offre formelle, mais une mise à l'écart de la compétence de l'agent local.

« Nous voyons la différence entre ce qui se passe à Bobo et ce qui se passe dans nos centres de santé. Ici, lorsqu'on perfuse un enfant, on lui met jusqu'à 5 grandes poches de perfusion, alors qu'à Bobo-Dioulasso, ce sont les petites qu'on place et puis ça ne vaut pas 5 ; ce qui fait que à un certain moment, nous préférons nous rendre à Bobo » Djoce, masculin, quarantenaire, producteur de riz et éleveur, marié, 04 enfants, résident de Bama. Entretien réalisé en Mars 2014.

« Au lieu de dire qu'ils ne savent plus quoi faire et qu'ils te réfèrent à temps, ils vont te tourner (faire promener) et prescrire les mêmes médicaments, c'est mon cas ; chaque fois que je repars, on me dit que tu es là encore, on ne veut plus te voir » Amouna, féminin, élève au lycée départemental de Bama, entretien réalisé en Mai 2014.

Comme le traduisent les discours ci-dessus, le désir de se faire référer intervient souvent dans un contexte où les attentes en termes de santé n'ont pas été accomplies au niveau des structures de soins locales. La défiance-confiance affiche ici une lecture des limites de la confiance des patients envers les agents de santé. A ce niveau, les échecs dans les traitements proposés par les structures locales sont mis en accusation, autant que les

agents de santé chargés alors de mauvaise volonté dans la dynamique de la référence. Il s'agit donc de considérations dévalorisantes sur l'offre de santé locale. L'espace de la ville est mentionné comme l'alternative à préférer, à l'opposé de celle où l'agent de santé local est contesté sur la perception d'une nécessité de la référence.

Dans un sens plus profond, l'exigence de la référence signifie également une contestation de la qualité de la prise en charge. Des cas particuliers de défiance-confiance peuvent être présentés.

VI.2. Cas de défiance-confiance des agents de santé par les patients

Cette partie relate des récits de défiance-confiance, où les acteurs manifestent un manque d'estime et de respect à l'égard de l'agent de santé.

- Protestations et menaces contre des agents de santé au cours d'une consultation médicale

C'est un midi, et les agents sont sur le point de descendre et de céder place à celui qui est de permanence. L'offre de services se déroule conformément à une organisation instaurée en interne. En effet dans la journée, tous les agents sont présents sauf celui qui était de garde la veille. Tout le monde est actif, qui dans la salle de consultation, qui dans la salle de soins qui n'est en fait qu'un compartiment de la salle de consultation. Durant l'heure du midi jusqu'à la reprise à 15h00 de l'après-midi, un seul agent assure la permanence et le soir, les autres reviennent, même si dans la soirée il est aisé de remarquer presque toujours une ou deux absences dans l'équipe du matin. Une tension éclate sous mes yeux, et dans ce conflit la plaignante (l'accompagnante d'une blessée) se montre relativement injurieuse envers le personnel de santé qui l'accueille. Ce cas est particulièrement intéressant dans la mesure où les injures qu'elle profère à l'encontre du personnel médical sont chargées d'une vision

dévalorisante de ce corps de métier. Lorsque la plaignante pénètre dans la salle de consultation, deux stagiaires infirmières et un AIS s'y trouvent toujours. Le premier responsable du CSPS appelé aussi major se trouve arrêté dehors. Je venais à peine de quitter la salle de consultation et m'apprêtais à prendre une pause avant de revenir pour l'après-midi. Je renonçai à cette intention en voyant arriver au même moment, une dame âgée de la cinquantaine environ et portant au dos un bébé qui n'était vraisemblablement pas le sien. Elle surgit en trombe, et prend à peine le temps d'échanger un mot de politesse avec le major. Elle se dirige tout droit dans la salle de consultation. Cette vieille dame a amené sa fille de 21 ans en soins d'urgence. Cette dernière a le majeur coupé, et pour stopper les saignements, la mère avait entouré le doigt d'un ruban de pagne. Selon son explication, l'accident s'est passé pendant qu'ensemble elles coupaient et taillaient du bois. Pour voir et soigner la plaie, l'une des stagiaires IDE déroule le ruban, et par mégarde la peau de la blessure saigne. La mère se fâche et avec ce ton d'énervement fustige l'agent pour son acte. Pour soutenir sa collègue et justifier ce geste, l'autre infirmière dit à la mère qu'elle et ses collègues couperaient la peau, sans ajouter que ce geste est indispensable pour le pansement et la cicatrisation de la blessure. La mère s'enflamme de plus belle : « vous allez couper ? Tu veux couper le doigt de ma fille, viens couper et tu auras affaire à moi ! C'est quelle genre de médecine ? Viens couper et tu auras affaire à moi ! » Ses menaces verbales sont accompagnées de menaces physiques dans la mesure où elle tend le bras comme pour se saisir de l'infirmière et lui donner une correction exemplaire. Paniquée, celle-ci se lève, et décide de se soustraire aux soins de la jeune fille blessée. Elle demande à son collègue AIS de la remplacer, ajoutant que : « sinon celle-là va nous frapper ici ! ». J'étais revenu dans la salle d'attente pour m'occuper de prendre la température d'un malade, mais je suivais toute la scène à distance. Aussi, vu que l'accompagnante ne se calmait pas, je les rejoignis, et pacifiquement lui demandai de m'expliquer ce qui n'allait pas. Elle me répéta ce qui venait de se passer, et pour la tranquilliser, je lui fis comprendre qu'elle avait mal interprété le propos de l'infirmière qui n'a pas su

lui expliquer la nécessité de couper la peau pour pouvoir suturer la plaie. C'est alors qu'elle se calme un peu, et se laisse raccompagner hors de la salle par un tout autre agent de santé qui venait aussi d'arriver. Cependant, les injures se sont poursuivies et tout le monde dans les alentours entendait ce qu'elle disait : « Un agent de santé aussi est quoi ? C'est le travail que vous voulez aussi sinon tu serais allé loin à l'école et ne serait pas ici ! ». Pendant ce temps, l'infirmière ayant repris ses esprits avait apprêté une ordonnance pour les soins. L'ordonnance fut portée à la mère plaignante par le monsieur qui l'accompagne. Tout de suite elle réagit : « ce n'est pas ça l'ordonnance, elle a fait exprès pour que le montant soit élevé ». Après cela, elle se renseigne sur le coût des produits prescrits, et revient dans la salle de consultation pour exiger un allègement de l'ordonnance. Sans discuter, Taliou, l'un des agents présents porte une croix devant deux produits l'ibuprofène et l'amoxicilline, et elle s'en retourna visiblement satisfaite.

- *Manque de considération pour la profession d'infirmier*

Dans l'exemple qui vient d'être relaté, le mépris et l'injure aux agents de santé sont d'abord la conséquence d'une représentation : celle d'une activité au rabais ! En effet, le métier d'infirmier est souvent présenté comme une des multiples portes de sortie dans une situation de chômage dont la résorption passe par un engouement pour les concours de la fonction publique. L'absence de vocation est incriminée alors dans ce qui est perçu comme un déficit de sérieux et d'engagement dans le métier vu plus comme une source de revenus, qu'une occupation et une option correspondant à une aspiration personnelle ! La motivation dans la profession médicale est un indicateur sur lequel se mesure la confiance vouée en la qualité de la prestation de l'agent. La plupart des agents de santé de catégorie inférieure sont mis en cause dans cette grille de considération utilisée comme indicateur de confiance ou de faible performance (Ouattara F., 2002). La présence de la motivation se reconnaît à travers l'accomplissement de rôles définis, et la réalisation de certains actes. A

ce titre, la motivation est appréciée à la conduite de l'individu dans l'expérience de la consultation médicale qui est parfois une interaction conflictuelle mettant aux prises l'agent de santé avec les consultants parmi lesquels la famille du malade (Cognet, M., 2013). Le manque de motivation est ici souligné comme la conséquence d'un choix stratégique mu par une nécessité de trouver un moyen de subsistance. Il s'agit de ce point de vue alors d'une action intéressée qui donne de l'infirmier, de l'agent de santé itinérant (AIS), et du personnel de la maternité, l'image commune de nécessiteux pratiquant un métier non par conviction et par amour, mais par obligation. Même si l'image n'est pas la même que celle projetée sur le médecin du CM du village de Bama, l'image de l'agent de santé nécessiteux influence la relation de confiance. Par conséquent, le manque de compétence comme lacune individuelle est critiqué par beaucoup d'autres personnes comme cette femme citée plus haut qui souligne bien que l'agent de santé est à ce métier faute de n'avoir rien eu de mieux (« un infirmier c'est quoi ? »). Le statut d'infirmier est perçu ici donc comme l'un des moins désirables. D'une part, être infirmier est perçu comme faiblement valorisant comparé aux autres métiers. Cela sous-entend que comme emploi, ce métier d'infirmier constitue aussi l'un des plus accessibles ; ce qui n'est pas vrai au niveau empirique. La dame qui se plaint dans ce récit souligne cette idée en affirmant que les infirmiers étaient venus à ce métier parce qu'ils avaient échoué dans les études. En termes plus clairs, elle affirme que l'acquisition de connaissances dans l'apprentissage du métier d'infirmier n'implique pas la détention d'un capital culturel considérable. Ceux qui ont échoué dans l'école formelle classique peuvent encore se rattraper en faisant valoir un mérite dans la profession médicale. Quelques personnes ont toujours une idée très vague du niveau de formation des infirmiers et des agents de catégorie subalterne dans les CSPS. A partir d'une expérience donnée, certaines personnes justifient une méfiance soutenue ou une déconsidération pour les agents, même si l'échange conduit à terme à la guérison. Pour se justifier, l'accueil est parfois incriminé chez plusieurs malades qui affirment avoir expérimenté plutôt une relation où ils se sont vus

être victimes d'un mauvais accueil, d'une attention insuffisante, même si la prise en charge médicale est jugée plutôt satisfaisante dans l'ensemble. Dans bien d'exemples, c'est l'accueil et le discours de l'agent de santé qui sont les indicateurs retenus pour juger de la qualité des soins. Le manque d'écoute du soignant envers le soigné est aussi une critique majeure formulée sur la qualité de l'offre de soins modernes, et une raison essentielle dans le délaissement de l'offre hospitalière au profit de recours alternatifs (Anne Marcellini & al, 2005). On le voit bien ici : d'un préjugé défavorable sur le prestige de la profession, la conduite du soignant porte à la critique, au mépris, et à la négation de la compétence de l'infirmier. Le déni de la compétence est un déni de la pratique, de l'attitude, et surtout du discours de l'agent de santé qui est simplement perçu comme un discours d'autorité et une posture à travers laquelle le malade ressent un sentiment d'humiliation comme dans l'exemple de la consultante révoltée ci-dessus. Dans ce cas spécifique en effet, l'incompétence est décrétée suite à la frustration de l'accueil et à la contrariété de l'action de soins jugée brutale et agressive. Cette action qui est le fait de couper la peau accidentée afin de pouvoir effectuer les soins indiqués sur la plaie est vue comme un acte de vengeance suite à la mise en garde de l'accompagnante qui s'était mise en colère après que la main de l'infirmière ait heurté le doigt accidenté de sa fille. Le propos de la seconde soignante sur le fait qu'elles (sa collègue et elle) procèderaient à la coupure de la peau du doigt accidenté suscite davantage la colère de l'accompagnante. A la parole de cette soignante qui décrit l'acte de soins qu'elle va pratiquer avec sa collègue, la consultante répond par la menace verbale et physique. Pourtant, en dépit de sa protestation violente, la dame garde confiance et laisse soigner le doigt de son enfant par les mêmes agents de santé. Il existe néanmoins quelques cas de défiance-confiance où le consultant refuse de se fier au traitement suggéré par le soignant.

- *Défiance-confiance et manque de considération pour les prescriptions de l'infirmier*

Certains patients refusent le traitement de l'infirmier et essaient d'obtenir le soin qu'ils pensent correspondre au mieux à leur maladie. L'histoire d'un jeune patient aux prises avec Oualata, un infirmier dans l'un des centres de santé de Bama illustre ce qui vient d'être dit. En effet, venant à Oualata un jour où celui-ci se trouve en salle de consultation, ce jeune homme qui venait d'être victime d'un accident de la circulation réclamait exclusivement un vaccin antitétanique. Oualata refuse catégoriquement et tout en lui exposant les risques liés à un traitement exclusivement centré sur le vaccin, il lui propose en échange un traitement complet. Oualata montre une autorité relativement forte envers le patient. Il se justifie et se légitime par le fait que c'est lui qui détient une compétence en santé et non le contraire. En face de lui, il trouve un jeune blessé frustré et révolté. Les choses ne se passent pas bien avec ce dernier qui refuse en définitive de se plier à la prescription de l'infirmier, et s'en retourne après lui avoir formulé un reproche que l'infirmier trouve vexant : « Toi tu es toujours comme ça ! ». Toutefois, l'infirmier Oualata affirme que le malade a pu se procurer son vaccin auprès d'un autre agent de santé à son insu. Ce fait reflète une importante déconsidération pour l'agent de santé dont la seule compétence admise ici est la légitimité à fournir au malade le médicament. Par ce désintérêt, le blessé apprécie le traitement suggéré par le soignant comme étant sans importance. Il anticipe sur le traitement avant de se rendre à l'hôpital dans un contexte où le besoin de soins auquel il est confronté passe nécessairement par un recours au dispensaire. Tout seul en effet, le malade n'aurait pu effectuer le vaccin antitétanique considérant à la fois la barrière pharmaceutique, et aussi la compétence technique pour l'injection intramusculaire. Entre l'absence de motivation dont les agents de santé sont accusés, et les ratés thérapeutiques accolés à ce déficit de motivation, le recours thérapeutique au dispensaire rend raison du conflit. Au-delà du désintérêt pour la prescription de l'infirmier, celui-ci est également la cible de propos parfois irrespectueux.

- *Manque de respect pour l'infirmier et oppositions entre patient et soignant*

La défiance-confiance prend parfois forme à travers un propos irrespectueux du patient ; ce qui suscite dans certains cas également une réaction violente de l'agent de santé. Au CM de Bama, une jeune mère vient consulter avec son enfant de 02 ans malade. Par ses traits physiques, il était relativement facile de deviner qu'il s'agissait d'une femme du groupe ethnique peulh. Elle était tout de noir habillée mais son teint clair, ses cheveux noirs frisés, et son maquillage ne laissaient guère de doute sur cela. Elle était visiblement décontractée mais calme du genre ne voulant pas s'exprimer. L'agent lui demande l'âge de l'enfant, et tardant un peu avant de répondre, elle lui répondit ceci : « Regarde-le et tu sauras ! ». Sur le champ, l'infirmier se fâche et menace de la gifler. Elle prend alors panique, et sursautant, elle donne l'âge de l'enfant. N'en finissant pas tout de suite, l'infirmier la réprimande copieusement : regardez-moi celle-là, tu es bête non ? C'est moi qui ai mis ton enfant au monde non ? Gardant le silence, la femme n'ajoute plus un mot, mais projette entre temps un coup d'œil profond en direction de l'infirmier. Elle paraissait désemparée, mais ne donnait pas l'air d'être affectée par ce que l'agent de santé débitait comme injures et menaces à son encontre. Après son départ, l'infirmier continuait à « ruminer » ce qui venait de se passer. Il traitait toujours cette dame d'impolie, et d'idiote, en se montrant visiblement touché par ce qui ressemblait à un affront, une défiance de l'agent de santé.

Dans la même structure médicale, un autre fait survient, avec un autre agent de santé. Une mère quadragénaire emmène son enfant. L'agent de santé lui demande comment s'appelle l'enfant ? Elle se tint silencieuse, ne dit rien ! L'agent se répète : je t'ai demandé le nom de l'enfant non ? Elle se lâche alors : « Toi tu es toujours comme ça ! Tu ne peux pas regarder sur le carnet ? ». Ici l'infirmier ne se fâche pas, mais en rit et reprend le carnet de l'enfant, puis lit le nom.

En définitive, la défiance-confiance montre un mépris pour la profession d'infirmier, une négligence de ses prescriptions, ou tout simplement un manque de respect. Les petites scènes de mésententes auxquelles les faits de

défiance-confiance donnent lieu possèdent un point commun : elles montrent une facilité et une relative aisance des usagers à s'opposer au personnel soignant. Par conséquent, des propos légitimateurs sont souvent développés par des membres de la communauté du village pour cautionner ou justifier la défiance-confiance.

VI.3. Légitimation de la défiance-confiance

Différentes personnes défendent la défiance-confiance comme une conduite légitime visant à se faire respecter de l'agent de santé :

« Ils (les agents de santé) n'aiment pas quand tu te tais et les laisse faire ! Il faut leur répondre une fois, s'ils te parlent mal tu leur parles mal, comme ça ils se taisent ! »

« J'ai dit au major que j'allais frapper son infirmier XXX. Je lui ai dit directement que s'il me parlait mal encore j'allais le frapper ! C'est parce que nous sommes là qu'ils sont là ! »

« Je l'ai menacé de se calmer sinon je peux prendre ma fille et l'amener à Bobo »

« En tout cas, il y a des infirmiers qui sont impolis, ils ne respectent pas le malade, j'ai eu affaire à une imbécile qui a mal soigné mon enfant, j'ai voulu parler elle dit qu'elle travaille depuis 07 ans, je lui ai dit de se méfier de moi »

« Tout le monde se plaint de leur accueil, or le patient a besoin d'un bon accueil parce qu'il est malade. S'il n'est pas bien accueilli, ça n'aide pas à sa guérison »

La mise en cause des agents de santé nourrit une désaffection du personnel sanitaire. Des histoires participent de la déconstruction de l'image de marque, et de la reconstruction d'une image plus humaine et méfiante qui installe une sorte de droit de défiance, et une aisance dans le ton porté à l'agent de santé au cours de la relation thérapeutique. Aussi, on arrive à recueillir des propos suivants :

« Tu sais, parfois les agents de santé que tu vois comme cela là, ce ne sont pas des personnes deh ! »

Quand on dit cela d'un individu, cela signifie dans un certain sens qu'on le qualifie de mauvaise personne dans le sens d'une personne insensible, non fiable, loin d'être un modèle de confiance. Le respect perçu, la qualité d'accueil ainsi que d'écoute des agents envers les soignés renvoient à l'attente d'une institution médicale égalitaire. Les situations de prise de tête entre la partie soignante et celle soignée se multiplient et ont tendance à se naturaliser. Plusieurs ont été notées au cours de mon observation participative dans les centres de santé publics.

Les actes de défiance se composent souvent d'échanges de mots relativement durs prenant parfois aussi l'allure de plaisanterie (quand il y a un lien de plaisanterie entre agent et patient), ou ce qui est encore plus courant, légitimés par une sensibilité des patients. Face au prestataire, il n'y a pas toujours une volonté affichée de participer au traitement encore moins un désir de le refuser, mais les patients réagissent souvent à partir de la conduite du prestataire. Ils opposent parfois un doute sur la prescription ou le diagnostic, et de rares fois, ils réagissent à un accueil mal apprécié, ou un propos de nature versatile. Tous les patients ne réagissent pas promptement, mais le désir de se faire respecter est manifeste chez eux.

L'attitude de défiance-confiance qualifie deux catégories de patients autoritaires ou révoltés : le patient qui provoque, et le patient qui riposte.

D'une part, le type autoritaire illustre le fait que le patient manque de courtoisie ou se moque du soignant au cours de la consultation. C'est le cas de la femme qui demande à l'agent de deviner l'âge de son enfant en regardant celui-ci. Son attitude montre un besoin de se faire estimer par l'agent de santé à travers les rapports de soins immédiats.

D'autre part, le type révolté renvoie à l'idée de se défendre quand on estime qu'un agent vous a manqué de respect. L'exemple suivant est celui d'une femme qui se fait reprocher d'avoir mal conservé le carnet médical de son enfant. L'agent de santé fâché ose demander à la mère pourquoi le carnet de l'enfant sentait l'odeur de nourriture. Sur le champ, la mère répond en lui disant ceci :

« C'était intentionnellement fait pour que tu sentes et aies envie de manger cette nourriture! »

En fin de compte, la défiance-confiance informe des relations difficiles entre agents et usagers des structures de soins du village de Bama. Dans le contexte de cette localité, le phénomène de la défiance-confiance repose sur divers facteurs notamment : la proximité de la ville, les échecs thérapeutiques antérieurs, et la perception sur le coût de l'offre de santé.

VI.4. Causes spécifiques de la défiance-confiance

Les raisons de la défiance-confiance sont liées aux échecs thérapeutiques (décès et quelques sérieux handicaps dont la paralysie puis la déformation d'une jambe). Plusieurs cas d'échecs (plus d'une vingtaine recensés au cours de notre enquête) ou d'insatisfactions au plan thérapeutique ont été relatés pour qualifier le choix du CSPS de choix aléatoire ou incertain. En outre, au regard d'une facilité relative à se déplacer du village de Bama à la ville relativement peu distante, plusieurs personnes préfèrent se diriger directement en ville pour aller se faire soigner en cas de maladie. En dernier

lieu, le coût des soins jugé élevé porte de nombreuses personnes à suspecter une surfacturation des médicaments vendus dans les dépôts pharmaceutiques ainsi que des prestations de l'agent. Pour toutes ces raisons le regard jeté sur l'offre médicale formelle reflète souvent un manque de considération, et dans cette situation, les malades ont parfois tendance à défier les agents de santé, au niveau des rapports de soins immédiats.

La proximité de la ville

L'opportunité de se rendre dans d'autres structures de santé mieux équipées de la ville est relativement accessible au plus grand nombre de la population, en raison du contexte géographique du village de Bama qui est distant de la ville de Bobo-Dioulasso de seulement 25 km.

« Ce n'est pas loin, si tu te lèves tout de suite tu vas arriver, c'est-à-dire que je me préfère quand j'aurai de l'argent emmener le vieux à Bobo dans la clinique où j'ai été opéré » Ghokoro, masculin, quarantenaire, 03 enfants, producteur de riz et chauffeur, Bama. Entretien réalisé en février 2014.

« Bama et puis Bobo c'est pas loin, nous préférons qu'on nous réfère là-bas plutôt qu'à Dandé » Rabgo, quarantenaire, masculin, 5 enfants, producteur de riz à Bama. Entretien réalisé en décembre 2013.

« Je préfère la faire suivre (sa femme) à Bobo comme ce n'est pas loin » Tondé, masculin, trentenaire, agent de santé à Bama. Entretien réalisé en juin 2014.

La différence technologique entre la ville et le village (notamment l'absence de possibilités d'examen biomédicaux sur place) renforce la dévalorisation de l'offre médicale locale. En effet, la consultation dans les structures périphériques de santé du village en vient parfois à être interprétée comme un gaspillage de ressources financières, et une action qui selon une grande partie de cette communauté rurale africaine, occasionne un cycle de

redondance. Aussi, dans ce contexte, de nombreuses personnes estiment qu'« il n'y a rien à attendre d'une consultation médicale face au soupçon d'une maladie connue ou banalisée » telle que le paludisme, et qu'on sait à l'avance quels produits vous seront prescrits par l'infirmier ! ». Egalement, face à une maladie appréhendée comme grave (« une maladie d'hôpital » sans être connue des signes du paludisme), le choix d'aller directement en ville est souvent perçu comme la meilleure option de soins. Les structures médicales visées dans ce cas sont soit du niveau périphérique élevé (cas du Centre médical avec antenne chirurgicale) (CMA), ou du niveau supérieur (cas du Centre hospitalier régional). Les cliniques privées sont aussi sollicitées par quelques personnes, mais pour tous les sujets recensés dans ce cas, il s'agit plus souvent de recours spécifiques pour des examens biologiques.

Dans les deux cas (qu'il s'agisse d'examens biologiques ou de soins), l'offre de soins en ville est décrite comme plus relevée et plus attrayante, comparativement à l'offre locale des centres de soins primaires du village. Aussi, en raison de cette proximité de la ville accessible aux populations du village, l'offre de santé des structures primaires est souvent rapidement déclassée par des acteurs qui n'hésitent plus, soit à réclamer un acte de référence pour poursuivre leurs soins en ville, soit à se rendre directement dans des structures de soins publiques ou privées de la ville.

Outre la proximité spatiale de la ville qui facilite la conception et la réalisation du projet de mobilité thérapeutique du village vers la ville, les récits d'échecs thérapeutiques sont parfois à l'origine de la dévalorisation de l'offre de soins de santé au village.

- *Les échecs thérapeutiques*

A ce niveau, des récits d'échecs thérapeutiques dans le cadre d'une prise en charge au CSPS ou au CM sont évoqués pour justifier les griefs formés à l'encontre de certains prestataires de santé. Par exemple, Madame Kaboré

s'oppose aux injections intramusculaires depuis qu'un tel acte avait provoqué un handicap à la jambe chez sa fille :

« Depuis ce qui est arrivé à ma fille, mon cœur tremble à chaque fois que j'emmène un enfant au CM, et si les agents de santé parlent de piqûre, j'insiste pour qu'ils donnent les comprimés ». Kaboré, féminin, quarantenaire, mariée, 04 enfants, vendeuse de riz. Entretien réalisé en mars 2014.

Entre échec et doute, le recours au dispensaire est envisagé à ce niveau avec des appréhensions. Pour de nombreuses personnes, la fréquentation du dispensaire est précédée de la vision d'un personnel défectueux dont l'intervention peut s'avérer tragique, ne nécessitant pas de prise de risque inutile en cas de maladie bénigne notamment. Dans ce climat, le choix d'aller se faire soigner au CSPS ou au CM s'accompagne alors d'appréhensions relatives. Le souvenir de l'échec passé fait de la défiance un acte de mise en cause parfois violent. Aussi, en fonction du contexte, la teneur des échecs passés pousse à la défiance illustrée comme déjà montré plus haut, par des propos irrespectueux ou injurieux, ou des menaces physiques.

Sur un autre plan, l'échec thérapeutique peut occasionner une défiance instantanée. Face à l'infirmier qui manque deux fois la veine de sa fillette de 10 ans, Azali se montre d'une fermeté violente en l'empêchant d'une part de faire une troisième tentative, et d'autre part en exigeant que ce soit l'Infirmier Chef de poste qui le fasse lui-même ; ce qui fut le cas. L'étape où l'agent de santé est consulté est considérée alors comme un moment crucial dans lequel l'acte médical est suivi de près et appréhendé selon un idéal standard de compétence ou de carence. Les actes de l'agent sont non pas épiés mais appréciés en fonction des attentes et des standards du bon agent de santé. A défaut de n'avoir pu éviter le CSPS, l'échec de l'acte de soins forge un acte d'auto-défense reposant sur la vigilance envers les actes posés. Au vu des échecs passés, le niveau d'attente du patient est transformé en

exigence qui peine de plus en plus à être respectée par les soignants ; ce qui explique le développement de la violence des patients à l'égard des soignants qui est un phénomène non naturel, relativement neuf dans les sociétés du Sud comme du Nord (Dujardin B, 2003).

Les échecs thérapeutiques entraînent non pas une contestation totale de l'autorité médicale, mais au moins une estimation à la baisse de la compétence et du savoir médical des professionnels de la santé. La conséquence des échecs thérapeutiques est donc étroitement liée à l'émergence d'un regard dévalorisant sur la compétence des agents de santé locaux.

« La cinquième fois c'était en plein minuit. Le ventre a repris encore à faire excessivement mal et là mon époux me dit que si c'est ainsi on part au CSPS et moi j'ai dit que vraiment maintenant je souffre trop, on ne fait que dépenser en vain ! Vraiment je ne veux plus qu'on aille au dispensaire. ! » Salouta, féminin, quarantenaire, mère de deux enfants, aide productrice de riz et ménagère, entretien réalisé en avril 2014.

La dévalorisation de la compétence de l'agent symbolise ici la naissance d'un patient exigeant qui n'attend plus dans l'ignorance que le soignant fasse « la pluie et le beau temps » en décidant du traitement approprié, mais qui discute la pertinence et l'opportunité des soins qui lui sont proposés. Le développement de ce profil de patient est favorisé par la figure de l'offre de santé primaire. Dans cette figure, il n'existe pas une forte implication de procédés technologiques, et le matériel habituel (thermomètre, balance, tensiomètre, test rapide de paludisme). Ce type de soins devient très vite familier de la clientèle sans apporter un plus déterminant dans le diagnostic du mal. Le patient a parfois déjà entamé un traitement anti-palustre, avant de se rendre finalement au dispensaire, où le même diagnostic a été établi. Pour modeste que l'apport du soignant est entrevu, l'échec à produire immédiatement la différence en soulageant rapidement le mal nourrit et sous-tend le renforcement du scepticisme à l'égard des agents de santé. Ce

scepticisme est parfois source d'une déconsidération progressive de l'offre primaire. En clair, le patient, au fil des échecs thérapeutiques et de l'habitus des traitements néglige les standards de l'offre primaire.

Pour Marièta, « c'est une perte de temps que de se rendre au dispensaire pour payer la consultation et se faire prescrire des paras (paracétamols, ibuprofènes, quinine) ». Marièta est âgée de 27 ans, et a deux enfants dont un nourrisson. Elle a récemment souffert avec son dernier-né, un nourrisson de 03 mois que le dispensaire n'avait pas pu soigner jusqu'au bout. L'enfant maigrissait de jour en jour malgré les soins médicaux qui lui étaient procurés au CM. Au bout de deux semaines, l'espoir de retrouver la santé s'était affaibli. Pourtant, lorsqu'une de ses connaissances lui propose une autre thérapie à base de plantes, l'état de santé de son enfant commence à s'améliorer. Depuis cette expérience, le procédé de la consultation et de la prescription de l'ordonnance dans les structures de santé du village est parfois perçu comme long et futile.

Le projet de recourir systématiquement au CSPS après un échec thérapeutique se présente dans certains cas comme un projet plus difficile.

Yacouba est âgé de 24 ans et est vendeur d'accessoires de portables. Il ne laisse plus purger son enfant (une fillette de deux ans) au dispensaire, chaque fois que cette dernière a la fièvre et est conduite au CSPS ou au CM. Il n'a plus foi au traitement par la purge parce que toutes les fois où ce traitement a été appliqué à son enfant, celle-ci ne s'est pas mieux portée selon lui. En lieu et place de la purge, Yacouba et son épouse Zèta laissent observer qu'une addiction de tisanes participe à redonner plus vite et mieux la santé à leur enfant lorsqu'il est malade. Aussi, Maman Zèta prépare et fait boire des décoctions à sa fillette en plus des soins du dispensaire.

A la suite des échecs répétés constatés sur la santé de son enfant, d'autres options thérapeutiques sont produites en lieu et place d'un recours central au CSPS.

L'absence de satisfaction à l'issue des soins passés suscite alors une dévalorisation des soins offerts par les agents de santé locaux. Outre les échecs enregistrés au cours des quêtes thérapeutiques dans les structures de soins formels, le coût de l'offre sanitaire est souvent perçu comme exagéré ; ce qui accentue la déconsidération des structures de soins primaires de la localité.

- *Des coûts irréguliers, une cherté prohibitive de l'offre publique de santé ?*

Plusieurs personnes estiment que le coût des produits et des prestations est particulièrement élevé, comparaison faite avec les coûts de la ville. A cet effet, le domaine des coûts des prestations de soins et des médicaments ressort en particulier dans les discours et les regards portés par les individus sur des agents de santé, accusés de faire du profit sur les usagers des services de soins de santé. Cette raison apparaît dans plusieurs cas comme une source de défiance entre certains usagers des services de soins, et les agents de santé. Les médicaments vendus dans les dépôts pharmaceutiques et le coût de la consultation sont notamment aperçus comme les aspects rentables de la pratique médicale.

« Leur coût des soins est élevé. Ils doivent faire un effort pour que s'il y a une aide nous aider à nous procurer le médicament, mais en ce moment, le montant qu'on t'a donné, ils disent qu'ils ne peuvent pas diminuer le prix ! » Zenabo, sexe féminin, mariée, mère de 3 enfants. Entretien réalisé en avril 2014.

« Par exemple quand tu as 1000Fr, et tu dois acheter des médicaments pour 1000Fr, si on t'exige de payer la consultation, ça ne fait pas une dette sur toi, ...c'est une préoccupation pour nous qui sommes démunis, même si ça ne

l'est pas pour tout le monde ! » Kago, quarantenaire, masculin, 5 enfants, producteur de riz dans le village de Bama. Entretien réalisé en avril 2014.

La vision du malade reste que la cherté des soins est sous le contrôle des agents de santé. Dans un contexte de marché ouvert où l'accès au médicament est devenu relativement banal, les agents de santé sont vus comme des concurrents détenteurs d'une offre prohibitive. Comparativement aux médicaments vendus au dépôt pharmaceutique des CSPS, les médicaments « non-autorisés » qui se trouvent sur le marché, et vendus par des marchands ambulants appelés « nakidos » sont décrits comme présentant les mêmes propriétés, avec cependant l'avantage d'être moins coûteux. Aussi, après s'être vu prescrire les mêmes thérapies à différentes reprises, ils sont également nombreux à penser que les ordonnances médicales dans les centres de santé du village sont généralement inutilement surchargées :

« ...On prescrit aussi des produits inutiles. Très souvent nos parents se plaignent que quand ils vont au CSPS on remplit les sachets de médicaments dont on ne va pas pouvoir utiliser. » John, élève de terminale A4, lycée départemental de Bama. Entretien réalisé en mai 2014.

Pour beaucoup de personnes, il est clair alors que les agents de santé prescrivent bien plus de produits qu'il n'en faut pour se faire de l'argent sur le dos des malades. Zali raconte que pour le traitement de sa récente maladie du paludisme, elle a dû acheter 10 plaquettes de paracétamol. Pourtant, elle affirme que seulement deux plaquettes suffisent. Selon elle, c'est tout simplement une stratégie des prestataires pour se faire de l'argent sur le dos des malades, d'où le refus de se laisser prendre au piège en réfutant partiellement l'ordonnance ou en achetant soi-même les médicaments que l'on estime appropriés au mal dont on souffre. Dans la vision d'un grand

nombre de personnes, il coûte irrégulièrement ou régulièrement de l'argent, et il coûte du temps utile dans la quête de l'argent.

De ce qui précède, ces personnes pensent que le dépôt pharmaceutique des CSPS constitue le commerce des agents de santé : plus ils prescrivent des traitements chers, plus ils se feraient de l'argent.

Mus par cette vision d'un personnel sanitaire recherchant irrégulièrement à s'enrichir aux dépens du patient, des attitudes et propos de défiance se manifestent dans les rapports entre soignants et soignés. Le récit suivant l'atteste :

Un jour alors que Sanou infirmier au CSPS VK plaçait une perfusion sur un malade, un monsieur dont il connaissait l'identité et qui était tout près de lui en ce moment lui laisse entendre le propos suivant :

« Si cette année tu ne t'enrichis pas avec toutes les perfusions que tu aimes à placer, tu ne pourras plus s'enrichir. » Entretien réalisé en décembre 2013.

Beaucoup de personnes à Bama reprochent aux agents de santé d'aimer prescrire la perfusion dont elles estiment le coût élevé. Aussi, plusieurs d'entre eux pensent que c'est un moyen pour l'agent de santé de se faire de l'argent. Le discours de ce monsieur exprime la considération du grand nombre d'individus : celui que les agents de santé sont avant tout des agents commerciaux dont le travail est pourvoyeur de ressources visibles provenant du service offert aux malades : les soins de santé.

La population garde l'image d'un agent de santé spéculateur, ce qui suscite en grande partie des suspicions de surfacturation et de profit.

« Souvent même on te donne le produit gratuitement ! Mais les infirmiers prennent de l'argent qu'ils empochent !!! Souvent aussi, ils sont honnêtes, ils ne prennent rien ! On a entendu qu'au premier on n'achète pas les comprimés

rouges là, mais ici on en achète ! Souvent pour entrer dans la maison il faut payer 200. C'est ce que j'ai fait avec mon premier mais pour le second ils ont demandé 300. On entend dire que les supérieurs ne sont pas au courant et que c'est eux qui gèrent comme ça ! Les carnets aussi souvent ils donnent gratuitement ! Avec mon premier, j'ai eu le carnet gratuitement mais pour le second, j'ai payé ! » Baliza, 25 ans, mariée, 2 enfants, vendeuse de riz et cultivatrice à Bama. Entretien réalisé en février 2014.

« Il y a certaines dépenses que nous ne comprenons pas, si on te donne une ordonnance , si tu arrives à la pharmacie , on te donne le prix des médicaments mais tu ne comprends pas toi en tant que paysan , mais tu payes seulement même si tu vas aller prendre un crédit, tu vas venir payer, les infirmiers d'ici ne sont pas bien , partout ça vaut mieux mais à Bama ici c'est grave (il y a manque de transparence) Wendyam, quarantenaire, sexe masculin, marié, 05 enfants, producteur de riz et de coton. Entretien réalisé en avril 2014.

Ces points de vue placent entre autre le patient dans une situation de victime. Les patients seraient alors comme des obligés d'une organisation parasitaire dans laquelle la quête des soins est conjugée à l'idée d'une perte de ressources financières. L'idée à ce niveau est que les malades et leurs proches se sentent plutôt obligés de faire face au coût, même s'il faut recourir à un emprunt pour cela. Dans cette démarche, l'objet du soin est représenté parfois comme une nécessité.

Cependant, d'autres patients ne restent pas passifs. Nombreux sont ceux qui contestent l'agent de santé et refusent d'honorer les ordonnances, ou les négocient en espérant une réduction du coût des médicaments. Dans plusieurs cas en effet, les usagers des services de soins préfèrent négocier la révision de leur ordonnance en évoquant des limites financières.

« Même si je n'ai pas assez d'argent je pars seulement (au CSPA) et je dis que j'ai seulement tant de francs, et on me prescrit des médicaments en

conséquence ; plusieurs personnes font ça mais il y en a qui ont peur parce qu'ils ignorent qu'on peut faire ainsi » Inès, féminin, trentenaire, 02 enfants, vendeuse de riz. Entretien réalisé en mars 2014.

La mise en cause et la renégociation du coût de l'offre sanitaire s'affichent alors comme un rapport du qui perd gagne et du qui gagne perd entre l'utilisateur et le prestataire de soins. Cela signifie que le patient perçoit comme légitime l'idée de renégocier l'offre sanitaire au moindre coût. En effet, la vision d'une offre surenchérie est parfois confortée lorsque les agents de santé acceptent le principe d'une révision sur place de l'ordonnance médicale. Comme l'énonce le discours ci-dessus, l'idée de négocier tient au manque de confiance de l'individu vis-à-vis de l'agent de santé. La conséquence de l'érosion du lien de confiance se manifeste à travers une tendance chez certaines personnes à renégocier systématiquement le coût de l'ordonnance ; ceci dans l'idée d'éviter de se faire prendre plus d'argent qu'il n'en faut par l'agent de santé.

Pour le patient, il s'agit de faire en sorte d'avoir une santé moins chère. La renégociation de la prescription médicale reflète alors la perception d'une offre qui serait rendue difficilement accessible par les agents de santé catégorisés comme cupides.

Dans le système médical, qu'il s'agisse de l'offre formelle ou de l'offre privée dite parallèle, la qualité des soins reçus et le prestige attribué aux thérapeutes sont parfois décrits en faisant référence aux valeurs sociales des acteurs. La perception sur ces valeurs agit sur la qualité des relations entre patients et agents de santé. Cette perception est susceptible d'accroître ou de limiter les risques de défiance-confiance.

VI.5. Qualité sociale du thérapeute et défiance-confiance

Oualata, un infirmier de Bama est critiqué et rechigné dans la communauté, presque tout le monde le trouvant dur et peu sociable. Il fait parfois l'objet d'évitement par diverses personnes lorsqu'elles apprennent qu'il est de consultation. Par-contre, d'autres personnes l'affrontent ouvertement lorsqu'elles ont affaire à lui au CSPS. Cela signifie alors qu'en plus de la proximité de la ville, et des échecs thérapeutiques, la défiance-confiance de l'agent de santé tient aux rapports sociaux particuliers. Contre les critiques et les disputes qui se traduisent dans sa relation avec plusieurs usagers, Oualata se justifie par une position critique et défensive :

” C'est cela qui m'amène à parler souvent mal aux gens, ils viennent avec des connaissances pré requises, je te dis qu'on ne m'a pas pris venir déposer comme cela (on ne m'a pas recruté sans qualification), ce sont des études que j'ai fait, donc ce ne sont pas des trucs de complaisances je fais, ce qui est sûr (dans tous les cas) les produits que vous partez payer, l'argent ne rentre pas dans ma poche ” Oualata, marié, 2 enfants, quarantenaire, infirmier dans l'une des structures de soins à Bama. Entretien réalisé en janvier 2014.

En quête de légitimation, l'agent de santé hausse souvent le ton, et de là se dégage l'emprise de son autorité. Il est question d'exiger le respect en mettant en exergue une attribution officielle et légale (la position d'agent de santé !). Dans sa relation de soins avec le patient, Oualata légitime le droit de refuser de prescrire un médicament suggéré par le patient, ou celui de lui opposer un discours de fermeté et de mise au point. Pourtant, vu par les populations, la conduite de l'agent de santé participe de la compétence sociale qu'elle renferme, c'est-à-dire des valeurs morales qu'on lui attribue. L'idée de compétence sociale repose sur l'aptitude de l'acteur à motiver les individus à collaborer. La perspective du patient apparaît alors déterminante dans la relation de soins (Herzlich, C., & Pierret, J., 1985). En effet, la conduite de l'acteur médical met en jeu sa reconnaissance sociale par les usagers. L'exercice de la profession médicale repose alors sur une

significative empreinte de confiance : il s'agit d'une construction sociale qui produit et valorise un ordre social donné. Dans cet ordre social, l'estime de la compétence technique s'aligne derrière la valeur sociale attribuée à l'agent de santé consulté. En d'autres termes, l'agent de santé pourrait être détenteur d'une compétence technique que celle-ci ne serait pas reconnue, dans la mesure où elle est soutenue par une coordonnée sociale qui l'entoure et prime dans la considération et le regard qui lui est porté. Ce regard est projeté dans le discours suivant :

« Un bon agent de santé, c'est le respect avant tout (l'accueil et l'écoute). Le respect joue pour beaucoup dans la guérison. Si tu rentres tu t'assois et on te respecte, ta maladie est déjà guérie de moitié » Guesdé, masculin, quarantenaire, producteur de riz, membre du COGES de Bama. Entretien réalisé en avril 2014.

La qualité de l'accueil est donc présente avant celle de la compétence technique qui officie, et aide à soigner le mal. Les populations s'y montrent particulièrement attachées dans la mesure où une quantité considérable de scènes de défiance-confiance se déroulent autour d'un reproche formulé contre l'approche relationnelle de l'agent de santé. Par conséquent, la vision partagée par plusieurs personnes est que le bon agent de santé est celui qui dispose et exerce des valeurs sociales d'accueil et d'écoute, au-delà de ses compétences techniques ! L'histoire de "docteur" est particulièrement intéressante à relater à ce niveau. Comme déjà souligné plus tôt, docteur est un thérapeute s'étant présenté à moi comme praticien de la pharmacopée traditionnelle chinoise, alors qu'il officie et est reconnu comme agent de santé privé. On l'appelle docteur parce qu'il s'est rendu populaire en proposant des soins médicaux formels de proximité. Ainsi, faut-il le dire, il a pu bénéficier d'un réseau d'interconnaissance s'étant élargi au fil des années. L'histoire de cet agent de santé parallèle s'est construite à travers la diffusion de l'information sur ses compétences médicales dans le village. Elle est particulièrement intéressante pour la mise en exergue du lien entre le

prestige social et la valorisation de la prestation offerte. La qualité de la proximité spatiale et sociale d'avec la population constitue le ferment de la valorisation de la prestation médicale de « docteur ».

De ce fait, là où le prestataire de santé au CSPS échoue à se faire une position légitime, « docteur » par sa qualité d'agent de soins parallèle y réussit. Il obtient un agrément social qui attribue une reconnaissance scientifique à une démarche sociale sanctionnée par cette caution sociale importante. Voici ce qu'affirme ce cinquantenaire au sujet de "docteur":

"Il y a un infirmier qui fait le tour du quartier, il est accessible, même si tu veux le sérum à la maison, il peut venir mettre, il fait tout...Il travaillait avec les autres infirmiers mais on lui a donné la permission de sillonner les quartiers pour soigner, il devrait s'installer dans un seul coin pour soigner, c'est lui que j'ai vu pour expliquer mon problème, vraiment j'ai eu peur que j'allais mourir, ça faisait très mal donc il m'a fait 8 piqûres et la douleur s'est calmée, il m'a donné une ordonnance de payer des médicaments pour avaler..." Zagado, masculin, cinquantenaire, marié, père de 5 enfants, producteur de riz, résident de Bama. Entretien réalisé en mars 2014.

L'acteur passant pour illégitime auprès de l'institution médicale obtient la reconnaissance et la valorisation sociale en se faisant apprécier du public pour ses qualités d'accueil et sa plus grande disponibilité pour les malades. Comment nier alors sa position professionnelle quand la population l'a reconnue? D'autres le valorisent, et la critique de l'hôpital n'y peut rien, puisqu'il exploite les critiques et la détresse de la population qui le sollicite tel un « Zorro local. » Dans son jeu, le prestige et la reconnaissance sociale qui se dégagent alimentent le discours de légitimation de la compétence. La compétence et la légitimité de l'agent sont soutenues et relayées de manière instinctive dans le discours des populations. Aussi, tout en valorisant la compétence de l'agent de soins parallèle, la critique est portée sur les agents de santé formels dont la disponibilité et l'accueil sont mises en cause. A contrario, la disponibilité et la polyvalence de l'acteur manifestent plus en

profondeur un génie de réseau, et une flexibilité dans la récupération et dans l'administration d'une thérapie de type formelle. Cette stratégie est payante car doublement valorisée : elle garantit à la fois l'accès aux soins modernes et se conforme à l'image du personnel de soins voulu par la population, contrairement à celle que laissent percevoir certains agents de santé. A ce sujet, certains agents de santé par leurs propos laissent apparaître une faible motivation dans leur engagement au travail. C'est le cas de Sanou qui fait remarquer que son salaire est garanti envers et contre toute critique venant des usagers de soins. Aussi, bien que les agents de santé se disent irréprochables dans leur engagement, l'intervention du thérapeute parallèle renforce l'exigence d'un personnel de soins socialisé aux lois de sociabilité locale. Le patient de l'infirmier au CSPS est parfois aussi le client du thérapeute parallèle. Les deux parties (l'infirmier et le « docteur ») souhaitent plus de personnes, mais l'un se légitime par la référence, la légalité, et l'autre par la disponibilité, le service de proximité, et la reconnaissance populaire de sa compétence.

Le « docteur » a développé des compétences sociales dont il use pour attirer et fidéliser sa clientèle dans une logique de compétition avec le personnel sanitaire des structures de soins du village. L'idée de la compétence sociale traduit la capacité à motiver une adhésion collective sur une entreprise individuelle (Fligstein N., 2001). Si le docteur mobilise une telle capacité dans sa pratique, la nécessité de se revêtir fictivement du statut d'agent de santé formel légalement autorisé à exercer, démontre aussi la fragilité de la valorisation sociale dont il jouit. Dans le regard des patients, cette double valorisation (un infirmier qui a le diplôme et un homme disponible et serviable qui se déplace chez le malade pour le soigner) est bénéfique pour des acteurs se livrant à des offres de soins dites parallèles. Sur ce plan, certains patients font remarquer que l'offre parallèle garantit la facilité d'accès à des soins de type modernes, tout en préservant une condition d'autonomie définie par l'avantage à pouvoir déplacer le soignant à domicile afin qu'il prodigue les soins requis.

« Il suffit de l'appeler et il vient vous rejoint à domicile pour vous soigner, il est très disponible. » Wendyam, quarantenaire, sexe masculin, marié, 05 enfants, producteur de riz et de coton.

« Quand il est question de placer la perfusion, il vient le faire lui-même, et il repart, c'est une bonne personne » Ouédraogo, sexagénaire, masculin, marié, 04 enfants, sans emploi. Entretien réalisé en mars 2014.

La disponibilité du thérapeute toujours prêt à procurer son service à domicile reflète l'image d'un hôpital chez soi. Cette dynamique de prise en charge médicale se renouvelle sur la base des résultats des soins antérieurs prodigués par un thérapeute à un patient qui a envie d'y croire pour se conforter en tout : accès à de bons soins, affinité avec le thérapeute. L'affinité est importante, car elle permet de faciliter le contact avec les agents de santé, et tout en mêlant des stratégies de corruption (dons de présents, d'argent, passages inopinés pour dire bonjour au personnel de soins) ; elle est mise à profit pour accéder plus facilement aux soins de santé formels au dispensaire (Ouattara F., 2002). De nombreuses personnes à Bama aiment à se sentir mises en valeur notamment dans le domaine de l'accueil qui est signe de respect selon « docteur » qui opte alors de se distinguer dans le registre de la disponibilité par l'accueil, l'écoute, et le temps consacrés aux patients. Ces questions sont synonymes de compétence sociale et président au développement et à la consolidation de liens de confiance entre le soigné et le soignant.

Conclusion partielle

En synthèse, ce chapitre a permis d'analyser la défiance-confiance en tant que forme de relation conflictuelle qui montre que la contestation de l'agent de santé par le patient est aussi sous-tendue par la confiance. Dans le jeu du patient au prestataire de soins de santé formels, la défiance informe une mise en cause de l'agent de santé portant sur les prestations reçues, mise en cause

entraînant quelques fois des injures dirigées contre les infirmiers. À travers des scènes de conflits divers, la défiance est légitimée par des sentiments de désaccords des usagers des services de santé : insatisfactions sur les prescriptions médicales, reproches sur l'accueil, et bien d'autres griefs argumentés comme l'expression d'un personnel médical manquant de compétence d'un côté, et d'un autre côté de motivation. Cependant, la défiance informe souvent aussi des attentes thérapeutiques du patient vis-à-vis de l'agent, ce qui traduit aussi un sentiment de confiance dans lequel les patients expriment leur désaccord sur le diagnostic, ou sur des prescriptions établies par le médecin, l'infirmier ou l'AIS, ainsi que leurs attentes. Les attentes des usagers des structures de soins primaires du village traduisent une représentation sociale qui se rapproche de l'image projetée sur un thérapeute dit « parallèle » dont la démarche est de prodiguer des soins formels sur la demande, et selon la démarche du porte-à-porte (consultation privée d'un domicile à un autre). Cette situation est intéressante dans la mesure où elle démontre une volonté des patients et de leurs accompagnants à contrôler la définition de ce qui est professionnel dans la profession d'agent de santé, ainsi que de ce qui est « qualité de soin » dans l'offre sanitaire formelle.

Le chapitre suivant aborde le conflit entre différentes catégories de thérapeutes.

Chapitre VII. Relations, compétitions et oppositions inter-thérapeutes

Introduction

Ce chapitre analyse l'objet du conflit dans la relation entre les catégories de thérapeutes recensées et investiguées au niveau de l'offre de santé formelle, aussi bien qu'informelle. Son importance est qu'il permet de savoir quels sont les désaccords entre les thérapeutes, à la suite des chapitres qui ont permis de cerner les griefs et d'analyser les conflits entre les usagers de l'offre de soins de santé formelle et les soignants. L'analyse porte essentiellement sur deux axes. La conflictualité entre agents de santé de l'offre primaire publique constitue le premier axe d'analyse. Ce point montre qu'il existe par moments des frictions entre les agents de santé locaux du CSPS et du CM. Ces frictions ont lieu notamment sur l'organisation du travail, et sur l'accès à des avantages économiques. Le deuxième axe d'analyse traite des conflits entre agents de santé formels, et thérapeutes dans le milieu de l'offre informelle. Ce deuxième axe fait précisément état de conflits de représentations et de compétences entre ces différentes catégories de thérapeutes : agents du CSPS et du CM, tradi-thérapeutes.

VII.1. Agent de santé contre agent de santé au niveau formel

VII.1.1. Conflits dans l'organisation du travail

Les relations entre agents de santé formels sont parfois marquées par des malentendus ou des oppositions au sujet du programme de travail, notamment dans le cadre de la programmation des gardes qui suscite quelques fois des incompréhensions. En effet, il arrive des fois où une personne ne souhaite pas être programmée tel jour, et

qu'en même temps, une autre ne souhaite pas non plus prendre la garde ce jour-là, en accusant un contretemps ou une raison quelconque.

Badiogo est maïeuticien et responsable de la maternité dans l'un des deux centres de santé de Bama. Au cours de trois entretiens que je lui ai consacrés (trois entretiens successifs), il m'a parlé des conflits internes avec ses collègues, dont deux sages-femmes stagiaires, et des accoucheuses auxiliaires ou matrones. Ces conflits sont pour la plupart liés à l'organisation de l'emploi du temps de la semaine. Il s'agit en fait du programme des gardes et des permanences qui selon Badiogo est âprement discuté par des agents de santé composés dans une large majorité de ces femmes. La plupart d'entre elles protestent souvent contre le fait d'avoir été programmées pour assurer la garde, tel jour et non tel autre jour. En tant que chef de service, et donc responsable de cette programmation, Badiogo dit constamment recevoir des plaintes qui lui sont adressées par ses collègues, toutes de sexe féminin. Lorsqu'elles viennent à lui pour se plaindre dit-il, « chaque femme se dit que j'ai voulu avantager l'autre et puis la laisser ! ». Le chef de service explique cette situation en évoquant la domination numérique des femmes dans le service.

« Je ne suis pas vraiment un expert, la gestion des ressources humaines, si on te donne vraiment de gérer des ressources humaines là, c'est pour dire que c'est compliqué... Quand je faisais le programme elles disent entre temps que non je fais le programme avec une intention... Avec les femmes, quelle que soit la personne qui va faire là, elles ne vont jamais être satisfaites. Il faut prendre le programme comme tel, l'essentiel est que le service fonctionne ; on ne peut pas satisfaire tout le monde hein. Entre temps, il faut imposer, entre temps le temps même t'oblige à s'imposer. Je leur ai dit de faire elles-mêmes. Par exemple y a conflit pour les prises de congés en décembre, avec les femmes-là, toutes les femmes veulent aller fêter avec leur famille » Badiogo, trentenaire, masculin, marié, 01 enfant, agent de santé dans l'un des deux centres de santé publique de Bama. Entretien réalisé en janvier 2014.

La gestion de ses collègues est décrite par ce responsable de maternité comme un exercice difficile, source de mécontentements et de conflits autour de la question de la programmation des horaires de garde et de permanence. La programmation se présente toujours alors comme un objet de critiques. Il reste dans ce contexte alors la position de force qui consiste à imposer, comme le mentionne ce responsable de service.

Pourtant, dans un environnement micro-professionnel situé dans un espace communautaire ouvert, la détérioration d'un lien de travail entre deux ou plusieurs agents est vue comme susceptible d'impacter davantage la qualité du travail défini comme un travail d'équipe. Selon Badiogo, cette situation est à l'origine d'une concurrence dans l'accès à une programmation avantageuse. La relative bonne entente entre les professionnels est dite alors indispensable pour assurer une continuité normale du service. L'absence d'entente peut être source de désastre pour le patient. C'est le cas dans un exemple cité plus haut, et qui illustre l'abandon subit d'un malade grave par un agent de santé, pour motif que son collègue avec qui existait un différend n'est pas arrivé à l'heure indiquée pour le relayer. Les conflits dans l'entente sur la programmation ont donc une influence sur la bonne marche du service de santé. Le conflit dans l'entente est caractérisé par l'apparition d'oppositions latentes, ou d'antagonismes nouveaux découlant d'une rencontre de choc entre les stratégies et les intérêts de différents acteurs dans un même espace social appréhendé parfois hâtivement comme un lieu homogène et harmonieux (Blundo, G. 1994). Pour contrôler ce type de conflits dans l'exemple ci-dessus cité, la stratégie du responsable de service a consisté à agir de façon pragmatique en effectuant la programmation sans tenir compte des appréhensions qui s'inscrivent dans le jeu des acteurs.

Partagé au départ entre sa responsabilité initiale de chef du service, et le désir de préserver la bonne entente avec ses collègues, le maïeuticien en vient finalement à effectuer la programmation sans tenir compte des pressions et critiques que les uns et les autres sont souvent portés à exercer à son encontre. L'attitude de ces collègues est selon lui une attitude égoïste, « chacune voulant toujours en profiter sans tenir compte de l'autre ». Il perçoit négativement l'engagement de plusieurs agents de santé refusant selon lui d'assumer les avantages et les inconvénients du métier.

Le manque d'entente se situe aussi au niveau de l'accès à des ressources économiques, souvent défini comme faisant partie des avantages de la profession d'agent de santé.

VII.1.2. Conflits sur les intérêts économiques

Le conflit sur l'accès aux ressources économiques se manifeste à deux niveaux essentiels. D'une part, il existe une compétition interne pour prendre part à des activités de formation conçues à l'adresse du personnel soignant, et rémunérées par des per-diems. D'autre part, des mésententes ont parfois lieu au sujet de la répartition des ristournes.

Sur le premier plan, le Médecin chef du CM, et l'Infirmier chef de poste appelé Major (qui est aussi le responsable du dispensaire et commande le personnel infirmier) sont impliqués dans l'envoi des agents en formation. Il s'agit de formations organisées par le ministère de la santé au niveau national, régional ou provincial, et qui sont rémunérées par des per-diems. Ces formations sont alors prisées par le personnel. Chaque agent s'attend à pouvoir en bénéficier, ceci générant des revenus supplémentaires. A ce sujet, le MCCM raconte que des plaintes sont constamment faites par des agents s'estimant lésés dans la programmation de l'accès à ces formations. L'attention est focalisée sur ces opportunités lorsqu'elles se présentent ; chacun guettant son tour ou voulant toujours faire partie des plus chanceux. Et lorsqu'elles se font rares, les formations deviennent une revendication portée à la connaissance du médecin du CM et de l'ICP, et qui resurgit même au cours des entretiens avec ce personnel de santé. Selon le MCCM, la quête des formations indique chez certains agents de santé, un désir de se saisir de toutes les opportunités de profit économique.

Sur un autre plan, la répartition des ristournes fait quelques fois l'objet de mésententes ponctuelles entre les agents de santé du CSPA et du CM de VK. Les ristournes sont calculées et générées à partir d'une évaluation du niveau de rendement généré par la structure sanitaire dans le district. Le mode de répartition de la ristourne est instauré par le MCCM en accord avec le Major qui a parfois été violemment critiqué. Cette méthode voulait que les parts soient réparties selon le mérite de chaque agent, évalué sur la base des heures de travail et des prestations accomplies dans le mois. Plusieurs agents réclament plutôt un mode de répartition

égalitaire. Ce qui est injuste selon le MCCM car certains en profiteront toujours sur le dos d'autres qui feraient presque tout le travail.

Il affirme en effet que :

« Il y en a qui auront toujours une excuse pour manquer des matinées de travail, des après-midi de permanence, des nuits de garde, en voulant malgré tout profiter des mêmes ristournes que le personnel assidu. » Entretien réalisé en mai 2014.

Si le MCCM parle de bonne collaboration avec ses collègues, le discours ci-dessus traduit des limites à cette bonne collaboration. Selon l'appréciation qui est faite ici, le désir de profit économique chez l'agent de santé exige un engagement plus sérieux et plus assidu de ce dernier dans son travail. En dehors du MCCM, l'absentéisme chez l'agent de santé est souvent mal perçu par ses collègues. C'est précisément le cas d'un infirmier accusé de profiter injustement de ses ristournes sans les mériter. Si dans l'espace professionnel, l'absentéisme de l'agent de santé au travail est perçu comme une raison pour ne pas exiger d'avoir droit aux mêmes parts de ristournes que les plus assidus, il arrive également qu'il soit apprécié par certains avec un ton de mécontentement. C'est le cas de Wilga, un AIS âgé de la trentaine qui accuse son collègue de fournir des justificatifs mensongers pour s'absenter régulièrement du service en vue de s'adonner à d'autres activités lucratives.

Au-delà des relations internes entre agents de santé dans le système de soins formels, les rapports avec les thérapeutes informels sont quelques fois aussi marqués par des rivalités. C'est notamment le cas avec les tradi-thérapeutes.

VII.2. Agents de santé contre tradi-praticiens

VII.2.1. Conflits de représentations

- *Quête de valorisation chez les tradi-thérapeutes et relations de pouvoir avec les acteurs de l'offre formelle*

Entre tradi-praticiens et agents de santé existent des discours de valorisation qui visent à se légitimer à travers la source d'acquisition du savoir pratiqué.

« Notre travail n'est pas quelque chose qu'on s'en va chercher ailleurs, mais quelque chose qu'on prend mettre sur toi...Parmi les natifs de la localité, le choix est porté à travers quelques-uns des fils, ce n'est pas au hasard que les choix sont faits...c'est le travail des génies... Si tu n'as pas la santé et puis tu viens chez moi, tu vas avoir la santé si Dieu le veut. » Makasara, masculin, cinquantenaire, marié, tradi-praticien reconnu devin à Bama, et consulté de plusieurs contrées du Burkina Faso. Entretien réalisé en avril 2014.

Ce type de discours a été tenu par tous les trois tradi-praticiens interrogés au cours de cette enquête. Il vise à montrer que la connaissance est issue d'une transmission et qu'elle est l'œuvre d'une entité mystique animale. Comme l'exemple ci-dessus l'illustre, la connaissance du thérapeute est dite issue d'un être humain décédé, qui aurait pour devoir de transmettre ses pouvoirs à un membre de sa lignée selon un critère de choix qui ne s'explique pas par une position ascendante dans la lignée, mais des raisons que seul le transmetteur connaîtrait. La nature "irrationnelle" entretient aussi le mythe d'un pouvoir de guérison qui ne connaît de restrictions que celles que Dieu pose, en toute souveraineté. Dans cette figure de représentation, Dieu est en effet considéré comme la puissance suprême qui est définie comme l'origine ultime et

authentique de toute force bénéfique. Cependant, cette force serait prêtée à un génie avec lequel le thérapeute collaborerait directement. A la formule populaire maladie d'hôpital et maladie de maison, la réalité équivaut plutôt ici à maladie d'hôpital et maladie mystique. Cette formule institue que la maladie possède deux catégories d'attributions en fonction desquelles se décide le choix de la traiter ou pas chez le tradi-praticien.

Tout en défendant ces logiques, les tradi-praticiens voient les agents de santé comme des personnes condescendantes qui mépriseraient les acteurs de la médecine traditionnelle. Ainsi, pour Zankare, un tradi-thérapeute qui se revendique spécialiste de la prise en charge des « mauvais esprits et des sortilèges », la relation avec les agents de santé formels tourne autour de la méfiance. De ce qu'il affirme, il y aurait une absence de communication active entre les deux milieux à Bama. En réalité, ils montrent ouvertement qu'ils ont peur de la soupape institutionnelle étatique des agents de santé. De ce fait, ils se préservent de tout conflit avec les soignants des institutions de soins formels du CSPA et du CM qu'ils désignent par ailleurs plus légitimes dans la prise en charge de pathologies biologiques. La source de la méfiance est aussi liée au fait que les tradi-thérapeutes qui s'affichent officiellement dans le registre de l'offre de soins privés sont d'abord accrédités par la première autorité de l'offre formelle locale :

« Ils (les tradi-praticiens) viennent ici pour leur demande d'exercer la médecine traditionnelle »

Contrairement à certains tradi-thérapeutes, le poids institutionnel de l'institution formelle est ménagé par d'autres, notamment ceux qui souhaitent une reconnaissance juridique pour exercer « librement ». Aussi, lorsqu'un malade se présente à eux, la peur de l'échec est aussi forte que la plainte qui pourrait découler de la famille du malade, ainsi que du personnel soignant détenant officiellement la légitimité d'intervenir face à la maladie donnée. Certains tradi-praticiens ont affirmé qu'ils ne souhaitaient pas avoir de problèmes avec les agents de santé, et que de ce fait, ils se faisaient une obligation de renvoyer les malades souffrant de pathologies ordinaires vers le CSPA ou le CM qui doivent d'abord éprouver leurs limites. C'est seulement

lorsque le malade n'aurait pas recouvré la santé et serait retourné à eux qu'ils se donneraient l'autorisation d'agir. Ils préfèrent donc rester dans l'ombre et attendre qu'on les sollicite pour ne pas être ciblés par ceux qui ont l'Etat derrière eux.

Cependant, lorsque le malade se sent toujours souffrant après une prise en charge au dispensaire, souvent, c'est une porte ouverte pour les tradi-praticiens qui penchent parfois sur une logique d'explication surnaturelle dans laquelle, la survenue et la prégnance du mal seraient des signes d'envoûtement. Les soins qui accompagnent ce type de diagnostic reposent sur des traitements en décoctions, en poudres, racines, etc. Mais c'est aussi une occasion pour le tradi-thérapeute de se valoriser et de se créditer auprès des malades. Un exemple atypique donné par Baraoré est celui d'une jeune fille souffrant de douleurs au niveau du vagin. Cette fille était incapable d'avoir des relations sexuelles, et n'aurait pas eu de solutions à travers les soins hospitaliers. Consulté à son tour, Baraoré y voyait plutôt l'effet d'un sortilège jeté par son ancien copain. Il était question pour lui de pratiquer un désenvoutement, et faisant cela, il atteste que la jeune fille a recouvré la santé.

Sur ce premier axe, il est possible de voir que certains tradi-thérapeutes cherchent à se valoriser en dehors des prestations sur les maladies dites ordinaires. Pour ce faire, le malade est invité à aller se faire soigner au dispensaire, quitte à revenir le cas échéant. Baraoré affirme qu'il procède de cette manière. Le fait de se détourner des patients souffrant à première vue de maux ordinaires se fonde quelques fois sur le désir de voir revenir le malade. C'est une stratégie du tradi-thérapeute qui cherche à être légitimé dans son action. Cette légitimité concerne à la fois le domaine de compétences du tradi-thérapeute, et la confiance du malade et de sa famille. Selon Baraoré, le retour du malade vers lui le préserve d'éventuels soucis avec les agents de santé tout comme avec la famille du malade. D'un côté comme de l'autre, l'on ne pourrait lui reprocher quoi que ce soit si à son tour il ne réussissait pas à guérir le malade.

Sur un second axe, il y a aussi que les frictions entre agents de santé et tradi-thérapeutes sont parfois d'ordre économique. Derrière cette stratégie du « laisser partir en incitant à revenir », la dimension du profit économique n'est donc pas exclue

de l'action du tradi-thérapeute. Qui plus est, l'objet du profit économique est parfois source de frictions entre tradi-thérapeutes et agents de santé formels. Les propos ci-dessous sont respectivement ceux d'un tradi-thérapeute et d'un AIS :

« Les agents de santé détruisent nos affaires parce qu'ils disent aux patients de ne pas venir chez nous » Zankare, masculin, quarantaine, tradi-thérapeute spécialiste de la prise en charge des mauvais esprits et des sortilèges. Entretien réalisé en février 2014.

« Je ne conseille pas quelqu'un d'aller chez les tradi-thérapeutes...Ils cherchent leur argent » Sampou, masculin, quarantenaire, marié, infirmier dans l'un des deux centres de santé de Bama. Entretien réalisé en décembre 2013.

Dans le second axe, l'économie se dévoile sous l'angle des représentations mystiques et leurs enjeux politiques et sociaux. Le fait de légitimer l'intervention dans l'offre de soins contribue alors à la protection d'intérêts économiques et matériels. Cette réalité n'est pas catégorique mais il est manifeste que la question économique est cruciale dans les enjeux de la profession et de la pratique médicale des tradi-praticiens. La conduite de certains acteurs de ce milieu le traduit assez bien, et cela se voit dans la contradiction qui s'affiche entre un propos de victime, et une attitude rationnelle. En dépit de la mise en cause des agents de santé (celle de dissuader les patients de recourir à eux pour le soin de maladies courantes telles le paludisme, les maux diarrhéiques, etc.), la réalité demeure que les malades recourent bien plus au dispensaire qu'au tradi-thérapeute pour des maux jugés ordinaires. Aussi, comme Ben, d'autres agents de santé se prononcent ouvertement contre le recours aux tradi-thérapeutes. L'un des griefs majeurs énoncés est l'absence de maîtrise des dosages, et le conditionnement inapproprié des thérapies, source de nouveaux maux selon eux. L'autre image qui est donnée des tradi-praticiens dans le milieu des agents de santé est donc celle d'être pour la plupart des chercheurs d'argent.

- *Tradi-thérapeutes spéculateurs ? Perceptions des tradi-thérapeutes par les agents de santé*

Pour la plupart des agents de santé interrogés, plusieurs tradi-thérapeutes sont des spéculateurs dont l'ambition serait de se faire de l'argent en usant de ruses et de stratégies, face à une clientèle dans un besoin de traitements médicaux. En effet, le fait de se prétendre tradi-praticien, et de vendre des produits chez soi ou au marché (comme différents acteurs le font dans le village) est perçu comme une pratique à caractère mercantile. A ces acteurs, certains agents de santé prêtent des intentions d'escroquerie.

« Il y a d'autres, c'est purement pour l'argent ! » Mme Dina, féminin, trentenaire, agent de santé, 01 enfant. Entretien réalisé en janvier 2014.

« Lui (le tradi-thérapeute) il cherche son argent ! » Badiogo, trentenaire, masculin, marié, 01 enfant, agent de santé dans l'un des deux centres de santé publique de Bama. Entretien réalisé en janvier 2014.

De ces propos, il ressort clairement que le profit économique (bien que souligné) n'est pas remis en cause chez le tradi-thérapeute mais plutôt sa probité, et par conséquent la qualité des produits qu'il distribue sur le marché. Ce regard est le plus souvent projeté sur le groupe des tradi-thérapeutes non reconnus par une licence du ministère de la santé. Sans disposer de données précises sur ce groupe, il est possible d'attester d'un point de vue empirique qu'ils sont relativement nombreux dans les marchés et les places publiques du village.

En dehors de ce groupe, les acteurs qui exercent avec un profil de devins-guérisseurs ne sont pas considérés dans la communauté comme des tradi-thérapeutes. Pourtant, il y a quelques-uns parmi-eux qui possèdent une licence de tradi-thérapeutes, même s'ils sont parfois aussi publiquement désignés comme des devins ou des sorciers. C'est le cas de Aramba qu'aucun agent de santé ne cite comme tradi-praticien. Pourtant, Aramba se présente comme devin-guérisseur compétent sur les deux registres : le naturel et le mystique. Aramba est immatriculé à la Mairie comme tradi-praticien, et détient à cet effet une carte professionnelle. Il me révèle qu'il paye 40.000 FCFA d'impôt annuel, ce qui de son point de vue lui confère le droit d'exercer en tant que tradi-thérapeute. En outre, Aramba occupe une position de choix dans l'association des tradi-thérapeutes de Bama. Il dit être doublement compétent, ce qui veut dire

qu'il est en mesure de soigner aussi bien les maladies dites ordinaires que les pathologies dites mystiques. Il atteste par exemple détenir de ses aïeux, une connaissance des plantes lui permettant de traiter différentes maladies populaires : paludisme, coco (hémorroïdes), etc. Toutefois, il préfère référer les maladies ordinaires aux agents de santé formels et s'investir uniquement dans la prise en charge des maux qui surviennent suite au lancement d'un sort, ou ayant une cause mystique. Il possède à son domicile une clinique privée dont la devise est « laafiboobo », ce qui signifie en mooré « quête de la santé ». A travers cette devise, Aramba déclare que toute personne malade qui vient en consultation dans sa clinique reçoit la guérison « si telle est la volonté de Dieu » ! Pour lui, une maladie peut avoir une origine mystique ou une origine naturelle, mais en tant que devin-guérisseur, il prétend détenir le pouvoir de distinguer ces deux types de maux et d'agir efficacement dans un cas ou dans l'autre.

Cette courte biographie illustre l'identité professionnelle d'un tradi-thérapeute qui pour être reconnu comme tel n'est pas légitimé par les acteurs de l'offre de soins formels. Dans cet exemple, les attentes et projections faites sur les rôles censés incarner le travail de tradi-thérapeutes diffère des rôles décidés par l'acteur, ce qui traduit potentiellement un conflit d'identité (Stets, J. E., & Burke, P. J. 2000) entre la qualité de soignant, et celle de devin.

Cette double identification est manifeste : plusieurs personnes accourent à lui en tant que devin, alors qu'il arbore fièrement le nom de guérisseur traditionnel. Ainsi, le thérapeute de la clinique « laafiboobo » se consacre à des requêtes spécifiques. Il s'occupe notamment de la femme jalouse désireuse de rendre son mari incapable de la tromper en lui envoyant un sortilège. Il s'attache aussi à demander l'intervention de son génie pour qu'une telle autre personne obtienne un visa de voyage pour les Etats-Unis ; pour que les vœux de prospérité dans les affaires, de protection contre les attaques mystiques, de l'enfantement, et de l'obtention de fortunes diverses d'individus soient réalisés. C'est au regard de cette spécificité que Aramba est considéré comme un devin dont le but est de se faire de l'argent en se faisant passer pour un tradi-thérapeute. Cette perception est ancrée dans la vision de plusieurs

agents de santé, ce qui explique que certains des tradi-thérapeutes approchés les considèrent par moments comme des détracteurs.

- *Agents de santé détracteurs*

Certains tradi-thérapeutes accusent les agents de santé formels de construire les concernant, une image négative et dévalorisante pour dissuader les patients de les fréquenter. Cette accusation est également mise en avant pour justifier l'adoption d'une position de méfiance vis-à-vis du personnel.

« Nous nous méfions des agents de santé, nous ne communiquons pas avec eux car ils disent à leurs patients de ne pas venir à nous ! ». Zankare, masculin, quarantaine, tradi-thérapeute spécialiste de la prise en charge des mauvais esprits et des sortilèges. Entretien réalisé en février 2014.

La méfiance informe un sentiment de concurrence, bien plus qu'un conflit. En réalité, il n'y a pas de confrontation directe entre les deux catégories de thérapeutes, mais il existe une rivalité mettant en jeu la légitimité des tradi-thérapeutes dans le domaine de l'offre de santé locale. Selon un tradi-thérapeute, l'attitude des agents de santé relève de l'hypocrisie dans la mesure où ils ne s'interposeraient pas au fait que leurs femmes et enfants consultent les tradi-thérapeutes.

« Il (l'infirmier) n'accepte pas mais il se cache pour leur indiquer sinon ses enfants viennent ici, ses femmes aussi alors qu'il interdit aux patients de venir chez moi » Koumené, masculin, centenaire, tradi-thérapeute naturaliste, décédé au cours de l'enquête de terrain.

Selon le propos ci-dessus, la conduite des agents de santé repose sur un double-jeu marqué à la fois par le désir de prééminence, et dans une certaine mesure, une dose de confiance en certains tradi-thérapeutes. D'une part, ce thérapeute considère l'influence des agents de santé négative à son encontre. D'autre part, son propos illustre un reproche vif vis-à-vis de l'agent de santé dont la conduite est perçue comme inconséquente. L'idée faite sur l'agent est alors celle d'un concurrent déloyal

animé d'un profond désir de nuisance. Sur le terrain, le tradi-thérapeute à l'instar d'autres collègues défend l'efficacité de ses compétences en prenant appui sur les enfants de celui qu'il définit en ce moment alors comme un détracteur. Il s'agit de retourner « l'arme » de la nuisance. En clair, il tente de montrer que l'agent de santé est de mauvaise foi, en présentant le lien de soins avec les enfants de ce dernier comme une preuve de sa réelle compétence. Il s'avère ainsi que le conflit de compétence est présent dans la relation entre les différentes catégories d'acteurs intervenant dans les secteurs de l'offre de soins formelle et informelle. Cette opposition sous-tend des actions de légitimation et de compétition d'une catégorie d'acteurs à une autre.

VII.2.2. Légitimation et compétition d'une catégorie de thérapeute à une autre

Lorsqu'ils relatent leurs succès en matière de prise en charge thérapeutique de patients, certains tradi-thérapeutes soulèvent parfois des cas où le malade aurait échoué en recourant aux soins biomédicaux à l'origine de sa maladie. Sur ce sujet, les tradi-thérapeutes se montrent relativement communicatifs.

« Il y a en beaucoup ! Il y a un cas qui a effectué le déplacement de Ouaga parce qu'il avait un problème avec son médecin car tous ses tests étaient corrects alors qu'il souffrait intérieurement avec un tremblement de corps qui se contracte. Dès qu'il est arrivé chez moi j'ai pu le soigner. » Zankare, masculin, quarantaine, tradi-thérapeute spécialiste de la prise en charge des mauvais esprits et des sortilèges. Entretien réalisé en février 2014.

Par ce discours, le tradi-thérapeute se légitime et se valorise en mettant en exergue une situation dans laquelle son acte thérapeutique a supplanté celui de l'agent de santé formel. D'un exemple à un autre, quelques tradi-thérapeutes se proposent souvent soit comme une alternative crédible, soit comme une référence crédible et opérationnelle comme dans l'exemple ci-dessus. Toutefois, l'idée n'est pas seulement d'attirer les malades vers soi en se revendiquant très compétent et en illustrant cette compétence par des exemples de réussite thérapeutiques personnels. En effet, la

référence hospitalière sert parfois de moyen de protection en cas d'échec thérapeutique. Dans ce cas, il arrive donc que le décès du patient soit interprété comme un sort du destin.

« [...] Je peux m'exprimer en disant que dans la vie chacun a un destin. Si ton destin était que cette maladie sera la cause de ta mort moi je ne peux rien contre. Si cela est le cas, tu as fait l'hôpital et puis chez moi, je ne serai pas responsable de ta mort... » Zankare, masculin, quarantaine, tradi-thérapeute spécialiste de la prise en charge des mauvais esprits et des sortilèges. Entretien réalisé en février 2014.

Le destin du malade est mis en accusation : il n'est donc pas idée de douter de l'efficacité du soin. Le fait de dire que le malade est venu de l'hôpital où il n'avait pu retrouver la santé joue en effet comme argument plausible pour la décision d'accepter de le soigner, et comme protection solide en cas d'échec. Pour le tradi-thérapeute, un tel argumentaire favorise le renforcement de la légitimation, et de la valorisation de soi. Aussi, chez certains, le discours de légitimation et de valorisation de soi s'accompagne d'une incrimination des soins formels :

« La façon dont je traite le palu est par catégorie de paludisme. Si c'est avec les agents de santé, ils t'injectent et le produit peut déranger une partie de ton organisme, yeux par exemple, et pour moi il suffit de bouillir les plantes et de boire tout simplement. » Koumené, masculin, centenaire, tradi-thérapeute naturaliste, décédé au cours de l'enquête de terrain. Entretien réalisé en janvier 2014.

Le discours du thérapeute est formé sur le caractère nuisible de la prise en charge du paludisme au dispensaire, contrairement à la vertu des plantes dont il ferait usage dans la prescription de sa thérapie. L'argument de la toxicité des soins bio-médicinaux est d'abord une forte mise en garde contre les thérapies formelles. Ensuite, ce thérapeute tente par la même occasion de dissuader du double recours aux soins du dispensaire, et aux soins qu'il prodigue. Il s'agit pour lui de défendre une supériorité de la qualité des thérapies qu'il offre, en vue de susciter la préférence pour les soins de la médecine traditionnelle.

La qualité de la thérapie prescrite dans les centres de santé formels ou comme on le voit ici, ses effets secondaires, sont évoqués en sous-entendant une responsabilité des agents de santé. Cette accusation ne stipule pas que les agents de santé manquent en

réalité de compétence technique, mais elle signifie par-contre qu'ils seraient incapables d'obtenir des soins de qualité sans dommages secondaires, contrairement aux soins tradi-thérapeutiques qui reposent sur l'usage des plantes et feuilles. Selon cette affirmation, le tradi-thérapeute se présente alors comme le meilleur choix de recours thérapeutique.

Conclusion partielle

De la représentation aux pratiques, les relations professionnelles renseignent une tension entre les personnels de soins hospitaliers, et les acteurs de l'offre sanitaire informelle. En interne, les relations entre prestataires sont de manière récurrente traversées par des conflits liés aux profits économiques en vue dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé. La contestation des compétences qui se joue entre des acteurs de l'offre formelle et ceux de l'offre informelle sous-tend alors parfois des velléités de contrôle sur les choix thérapeutiques des patients. Cependant, par leur jeu de recours cumulatifs et raisonnés, les usagers échappent à l'emprise d'une seule catégorie, permettant de relativiser la notion de compétence et la typologie des connaissances sur lesquelles elles se tiennent. Les conflits de représentations et de compétences répondent en définitive à des visées de positionnement de chaque catégorie d'acteurs dans le système de l'offre médicale locale.

Conclusion générale

Divers discours, observations et récits analysés dans ce travail montrent l'existence du conflit dans les relations de soins, qui ne se résument pas uniquement au cadre de la relation thérapeutique formelle entre agent de santé et patient. En effet, si une importante partie de l'analyse illustre l'essor de la défiance-confiance dans l'espace de soins formels primaires, il est également donné de voir que les processus de décisions et de recours thérapeutiques se caractérisent parfois par des désaccords dans l'espace domestique.

Le conflit accompagne les logiques de réponse à la maladie : la survenue d'un mal engendre généralement une réaction habitée par des logiques qui s'opposent selon l'appréciation sur la gravité du mal par les acteurs impliqués dans la réponse thérapeutique, et l'influence de ces acteurs. L'appréciation sur la gravité du mal est façonnée par une étiologie locale à laquelle plusieurs personnes se réfèrent, mais l'opposition qui se manifeste à ce niveau s'explique par le fait qu'elle s'insère parfois dans le registre de la relation de pouvoir entre l'homme et la femme. Dans l'opposition qui se joue parfois entre l'homme et la femme sur la décision de recours thérapeutique, le besoin de rationalité rivalise souvent avec un désir d'autonomie.

La rationalité est beaucoup plus l'expression d'un réflexe économique que la conséquence d'un manque de ressources comme plusieurs tentent de le faire croire (ce qui n'exclut pas le fait que quelques personnes se trouvent parfois incapables de payer les ordonnances qui leur sont proposées). Quant à l'autonomie, elle est une expression de contrôle sur le corps malade : elle manifeste le désir d'une capacité de contrôle personnel sur la maladie.

Dans la majorité des cas, les deux logiques se rencontrent sur le raisonnement établissant la négociation conflictuelle de la réponse thérapeutique.

En clair, pour la première logique, ce n'est pas tant le fait d'éviter de dépenser beaucoup d'argent pour se soigner, que l'opportunité de le faire qui est en jeu. Pour certains, il est souvent jugé normal de dépenser beaucoup d'argent pour le malade quand on estime que son état nécessite de le faire. Pour d'autres, il est préférable de ne pas investir beaucoup d'argent.

La seconde logique fonde un désir d'éviter de se retrouver dans l'aléa de la dépendance vis-à-vis des agents de santé. Ce sentiment conduit parfois à une expérience d'automédication.

La conséquence de la confrontation de ces logiques de choix se constate sur la temporalité des recours aux soins de santé formels dans les structures de soins périphériques du village de Bama.

Les malentendus engendrent la défiance-confiance entre soignant et soigné : la relation entre les agents de santé et certains malades dans les centres de santé primaires est parfois marquée par des malentendus. Le malentendu prend source dans un mot mal placé ou une attitude perçue comme irrévérencieuse. S'estimant mal accueillies ou mal prises en charge, certaines personnes ripostent contre l'agent de santé, et exigent plus de respect. Les malentendus surviennent aussi au niveau de l'appréciation du diagnostic, de la prise en charge, et de la référence. Ces malentendus se manifestent par la contestation de l'agent de santé ou par une opposition réciproque. Ils traduisent une attitude de défiance-confiance. Ce couple conceptuel décrit une désaffection pour le personnel de santé, et traduit en même temps une attente projetée sur leur rôle. L'attente qui se trouve derrière l'acte de défiance-confiance renvoie à l'idée de ce que l'institution médicale publique devait être.

Ce type de confrontation n'existe pourtant pas dans la relation de soins avec les acteurs du secteur informel. Les tradi-thérapeutes ne sont pas contestés par les patients. Ils sont consultés au besoin, dans une temporalité qui se situe presque toujours après l'automédication et le dispensaire. Ils constituent alors un recours secondaire, associé aux médicaments du marché achetés directement par soi, ou ceux du dispensaire prescrits par l'agent de santé. Mais dans plusieurs cas, le recours au tradi-thérapeute n'est que le prolongement de la confiance, ou l'attachement à une réputation d'expertise en un domaine précis, qu'il s'agisse d'une maladie biophysique ou d'une affection jugée de toute autre nature.

Le regard sur le personnel médical inspire la défiance-confiance : dans une échelle primaire et un contexte microsocial, l'opposition naît souvent de la perception sur le rôle de l'agent de santé. A travers les interactions quotidiennes avec la population, l'agent de santé (toutes catégories confondues) est souvent perçu comme un expert du médicament. C'est sur cette coordonnée qu'il est parfois sollicité même à l'extérieur de l'espace de soins médicaux. Aussi, cette perception revêt fondamentalement un enjeu conflictuel, dans la mesure où elle conduit à vouloir saisir et accéder à l'agent de santé par cette représentation identitaire.

Les attentes sur l'offre primaire sont facteurs de défiance : les populations attendent plus, représentent plus d'attributs chez le personnel de santé. Cette attente joue sur l'estime de l'agent de santé local, et accentue la pression sur la base des échecs thérapeutiques. Mais si l'agent arrive à faire l'objet de contestations sur ce qu'il devrait être en mesure d'apporter, la défiance-confiance montre le souhait d'un essor de la qualification de l'offre sanitaire : ce qui exprime aussi le rejet du standard de l'offre primaire.

En définitive le conflit dans les relations de soins de santé ne s'exprime pas uniquement dans la pratique ordinaire des rapports entre le soigné et le soignant. Il montre par la défiance, l'accroissement de la marge de liberté individuelle dans la construction des réponses thérapeutiques. Par-contre, il démontre aussi la désaffection du système de santé qui expose les sujets au facteur du risque par une routinisation de l'automédication, et au succès des marchés informels du médicament. En effet, malgré un niveau de recours plus accru, le système d'offre de soins primaires dans cette localité rurale a parfois tendance à être perçu comme un obstacle à l'accès aux soins de standard plus élevé. Cette préoccupation interroge à la fois la question du niveau de l'offre de soins en milieu rural, des modalités économiques, et le système de référence entre village et ville.

Pour conclure, le cas du village de Bama questionne l'opportunité d'une offre de santé primaire sur laquelle s'exercent des tensions et des initiatives de contournement, traduisant entre autre le refus du standard du CSPS. L'offre de santé dans la localité de Bama souffre-t-elle alors seulement d'une absence de requalification, ainsi que l'atteste un médecin de la région sanitaire de l'Ouest du Burkina Faso ?

Bibliographie

Abric J-C, 2006, *Pratiques sociales et représentations. Psychologie sociale*. Paris, PUF, 252p.

Abdmouleh, R. (2007). « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice. » *Insaniyat/إنسانيات*. *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, (38), 91-109.

Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). « Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé: le regard des représentations sociales ». *Psychologie française*, 57(2), 67-81.

Augé M., 1984, "Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement", in *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé et C. Herzlich (éd.), Paris, *Editions des Archives Contemporaines*, coll. Ordres Sociaux : 35-92.

Augé M, 1986. "L'anthropologie de la maladie", *L'Homme*, 26 (1-2) : 81- 90.

Balma L, Ouattara A, Kaboré R, Zerbo K, Kaboré T. Samuel, 2010. « Dépenses publiques d'éducation et pauvreté au Burkina Faso : une approche en équilibre général calculable », *8th PEP General meeting*, Dakar-Sénégal, Juin 2010.

Batifoulier P, Biencourt O, Domins J.P, Gadreau M, 2006. « La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché », *XXVIII èmes journées des économistes de la santé français*, Université de Bourgogne, 18p.

Blanchet A. & Alii, 1985. *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod.

Blundo, G. (1994). « Le conflit dans l'«entente». *Les associations paysannes en Afrique: organisation et dynamiques*, 99.

Banque Mondiale, 1994. « Rapport d'évaluation, Burkina Faso, Projet de développement santé et nutrition ». *Washington, Banque mondiale, Division*

de la population et des ressources humaines, Département du Sahel, Région Afrique, 41 p. + annexes. (Rapport no 12416-BUR, 20 juin).

Banque Mondiale, 2003, « Santé et pauvreté au Burkina Faso : Progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté », *Département du développement humain Région Afrique*, 124p.

Bastien, V. (2005). « Lutte contre le Sida: collaboration entre ONG du Nord et associations du Sud ». *Face à face. Regards sur la santé*, (7).

Baszanger, I. (1986). « Les maladies chroniques et leur ordre négocié ». *Revue française de sociologie*, 3-27.

Beau S. & Weber F., 2003, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, 4e édition augmentée Paris : La Découverte, 2010.

Beck Ulrich, 2001, « La politique dans la société du risque », *Revue du MAUSS*, 2001/1 no 17, p. 376-392. DOI: 10.3917/rdm.017.0376

Beirsmann C, Sanou A, Wladarsch E, DE Allegri M, Kouyaté B, Müller O, 2007, "Malaria in rural Burkina Faso: local illness concepts, patterns of traditional treatment and influence on health-seeking behavior", *Department of Tropical Hygiene and Public Health, Medical School, Ruprecht Karls Universität Heidelberg*, INF 324, Heidelberg, Germany. Beiersmann@uni-heidelberg.de

Beitone A, Dollo C, Gervasoni J, Rodrigues C, 2009, *Sciences sociales, aide-mémoire*, 6è édition, SIREY, 545p.

Benoist Jean, 2002, "La maladie entre nature et mystère, *Convocations thérapeutiques du sacré*", pp. 477-489. Paris : Karthala, 2002, 493 p.

Bernier, C., & Cailloux-Teiger, C. (1985). « Approches ergonomique et sociologique de la qualification du travail ». *Cahiers de recherche sociologique*, 3(2), 81-97.

Becker Howard S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales?* *Agora débats/jeunesses*, 29(1), 137-139.

Bila, B., & Egrot, M., 2009. "Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso". *Soc Sci Med*, 69(6), 854-861. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.035

Bodart C, Servais G, Yansané L.M & SCHMIDT-EHRY B, 2001, "The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso", *HEALTH POLICY AND PLANNING*; *Oxford University Press*, 16(1): 74–86.

Boileau, C., & Eboko, F., 2000. « Enjeux sociaux et structures de soins: raison et déraison sociales des institutions sanitaires ». *Face à face. Regards sur la santé*, (2).

Bonnet D., 1988. *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, ORSTOM.

Boisvert, D. 2006. « Niklas Luhmann: la théorie des systèmes sociaux ». *Retour à la théorie*, 55. *Aspects sociologiques*, volume 13, no 1.

Bonnewitz P, 1998. *Premières leçons sur La sociologie de P. Bourdieu*. Paris, PUF, pp, 122pp.

Boudon R, 1998. *Etudes sur les sociologues classiques*. Paris, PUF, 298p.

Bourdieu, P., (1980). *Le sens pratique*. Paris, Éditions de minuit.

Bourdieu P., 1984. *Questions de Sociologie*. Paris, Les éditions de Minuit, 276 p.

Bourdieu, P. (2003). « L'objectivation participante ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, (5), 43-58.

Burton-Jeangros, C. (2005). « Quelles relations entre les médecins généralistes et leurs patients? » *Primary Care*, 5(37).

Calvez, M. (2010). « La négociation du soi et la situation de maladie ». *Ethica Clinica*, 57, 6-13.

Carricaburu D. et Ménoret M., 2010. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Armand Colin, 235p.

Carricaburu D. et Cohen P., 2002. « L'anthropologie politique de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier FASSIN », *Innovations et sociétés*, no 2, pp. 9-16.

Castel, P. (2005). « Le médecin, son patient et ses pairs ». *Revue française de sociologie*, 46(3), 443-467.

Cefaï, D., Carrel, M., Talpin, J., Eliasoph, N., & Lichterman, P. (2012). « Ethnographies de la participation ». *Participations*, (3), 7-48.

Certeau, M. D. 1980. *L'invention du quotidien: arts de faire*. Paris: Union Générale d'Éditions, ISBN 2-264-00267-0.

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

Cicchelli-Pugeault (Catherine), avec Cicchelli (Vincenzo), 1998. *Les théories sociologiques de la famille*. Paris, La Découverte, coll. Repères, n° 236.

Cognet, M. (2013). « Le conflit: un élément dynamique des situations cliniques interethniques ». *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 201-213.

Coleman, Simon, and Peter Collins, 2006. *Locating the field: space, place and context in anthropology*, eds. Berg.

Colvin, C. J., Smith, H. J., Swartz, A., Ahs, J. W., de Heer, J., Opiyo, N., ... & George, A. (2013). "Understanding care seeking for child illness in sub-Saharan Africa: A systematic review and conceptual framework based on qualitative research of household recognition and response to child diarrhoea, pneumonia and malaria." *Social Science & Medicine*, 86, 66-78.

Conill, E. M., Conille, E. M., & O'Neill, M. I. C. H. E. L. (1984). "La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale." *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 166-175.

Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). "The Social Construction of Illness Key Insights and Policy Implications." *Journal of health and social behavior*, 51(1 suppl), S67-S79.

Costey Paul, 2004, «Pierre Bourdieu, penseur de la pratique », *Tracés. Revue de Sciences humaines*,| consulté le 11 octobre 2012. URL : <http://traces.revues.org/2773> ; DOI : 10.4000/traces.2773, 16p.

CNLS-IST, juin 2005. « Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/Sida et les IST », 2006-2010, 107p.

Cusset, F. (2003). *French theory: Foucault, Derrida, Deleuze et Cie et les mutations de la vie intellectuelle aux Etats-Unis*. La Découverte.

Dacher, M., & Lallemand, S. (1992). « Prix des épouses, valeur des sœurs». *Deux études sur la société Goin (Burkina Faso)*. M. Dacher and S. Lallemand. Paris, L'Harmattan.

Dantier B., 2008, "Structuralisme et méthodes de recherche en sciences sociales : Claude Lévi-Strauss, Anthropologie structurale" *Extrait de : Claude Lévi-Strauss, Anthropologie structurale, Paris, Plon, Agora, 1958 et 1974, pp.328-378*.

Delmotte F, 2010, « Termes clés de la sociologie de Norbert Elias », *VINGTIEME SIECLE. REVUE D'HISTOIRE*, n°106, pp. 29-36.

Desclaux, A. (1996). « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant ». *Benoist J. Soigner au pluriel, Paris: Éditions Karthala*.

Deplaude M-O, "Une fiction d'institution. Les besoins de santé de la population. In, « une fiction d'institution. Les besoins de santé de la population. » *In Claude Gilbert, Emmanuel Henry (dir.), 2009, Comment se*

construisent les problèmes de santé publique, La Découverte, coll. « recherches », 290 p.

Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Paris*. Eds Métailié.

Dodier, N. (2002), « Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science ». *Les leçons du sida, Santé publique et sciences sociales*, (8-9), 37-51.

Dozon, J. P., & Sindzingre, N. (1986). « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine » in *La santé dans le Tiers-Monde. Prévenir*, (12), 43-52.

Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients: vers un dialogue constructif*. Editions Karthala.

Durkheim, É. (2010). *Les règles de la méthode sociologique*. Editions Flammarion.

Draperi, C. (2004). « Dire la maladie : regard philosophique et anthropologique ». *Éthique & Santé*, 1(1), 22-25. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1765-4629\(04\)94651-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1765-4629(04)94651-X)

Drhule Marcel, 1996, *Santé et société*. PUF, Coll. *Sociologie d'aujourd'hui {comment la société façonne la santé}*.

Eboko F, Bourdier F, Broqua C, 2011, *Les suds face au sida? Quand la société civile se mobilise*. Coll. objectifs suds, montpellier, IRD édition.

Egrot M, 2004, « Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso) », *Sciences Sociales et Santé*, n° spécial *Genre et Santé*, 22 (3) : 45-70.

Elias N, 1975, *La civilisation des mœurs*. Paris, Pocket, Calmann-Lévy, 475p.

Engueleguele M, 2008. « Quelques apports de l'analyse de l'action publique à l'étude du politique en Afrique subsaharienne », *Politique et Sociétés*, vol. 27, n°1, pp. 3-28.

Eve Bureau et Judith Hermann-Mesfen, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 31 mai 2014, consulté le 23 juin 2014. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>

Fainzang S, 1986. *L'intérieur des choses : maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Préface de Marc AUGÉ, Connaissance des Hommes, Paris, l'Harmattan, 205p.

Fainzang S, 1999, "La construction culturelle de la norme et de la pathologie". Confrontation entre science et vivant. Nu-méro spécial intitulé : "Normal et Pathologique: où se trouve la frontière aujourd'hui?" (*Publication du Pôle Universitaire Européen, Montpellier et Languedoc-Roussillon*), 1999, n°1, pp. 9-12.

Fainzang S, 2002, "Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse.", sous la direction de Raymond Massé et Jean Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : *Les Éditions Karthala*, 493 pp. *Collection Médecines du monde*.

Fainzang, S. (2004). « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique ». Séminaire du *SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales)*. Accessível em [www. b3ejussieu. fr/sirs/cadreidf. htm](http://www.b3ejussieu.fr/sirs/cadreidf.htm).

Fainzang, S. (2009). « Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques: les problématiques d'un itinéraire de recherche ». *J.-M. Tremblay*.

Fainzang, S. (2010). « L'automédication: Une pratique qui peut en cacher une autre ». *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), 115-133.

Fainzang, S. (2010). "Discourse on Safe Drug Use". *Drug safety*, 33(8), 623-629.

- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou Les mirages de l'autonomie*. Presses universitaires de France.
- Fainzang, S. (2014). "Managing Medicinal Risks in Self-Medication". *Drug Safety*, 37(5), 333-342.
- Fassin D., 2000. « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé. » Un article publié dans la revue *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 2000, pp. 95-116. Québec : département d'anthropologie, Université Laval.
- Fassin D et Dozon J.P., 1999. « Les Etats africains à l'épreuve du sida », 1988, *Politique Africaine*, 32 : 79-85. FAY Claude, « Risques, enjeux, et partenaires de la lutte internationale contre le Sida », *Autrepart* (12) : 5-17.
- Fassin D., « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *Face à face* [En ligne], 2 | 2000, mis en ligne le 01 juin 2000, consulté le 21 août 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/537>
- Fassin D, 2001. "La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique, in *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*", Paris : *Les Éditions Karthala, Collection Médecines du monde*, pp. 24-40, 358 p.
- Fassin, D., & Memmi, D. (2004). « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi ». *Le gouvernement des corps*, p. 9-33.
- Fassin D, 2005. « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie » in *Anthropologie médicale. Avantages locaux, défis globaux*. pp. 383-399. Québec : *Les Presses de l'Université Laval*; Paris : *Atropos, Collection Sociétés, cultures et santé*, 467 p.
- Fassin D, "The elementary forms of care. An empirical approach to ethics in a South African hospital", *Social Science & Medicine* 67 (2008) 262–270.
- Fligstein, N. (2001). "Social skill and the theory of fields."

Foucault M, *Surveiller et punir*. Gallimard, coll. « Bibliothèque des histoires », Paris, 1972, 318p.

Franckel A., 2004, « Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar ». *Thèse de Socio-démographie*. Paris, Université de Paris X Nanterre.

Freidson E., 1970 (1984). *La Profession médicale*. Paris, Payot.

Friedrich M-L., 2009. « La relation soignant-soigné au Burkina Faso en 2008. Comment les professionnels et les patients la perçoivent-ils ? » *Thèse de doctorat en Médecine*. » Université Henri Poincaré, Nancy I, 175p.

Giddens A (1987), *La Constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, trad.fr. Paris, Presses universitaires de France (1re éd. anglaise : 1984).

Gilson L (1997), "The lessons of user fee experience in Africa". *Health Policy Planning* 12, 273–285.

Goffman E., 1968. *Asiles – études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, éditions de Minuit, 1968, 449 p.

Goffman E., 1974. *Les rites d'interaction*. Collection *Le sens commun*, 240p.

Gold, R. L. (1997). "The ethnographic method in sociology." *Qualitative inquiry*, 3(4), 388-402.

Gobatto, I. (1999). *Etre médecin au Burkina Faso: dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan.

Graig R. Janes and Kitty K. Corbett, 2009, "Anthropology and global health, 2009", *Annual review of anthropology*, 20p.

Green C. Edouard, 1999, *Indigenous theories of contagious disease*. OXFORD University Press, USA, 311p.

Gruénais M-E, 1999, « Les dispositifs de lutte contre le sida à l'heure d'ONUSIDA et de la démocratisation », p. 455-471.

Guy, Jean-Sébastien. "What is global and what is local? A theoretical discussion around globalization." *Glocal working. Living and working across the world with cultural intelligence* (2010): 322.

Haddad, S., A. NOUGTARA, and P. FOURNIER, 2006, "Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso". *Trop Med Int Health* 11 (12):1889-97.

Haddad S & Fournier P (1995), "Quality, cost and utilization of health services in developing countries: a longitudinal study in Zaïre." *Social Science and Medicine* 40, 743–753.

Hagberg, S., Kibora, L., Ouattara, F., & Konkobo, A. (2015). « Au cœur de la révolution burkinabè ». *Anthropologie et développement*, (42), 199-224.

Hammel J, 1998, *Précis d'épistémologie de la sociologie*, Paris, L'Harmattan, 1998. Collection : *Logiques sociales*, 285 p.

Heinich N, [1997], *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, Repères, Editions La Découverte, 121p.

Heritier F, 1971, « Parenté et mariage. Le choix du conjoint dans une société à prohibitions matrimoniales (Samo, Haute-Volta) », *Congrès régional africain de Population- Accra*, 15 p.

Herzlich, C. (1973). "Health and illness: A social psychological analysis." (Trans. D. Graham).

Herzlich, C., & Pierret, J. (1985). "The social construction of the patient: patients and illnesses in other ages." *Social Science & Medicine*, 20(2), 145-151.

Herzlich, C., & Adam, P. (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin, 127p.

Herzlich C, Pierret J., 2010, « Au croisement de plusieurs mondes: la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51(1). STEUDLER F., 1972, *Sociologie médicale*, Paris, Colin, Coll. U.

Hibbard, J. H. (2003). "Engaging health care consumers to improve the quality of care." *Medical care*, 41(1), 1-61.

Ilboudo D, « Recompositions contemporaines de l'action publique associative dans la lutte contre le VIH/Sida », *Annales de l'Université de Ouagadougou - Série A*, Vol. 010, Juin 2010, P.180-208.

Jaffré Y, "Comprendre. Les mots du malade". Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Didier Fassin et Yannick JAFFRÉ, *Sociétés, Développement et santé*, pp. 126-133. Paris : Les Éditions Ellipses, 1990, 287 pp, Collection Médecine tropicale.

Jaffré, Y., & Prual, A. (1993). «Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et sociale». *Sciences sociales et santé*, 11(2), 63-80.

Jaffré Y, 1999, "La maladie et ses dispositifs." Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Yannick JAFFRÉ et Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La construction sociale des maladies*, pp. 41-68. Paris : Les Presses universitaires de France, 376 pp. Collection : Les champs de la santé.

Janzen, J. M. (1987). "Therapy management: concept, reality, process." *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 68-84.

Jodelet Denise, 1997. *Les représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France.

Jouet E., Luigi F, Las Vergnas O. (2010), « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients ». Note de synthèse, in *Pratiques de formation : Analyses*, Numéro double 57/58, premier semestre 2010, Université Paris VIII.

Jouët, J. (2000). « Retour critique sur la sociologie des usages ». *Réseaux*, 18(100), 487- 521.

Jourdain A et Naulin S, 2011. *La Théorie de pierre Bourdieu et ses usages sociologiques. Sociologies contemporaines, Paris, Armand Colin*, 126pp.

Kagambega, M. T. (2014), « Les populations à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso: les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualistes », *SociologieS*.

Kaufmann J-C, 2004. *L'entretien compréhensif. Armand Colin*, 125p.

Kaufman, S. R. (1994). "The social construction of frailty: an anthropological perspective." *Journal of Aging Studies*, 8(1), 45-58.

Keredouan D., 2011. *Les enjeux de la santé au Sud*. Paris, *Presses de Sciences Po*, 592 p.

Klein A, 2012, « Contribution à l'histoire du « patient » contemporain L'autonomie en santé : du self-care au bio hacking », *Histoire, médecine et santé*, 1 p. 115-128"

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An explanation of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University Press.

Kamat, V. R., & Nichter, M. (1998). "Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India." *Social science & medicine*, 47(6), 779-794.

Lascoumes, P. (2007). « L'utilisateur dans le système de santé: réformateur social ou fiction utile? » *Politiques et Management public*, 25(2), 129-144.

Lascoumes P, Le GALES P, 2009. *Sociologie de l'Action Publique*. Paris, *Armand Colin*, 127p.

Laurent E, 2009, « Peut-on se fier à la confiance ? », *Revue de l'OFCE*.

Leclerc-Olive M, 2006, « De l'espace communautaire à l'espace public politique », Paris, *Karthala-Gemdev*, 241p.

Levasseur C, 1985, « compte rendu sur Alain Touraine, 1984, Le retour de l'acteur », Paris, *Fayard*, 341 p, in <http://id.erudit.org/iderudit/040500ar>, visité le 12/02/2012.

Llored R, 2007, *Sociologie, Théories et analyses*. Paris, *Optimum, ellipses*, 549pp.

Loriol, M. (2012). « Ethique et soins en milieu hospitalier: Un regard sociologique ». In *EPU du centre Hospitalier de Charleville Mézières. Groupe de travail sur l'éthique*.

Magee, Joe C., and Pamela K. Smith. "The social distance theory of power." *Personality and Social Psychology Review* 17.2 (2013): 158-186.

Marcellini, A., Turpin, J. P., Rolland, Y., & Ruffié, S. (2000). « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives: une éducation à un «autre corps»? *Corps et culture*, (5).

Marschall Paul, Flessa Steffen, 2008, "Expanding access to primary care without additional budget?" *The European Journal of Health Economics*, Vol. 9, No. 4, pp. 393-403, doi:10.1007/s10198-007-0095-9

Martucelli D et De Singly F, 2009, *Les sociologies de l'individu. Sociologies contemporaines*, Armand Colin, 127p.

Massé R, 2001, "Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé", In *Éducation pour la santé et éthique. Séminaire international, Dourdan (Essonne), 27 et 28 janvier 2000*, pp. 25-51. Paris : *Éditions du Comité français pour l'éducation à la santé*, 2001, 143 pp.

Massé, R. (2009). « La santé publique comme projet politique et projet individuel ». *J.-M. Tremblay*.

Massé, R. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 29 novembre 2010, consulté le 08 janvier 2013. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/116>

Mbonji E, 2009, *Santé, maladie, et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique. Presses Universitaires de Yaoundé(Cameroun)*, 302p.

Meunier A, 1999, *Systèmes de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*, Paris, *L'Harmattan*, 288p.

Meunier A, 2000, « Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso », *Mappemonde* 60(2000.4), p. 12-17.

Meunier, A. (2000). « L'Etat et l'offre de soins au Burkina Faso ». *Espace, populations, sociétés*, 18(1), 33-41.

Michener, V. J. (1998). "The participatory approach: Contradiction and co-option in Burkina Faso." *World Development*, 26(12), 2105-2118. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X\(98\)00112-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X(98)00112-0)

Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation. « Plan communal de développement de Bama 2008-2012 ». *Province du Houet/Commune rurale de Bama*, 69p.

Ministère de l'Economie et des Finances, 2011, « 5eme conférence de table ronde du Burkina Faso », *Document de synthèse*, p. 7, 30p.

Ministère de la Santé, 2010, « La santé d'après les statistiques nationales, une synthèse des résultats disponibles depuis l'indépendance du Burkina Faso », *Secrétariat Général-Direction générale de l'Information et des Statistiques sanitaires*, 26p.

Ministère de la Santé, 2010, « Tableau de bord santé 2009 ». *Burkina Faso, Secrétariat Général-Direction générale de l'Information et des Statistiques sanitaires*, 75p.

Ministère de la Santé, 2012, « Tableau de bord santé 2011 ». Burkina Faso, *Secrétariat Général-Direction générale de l'Information et des Statistiques sanitaires*, 78p.

Molyneux, C. S., Murira, G., Masha, J., & Snow, R. W. (2002). "Intra-Household Relations And Treatment Decision-Making for Childhood Illness: A Kenyan case study." *Journal of Biosocial Science*, 34(01), 109-131. doi:doi:DOI:10.1017/S0021932002001098

Monné R, 2010, « Intervention à la journée de formation du 26 juin 2010 à la MIR, Plateforme des acteurs bretons au Burkina Faso : « *Politiques publiques de santé au Burkina Faso et méthodologie de projet de santé* », 29p.

Moulin, A. M. (2010). « Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé: un regard épistémologique ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (1).

Mucchielli L, 1999, « Pierre Bourdieu et le changement social », in *Alternatives Economiques*, N. 175, p.64-67.

Muller, L., & Spitz, E. (2012). « Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé ». *Psychologie française*, 57(2), 83-96.

Mugisha Frederick, Kouyaté Bocar, GBANGOU Adjima et SAUERBORN Rainer, 2002, "Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy", *Tropical Medecine and International Health*, vol 7 N02 pp 187-196.

Mugisha F, Kouyate B, Dong H, Chepng'eno G, & Sauerborn R, 2004, " The two faces of enhancing utilization of health-care services : determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso", *Bulletin of the World Health Organization* | August 2004, 82 (8).

Muller, L., & Spitz, E. (2012). « Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé ». *Psychologie française*, 57(2), 83-96.

Nikiema Béatrice, HADDAD Slim and POTVIN Louise, 2008, "Women bargaining to seek healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso", *Université de Montréal-Canada, World Development* Vol. 36, No. 4, pp. 608–624.

Nikiema Béatrice, HADDAD Slim and POTVIN Louise, 2012, "Measuring women's perceived ability to overcome barriers to healthcare seeking in Burkina Faso", *BMC Public Health*, in <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/147>, consulted 12/06/2013.

Nitiéma, A. P., Ridde, V., & Girard, J. (2003). « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso ». *International Political Science Review/Revue internationale de science politique*, 237-256.

Nizet J. et Rigaux N., 2005, *La sociologie de Erving Goffman*. Collection *Repères*, 115p.

Okwaraji, Y. B., & Edmond, K. M. (2012). "Proximity to health services and child survival in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis." *BMJ open*, 2(4).

Olivier de Sardan J.P, « La politique du terrain », *Enquête* [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 07 septembre 2014. URL : <http://enquete.revues.org/263> ; DOI : 10.4000/enquête.263

Olivier de Sardan J-P, « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques », *Anthropologie et santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 29 octobre 2010, consulté le 08 janvier 2013. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/86>.

Olivier de Sardan J-P, « Sociétés et développement », in FASSIN Didier et JAFFRE Yannik, 1990, *Sociétés, développement et santé*, pp. 28-37. Paris : Les Éditions Ellipses, 287 pp, Collection Médecine tropicale.

Ouattara Fatoumata, "Les professionnels de santé", in *Réseau anthropologie de la santé*, 2001, Bulletin n², 252p.

Ouattara, F. (2002). « Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso ». *Bulletin de l'APAD*, (23-24).

Ouédraogo, D. (1979). « La vallée du Kou (Haute Volta) un sous-espace aliéné », in *Maîtrise de l'espace agraire et développement en Afrique tropicale*, Paris, ORSTOM, mémoires ORSTOM, N°89, 1979, pp. 481 – 490.

Passeron J-C, 1991. *Le raisonnement sociologique – L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan, 1991, 408p.

Patterson, A. S. (2005). *The African state and the AIDS crisis*. Gower Publishing, Ltd.

Paugam S, 2010, *L'enquête sociologique*. Paris, PUF, 458p.

Perreti-Watel, P. (2001), *La société du risque*. Paris, La Découverte.

Planz M et KEUPP H, 1977, « Le concept de maladie : une perspective sociologique », p. 415-427, in *La santé des nations, revue internationale des sciences sociales, revue trimestrielle, volume XXIV*, numéro 3, 1977, 223 p.

Pharo P, 2000, "Le sens objectif des faits sociaux. Problèmes sémantiques de la sociologie compréhensive", *Revue européenne des sciences sociales, Tome XXXVIII*, n° 119, p. 139-157. Bruxelles : Droz. 7.

Picard, D., & Marc, E. (2008). *Les conflits relationnels*. Paris, Presses universitaires de France.

Pierret, J. (2008). « Entre santé et expérience de la maladie ». *Psychotropes*, 14(2), 47-59.

Pierrou F, « Fassin D. L'espace politique de la santé. Essai de généalogie » In: *Politix*. Vol. 15, N°59. Troisième trimestre 2002. pp. 197-207.

Piot P, 2010. « L'épidémie du sida. Mondialisation des risques, transformations de la santé publique et développement ». *Chaire internationale Savoirs contre pauvreté* 2009-2010.

Pokhrel Subhash, De Allegri Manuela, Gbangou Adijma, Sauerborn Rainer, 2010, "Illness reporting and demand for health care in rural Burkina Faso", *Social Science & Medecine*, journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed

Rabinow, P., & Rose, N. (2006). "Biopower today". *BioSocieties*, 1(02), 195-217.

Renaud M, 1985. « De la Sociologie médicale à la Sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie», *IQRC, Presse de l'Université de Lyon*, 1245p. »

Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). "The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives." *British Journal of General Practice*, 59(561), e116-e133.

Ridde V, 2003, « Entre efficacité et équité : qu'en est-il de l'initiative de Bamako? Une revue des expériences Ouest-africaines », *Communication réalisée aux XXVIème Journées des Économistes Français de la Santé "SANTÉ ET DEVELOPPEMENT"* Clermont-Ferrand, CERDI, 9 - 10 janvier 2003.

Ridde V, 2006. « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? » *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 149-163.

Ritzer, G. (2008). *Sociological theory*. Tata McGraw-Hill Education.

Routelous C., 2008. « La démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : Sociologie d'un modèle participatif en Médecine ». *Thèse de Doctorat, Ecole des Mines de Paris*, 390p.

Roy, S. (1995). « L'itinérance: forme exemplaire d'exclusion sociale? ». *Lien social et politiques-RIAC*, 73-80.

Sagnol M, 1987, "Le statut de la sociologie chez Simmel et Durkheim", *In: Revue française de sociologie*, 28-1. pp. 99-125.

Saillant F., et Gagnon É., 1999, "Présentation. Vers une anthropologie des soins ?", revue *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, no 2, 1999, pp. 5-14. Numéro intitulé : *Vieillir et mourir. Repères et repaires*. Québec : *Département d'anthropologie de l'Université Laval*.

Saltonstall, R. (1993). "Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life." *Social science & medicine*, 36(1), 7-14.

Samuelsen H, 2004, « Therapeutic itineraries: the the medical field in rural Burkina Faso », *Anthropology & Medecine*, 11:1, 27-41.

Santerre, R. (1966). « La méthode d'analyse dans les sciences de l'homme ». *Anthropologica*, 111-144.

Schnapper, D. (1999). *La compréhension sociologique: démarche de l'analyse typologique*. Presses universitaires de France, 180p.

Seybold, D. (2002). "Choosing therapies: a Senegalese woman's experience with infertility". *Health care for women international*, 23(6-7), 540-549.

Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). "Identity theory and social identity theory." *Social psychology quarterly*, 224-237.

Sharma, A., & Gupta, A. (2009). *The anthropology of the state: a reader*. (Eds.) *John Wiley & Sons*.

Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). "Patient perceptions of the quality of health services." *Annu. Rev. Public Health*, 26, 513-559.

Sombié I, 2005, " Analyse de la politique de décentralisation du système de santé au Burkina Faso", *mémoire de Master en Population et santé, ISSP, Université de Ouagadougou*, 87p.

Sosso, M. A., & Eboko, F. (2002). « L'éthique médicale comparée. Universalité et africanité », *Face à face. Regards sur la santé*, (4).

Soubeiga, A. 1999, « Quête de guérison, conversion, évangélisation. Groupes charismatiques et Églises pentecôtistes face au Mal », in R. Otayek (dir.), *Dieu dans la cité. Dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais*, Bordeaux, CEAN: 111-128.

Souto c, 1997, "Les règles de la méthode sociologique: un siècle après." *Droit et société*, n°35 - 1997, pp 151-166.

Stets, J. E., & Burke, P. J. (2000). "Identity theory and social identity theory." *Social psychology quarterly*, 224-237.

Strauss A., 1992. – *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Touraine A, 1984. *Le retour de l'acteur*, Paris, Seuil, 341p.

Van der Veen, L. (ed), 1995, "Maladies, remèdes et langues en Afrique Centrale", 9, *Pholia*, Lyon, *Lapholia*, *Pholia*

Vatin, F. (2009). « Évaluer et valoriser: une sociologie économique de la mesure ». *Presses Univ. du Mirail*.

Vidal I, 2010, « Faire de l'anthropologie : santé, science et développement ». *Santé, science et développement, la découverte*, coll. « recherches », 292 p.

VSO Sharing skills changing lives, 2010, « Plan stratégique sectoriel 2009 à 2014 : Santé », *Programme du Burkina Faso*, 52p.

Wéber M. 1922, *Economie et société*. tome1, Paris Pocket 1995, p.51

Wéber M., 1919, *Le savant et le politique*, trad. de l'allemand par J. Freund, Paris, Plon, 1963.

Whyte, S. R. (2009). "Health Identities and Subjectivities." *Medical Anthropology Quarterly*, 23(1), 6-15. doi: 10.1111/j.1548-1387.2009.01034.x

Wievorka M, 2008, *Neuf leçons de sociologie*. Le monde comme il va, Robert Laffont, 329p.

Zermatten J, 2005, « Consentement au traitement médical et représentations sociales », *mémoire de licence en Sciences humaines et sociales : sociologie et psychologie*, dirigé par le Pr. Christian Suter et la Pr. Pascale Marro.

Annexes

Guide d'entretien adressé aux agents des institutions communautaires, COGES, ASC, projets, ONG, associations intervenant en santé

1. Identité des acteurs dans les institutions communautaires

Acteur : nom, prénoms, âge (facultatif) - appartenance à une structure, ou référence et normes défendues - poste et arrivée dans la structure - qualification (procédé d'acquisition, et profil de l'action en santé) – expérience - années de services dans la localité - expérience dans d'autres localités connues (similitudes, dissemblances, appréciations) - statut matrimonial – statut de résidence / institution d'appartenance : date de création - motivation - ressources (financières, humaines, origine des ressources) - objectifs initiaux - objectifs actuels - public cible dans le village - regard sur la santé dans le village (problèmes identifiés) - action en santé dans le village (besoins définis) - structuration ou hiérarchie au sein de l'institution (collègues/homme-femme/rerelations homme-femme), relations professionnelles - conflits - appréciation. Pour les agents des COGES, ASC : organisation interne, rôle et pouvoir d'action dans l'espace sanitaire (niveau CSPS, niveau CMA) - Perception des rôles personnels, perception des agents de santé-griefs, oppositions avec les agents de santé. Perception des choix thérapeutiques des villageois-Oppositions avec les villageois sur les recours thérapeutiques. Expériences personnelles.

2. Structures, acteurs, et conflits

Organisation du système d'offre de santé : interactions, soutiens, conflits de chaque composante avec toutes les autres composantes au niveau formel et informel? Pour chaque acteur, griefs et oppositions à l'intérieur de la structure ou de son domaine d'intervention - oppositions avec chacune des autres institutions (qu'est-ce qui est fait avec l'autre institution : avec les ASC, COGES, ASV, PE, RC, les projets, ONG, les institutions religieuses, les tradi-thérapeutes ?) Appréciations- Exemple concret- Conséquences des conflits sur la participation des acteurs communautaires dans l'offre des soins ?

Quelles retombées de ce qui est fait selon chaque type d'activité sur : les perceptions concernant la santé - le comportement des populations (hommes, femmes, enfants) et leurs logiques face à la maladie (niveau de fréquentation- confiance ou défiance des services de santé - la perception de la maladie ? La perception des coûts - accessible, non accessible ? Les conflits au niveau formel avec les agents de santé et au niveau informel avec les tradi-thérapeutes, les devins, marabouts, etc...). Cas illustratifs - Appréciations personnelles.

Guide d'entretien adressé aux agents de santé (infirmiers, ICP, accoucheuses, etc.)

1. Identité de l'agent

Nom, prénoms, âge (facultatif), poste, qualification, expérience, années de services dans la localité, expérience dans d'autres localités connues, statut matrimonial, type de résidence, structuration et fonctionnement du service (collègues/homme-femme/rerelations homme-femme), relations professionnelles-difficultés d'organisation-appréciation, visions du métier (motivations : avantages, intérêts personnels). Perception du lieu d'exercice de la profession-perception des populations-relations avec les différentes couches-griefs et conflits à différents niveaux. Exemples concrets.

2. Fonctionnement de l'institution d'offre de soins (CSPS) : interactions, rapports de pouvoir et conflits

Organisation du système d'offre de santé : interactions et conflits avec les agents du CMA. Interactions-soutiens des membres de la communauté, comment - pourquoi ? Conflits : avec les ASC, COGES, ASV, PE, RC, les projets, ONG, les institutions religieuses, les tradi-thérapeutes ? Exemples illustratifs et expériences personnelles. Conditions de l'offre des soins, perceptions - sur le coût (accessible, non accessible ?) / visions sur la santé et précisément sur le système de santé - vision sur le comportement des malades (niveau de fréquentation-confiance et adhésion aux prescriptions comment voient-ils la maladie ? Le personnel de santé ?) Relations patient - soignant - appréciations et oppositions sur les choix et pratiques thérapeutiques des patients ? Griefs et conflits à ce niveau - récits de conflits dans le domaine de l'offre de soins de santé - Quand pourquoi et comment les hommes consultent ? Les femmes ? Les enfants ? - Appréciations

3. Besoins et attentes du système sanitaire

Visions sur les problèmes et les besoins de santé dans la commune rurale de Bama : les situations concrètes - appréciation de l'état sanitaire des populations - exemples concrets - réformes sur les offres de santé de l'Etat (utilité des offres, niveau de satisfaction générale, de ce qui est fait, qu'est-ce qui est normal qu'est-ce qui ne l'est pas ? Qui est responsable ? Que doit faire l'Etat pour ça ? Rôles des acteurs ? Comment résoudre les conflits avec les agents communautaires ? Les patients ? Les tradi-thérapeutes ? Le CSPS ?

Guide d'entretien adressé aux informateurs clés de Bama

1- Identité de l'enquêté

Nom prénoms (facultatif), âge, situation matrimoniale (type d'union, année, appréciation, nombre d'enfants, croyances et pratiques religieuses- appréciation-oppositions

2- *Le sens de la maladie selon votre expérience personnelle*

Qu'est-ce qu'être malade-types de maladies (caractéristiques visibles, signes invisibles ?)-Hiérarchie du mal (quel mal est plus mal et pourquoi ? quel mal est moins mal et pourquoi ?)- Exemples précis-Sources du mal (ce qui provoque la maladie ? Par quoi, par qui, pourquoi et comment cela se transmet-appréciations?)-Exemple tiré de votre expérience personnelle-Types de maladie, formes de souffrance dans l'expérience du mal-Conflits dans les choix thérapeutiques dans le ménage-dans la communauté-avec les institutions (agents de santé, membres des institutions communautaires dans le domaine des choix thérapeutiques-participation à la gestion de la maladie d'un tiers.) Exemples concrets.

3- Discours, connaissances, et appréciations sur les institutions : enchâssement des valeurs?

Système formel : point de vue sur l'offre du CMA-des CSPS-Qualité-avantages limites-personnel soignant (compétent ? accueillant ? intéressé ? griefs passés et présents) - Mode de fonctionnement-conditions de l'offre de soins publics ? Conflits et attentes personnelles : par rapport à l'organisation - la qualité des soins-les agents de santé-les membres des COGES-Connaissance et regard des projets, ONG en termes de santé-institutions religieuses, etc. Perceptions, attentes par rapport aux actions des institutions pour promouvoir l'accès à la

santé-la qualité de la santé (niveau CSPA, CMA). Attentes au-delà des institutions intervenant en santé (organisations politiques, syndicales, etc...).

Expériences de recours thérapeutiques à travers les soins formels ? Quand, et Comment ? Appréciations ? Expérience de conflits avec les institutions de santé. Quand, pourquoi, et comment ?

Offres informelles : Point de vue sur l'association des tradi-thérapeutes-rôle-importance-apport-limites-Point de vue sur les tradi-thérapeutes-les types de tradi-thérapies connues et pratiquées dans le village- les méthodes d'action selon chaque type-les tradi-thérapies recourues ou préférées, pourquoi et comment (interactions, recours immédiat-double recours avec le CSPA-les conditions de la thérapie traditionnelle? Appréciations. Expériences de recours thérapeutiques tradi-thérapeutes ? Quand, et Comment ? Appréciations ? Expérience de conflits dans le milieu des tradi-thérapeutes ? Quand, comment, et pourquoi ?

Guide d'entretien adressé aux jeunes à Bama : logiques et pratiques individuelles dans les choix thérapeutiques

1- Identité de l'enquêté

Nom prénoms (facultatif), âge, croyances-pratiques (cosmologie/religion, origine de la croyance ou de la non croyance, expliquer où, quand, comment elle se pratique? Relations avec le père, la mère ? Niveau d'instruction ? Activités ?- Relations en dehors du ménage la communauté (parents, voisins, et amis).

2- Perceptions et interactions sociales dans la construction de la maladie

a. Le sens de la maladie articulé aux expériences personnelles

Qu'est-ce qu'être malade et pourquoi (selon votre expérience personnelle)-types de maladies (caractéristiques visibles, signes invisibles ?)-Hiérarchie du mal (quel mal est plus mal et pourquoi ? quel mal est moins mal et pourquoi ? Exemple précis-cas personnel vécu)-Sources du mal (ce qui provoque la maladie ? Par quoi, par qui, pourquoi et comment cela se transmet-appréciations? Selon votre expérience personnelle, pourquoi et comment se transmet la maladie)-Types de maladie, formes de souffrance dans l'expérience du mal. Relatez selon votre expérience personnelle.

b. La formulation des réponses et les expériences factuelles de recours dans la maladie

Quand, comment, et selon quelles normes des réponses sont formulées dans la maladie ? Structure interne du ménage en ce qui concerne la santé : Qui décide du choix des thérapies pour vous ? Pourquoi et comment ? Appréciation Exemple précis par rapport à différentes? Pour chacun des autres membres de la famille, savoir à quelles raisons-motivations-logiques sont fonction les

recours dans la maladie (type de maladie, croyance y attachée, interprétation du mal), de la position dans la famille (rôle, lien social, activité, revenu), de l'expérience passée (les réponses formulées habituellement ou précédemment dans la médecine moderne-automédication/dans la médecine traditionnelle ? Appréciations selon des exemples précis. Quels conflits dans le choix de la thérapie avec les différents membres de la famille ? Que pense le père, la mère, les autres membres de la famille, et qui décide des choix de l'un l'autre (approbation ou désapprobation, quand, pourquoi et comment ? Donnez des exemples selon différentes pathologies des plus courantes aux moins courantes vécues personnellement ou par un autre membre de la famille). Les acteurs internes et externes impliqués dans la gestion des conflits en matière de décisions de santé dans le ménage ? Comment et pourquoi ? Appréciation. Résolution des conflits ou évolution des conflits dans le choix des traitements ? Quels facteurs influencent la décision : la peur, la crainte, la défiance ? Des conditions économiques (les ressources affectées aux soins dans le ménage, normes et niveau d'affectation pour chaque membre dans le ménage). Appréciation.

Relater un cas spécifique personnel, de l'apparition du mal à sa prise en compte en tant que maladie, et à la décision des soins (dire à chaque étape du choix et de l'itinéraire de la thérapie, dire quelles ont été les motivations-raisonnements, les interactions, les conflits, les mécanismes de décision interne, les moyens utilisés) et leur finalité-appréciation.

3- Perceptions sur les institutions/acteurs de la question sanitaire- Oppositions et attentes en santé

a. Offres formelles ?

Point de vue sur l'offre des CSPS, CMA-analyse de la qualité-avantages-limites-personnel soignant-mode de fonctionnement-conditions de l'offre de soins publics-griefs vis-à-vis des structures de santé (le mode de fonctionnement, les

coûts)-Oppositions avec les agents de santé (par rapport à l'offre de soins, oppositions personnelles ?) Appréciations-expériences pratiques. Connaissance et regard des projets, ONG en termes de santé-institutions religieuses, etc. Perceptions, griefs, conflits - attentes par rapport aux actions des institutions en matière de santé. Griefs sur la qualité de la santé-le choix systématique du CSPS ? Attentes au-delà des institutions intervenant en santé (structures de santé et organisations politiques, syndicales, etc...)

b. Offres informelles ?

Point de vue sur l'association des tradi-thérapeutes-rôle-importance-apport-limites

Point de vue sur les tradi-thérapeutes- les types de tradi-thérapies connues et pratiquées dans le village- les méthodes d'action selon chaque type-les tradi-thérapies recourues ou préférées, pourquoi et comment (interactions, recours immédiat-double recours avec le CSPS-les conditions de la thérapie traditionnelle? Griefs et conflits avec les tradi-thérapeutes (avec les acteurs, par rapport aux pratiques des acteurs, par rapport à la qualité des prestations, par rapport à des questions de croyances-pourquoi ? Expériences personnelles) Appréciations ?

Mots liens : croyances-maladie-perception-thérapies,-procédures-coûts-médecine-traditionnelle-médecine moderne.

Guide d'entretien adressé aux femmes dans les ménages à Bama : logiques et pratiques individuelles dans les choix thérapeutiques

1- Identité de l'enquêtée

Nom prénoms (facultatif), âge, situation matrimoniale (type d'union, année, appréciation, nombre d'enfants, croyances-pratiques (cosmologie/religion, origine de la croyance ou de la non croyance, expliquer où, quand, comment elle se pratique, et avec qui cela est vécu dans le ménage ? En dehors du ménage? Oppositions-appréciations). Lien social dans le ménage-relations sociales de sexe (Qui dirige le ménage ? Rôle et place dans de chacun dans le ménage - appréciation - Activités professionnelle de l'homme-de la femme- Poids économique de chaque partie dans le ménage-Autres activités-Comment et rentabilité-autres sources de revenus- destination des revenus-objets de conflits-rôle et position dans la gestion économique du ménage-rôles de l'époux- rôle et place des enfants, du garçon, de la fille). Relations en dehors du ménage la communauté (parents, voisins, et amis).

2- Perceptions et interactions sociales dans la construction de la maladie

c. Le sens de la maladie articulé aux expériences personnelles

Qu'est-ce qu'être malade et pourquoi (selon votre expérience personnelle)-types de maladies (caractéristiques visibles, signes invisibles ?)-Hiérarchie du mal (quel mal est plus mal et pourquoi ? quel mal est moins mal et pourquoi ? Exemple précis-cas personnel vécu)-Sources du mal (ce qui provoque la maladie ? Par quoi, par qui, pourquoi et comment cela se transmet-appréciations? Selon votre expérience personnelle, pourquoi et comment se transmet la maladie)-Types de maladie, formes de souffrance dans l'expérience

du mal (dans l'expérience personnelle, vis-à-vis d'un tiers/enfant, de l'époux, autre personne dans le ménage)/appréciation.

d. La formulation des réponses et les expériences factuelles de recours dans la maladie

Quand, comment, et selon quelles normes des réponses sont formulées dans la maladie ? Structure interne du ménage en ce qui concerne la santé : Qui décide du choix des thérapies ? Pourquoi et comment ? Appréciation Exemple précis par rapport à différentes pathologies et par rapport à chaque membre dans le ménage ? Pour chaque membre dans le ménage, savoir à quelles raisons-motivations-logiques sont fonction les recours dans la maladie (type de maladie, croyance y attachée, interprétation du mal), de la position dans le ménage (rôle, lien social, activité, revenu), de l'expérience passée (les réponses formulées habituellement ou précédemment dans la médecine moderne-automédication/dans la médecine traditionnelle ? Appréciations selon des exemples précis. Quels conflits dans le choix de la thérapie ? Que pense l'autre des choix de l'un (approbation ou désapprobation, quand, pourquoi et comment ? Donnez des exemples selon différentes pathologies des plus courantes aux moins courantes vécues personnellement ou par un autre membre de la famille). Les acteurs internes et externes impliqués dans la gestion des conflits en matière de décisions de santé dans le ménage ? Comment et pourquoi ? Appréciation. Résolution des conflits ou évolution des conflits dans le choix des traitements ? Les résultats obtenus, la peur, la crainte, la défiance), des conditions économiques (quelles ressources affectées aux soins dans le ménage, normes et niveau d'affectation par membre dans le ménage). Appréciation.

Relater un cas spécifique personnel, de l'apparition du mal à sa prise en compte en tant que maladie, et à la décision des soins (dire à chaque étape du

choix et de l'itinéraire de la thérapie, dire quelles ont été les motivations-raisonnements, les interactions, les conflits, les mécanismes de décision interne, les moyens utilisés) et leur finalité-appréciation.

3- Perceptions sur les institutions/acteurs de la question sanitaire- Oppositions et attentes en santé

c. Offres formelles ?

Point de vue sur l'offre des CSPS, CMA-analyse de la qualité-avantages-limites-personnel soignant-mode de fonctionnement-conditions de l'offre de soins publics-griefs vis-à-vis des structures de santé (le mode de fonctionnement, les coûts)-Oppositions avec les agents de santé (par rapport à l'offre de soins, oppositions personnelles ?) Appréciations-expériences pratiques. Connaissance et regard des projets, ONG en termes de santé-institutions religieuses, etc. Perceptions, griefs, conflits - attentes par rapport aux actions des institutions en matière de santé. Griefs sur la qualité de la santé-le choix systématique du CSPS ? Attentes au-delà des institutions intervenant en santé (structures de santé et organisations politiques, syndicales, etc...)

d. Offres informelles ?

Point de vue sur l'association des tradi-thérapeutes-rôle-importance-apport-limites

Point de vue sur les tradi-thérapeutes-les types de tradi-thérapies connues et pratiquées dans le village- les méthodes d'action selon chaque type-les tradi-thérapies recourues ou préférées, pourquoi et comment (interactions, recours immédiat-double recours avec le CSPS-les conditions de la thérapie

traditionnelle? Griefs et conflits avec les tradi-thérapeutes (avec les acteurs, par rapport aux pratiques des acteurs, par rapport à la qualité des prestations, par rapport à des questions de croyances-pourquoi ? Expériences personnelles)
Appréciations ?

Mots-liens : croyances-maladie-perception-thérapies,-procédures-coûts-médecine-traditionnelle-médecine moderne.

Guide d'entretien adressé aux hommes à Bama : logiques et pratiques individuelles dans les choix thérapeutiques

1- Identité de l'enquêté

Nom prénoms (facultatif), âge, situation matrimoniale (type d'union, année, appréciation, nombre d'enfants, croyances-pratiques (cosmologie/religion, origine de la croyance ou de la non croyance, expliquer où, quand, comment elle se pratique, et avec qui cela est vécu dans le ménage ? En dehors du ménage? oppositions-appréciations). Lien social dans le ménage-relations sociales de sexe (type d'union-rôle et place dans le ménage-activités en dehors du ménage, comment et rentabilité-autres sources de revenus- destination des revenus-rôle et position dans la gestion économique du ménage-rôles de la/des épouses-rôle et place des enfants, du garçon, de la fille). Relations en dehors du ménage la communauté (parents, voisins, et amis). Apports financiers de chaque membre du ménage-appréciations- Qui dirige les ressources du ménage ? Qui décide pour le ménage ? (éducation, santé, croyances-religion, etc.)

2- Perceptions et interactions sociales dans la construction de la maladie

e. Le sens de la maladie articulé aux expériences personnelles

Qu'est-ce qu'être malade et pourquoi (selon votre expérience personnelle)-types de maladies (caractéristiques visibles, signes invisibles ?)-Hiérarchie du mal (quel mal est plus mal et pourquoi ? quel mal est moins mal et pourquoi ? Exemple précis-cas personnel vécu)-Sources du mal (ce qui provoque la maladie ? Par quoi, par qui, pourquoi et comment cela se transmet-appréciations? Selon votre expérience personnelle, pourquoi et comment se transmet la maladie)-Types de maladie, formes de souffrance dans l'expérience du mal (dans l'expérience personnelle, vis-à-vis d'un tiers/enfant, de l'époux, autre personne dans le ménage)/appréciation.

f. La formulation des réponses et les expériences factuelles de recours dans la maladie

Quand, comment, et selon quelles normes des réponses sont formulées dans la maladie ? Structure interne du ménage en ce qui concerne la santé : Qui décide du choix des thérapies ? Pourquoi et comment ? Appréciation Exemple précis par rapport à différentes pathologies et par rapport à chaque membre dans le ménage ? Pour chaque membre dans le ménage, savoir à quelles raisons-motivations-logiques sont fonction les recours dans la maladie (type de maladie, croyance y attachée, interprétation du mal), de la position dans le ménage (rôle, lien social, activité, revenu), de l'expérience passée (les réponses formulées habituellement ou précédemment dans la médecine moderne-automédication/dans la médecine traditionnelle ? Appréciations selon des exemples précis. Quels conflits dans le choix de la thérapie ? Que pense l'autre des choix de l'un (approbation ou désapprobation, quand, pourquoi et comment ? Donnez des exemples selon différentes pathologies des plus courantes aux moins courantes vécues personnellement ou par un autre membre de la famille). Les acteurs internes et externes impliqués dans la gestion des conflits en matière de décisions de santé dans le ménage ? Comment et pourquoi ? Appréciation. Résolution des conflits ou évolution des conflits dans le choix des traitements ? Les résultats obtenus, la peur, la crainte, la défiance), des conditions économiques (quelles ressources affectées aux soins dans le ménage, normes et niveau d'affectation par membre dans le ménage). Appréciation.

Relater un cas spécifique personnel, de l'apparition du mal à sa prise en compte en tant que maladie, et à la décision des soins (dire à chaque étape du choix et de l'itinéraire de la thérapie, dire quelles ont été les motivations-raisonnements, les interactions, les conflits, les mécanismes de décision interne, les moyens utilisés) et leur finalité-appréciation.

3- Perceptions sur les institutions/acteurs de la question sanitaire- Oppositions et attentes en santé

e. Offres formelles ?

Point de vue sur l'offre des CSPS, CMA-analyse de la qualité-avantages-limites-personnel soignant-mode de fonctionnement-conditions de l'offre de soins publics-griefs vis-à-vis des structures de santé (le mode de fonctionnement, les coûts)-Oppositions avec les agents de santé (par rapport à l'offre de soins, oppositions personnelles ?) Appréciations-expériences pratiques. Connaissance et regard des projets, ONG en termes de santé-institutions religieuses, etc. Perceptions, griefs, conflits - attentes par rapport aux actions des institutions en matière de santé. Griefs sur la qualité de la santé-le choix systématique du CSPS ? Attentes au-delà des institutions intervenant en santé (structures de santé et organisations politiques, syndicales, etc...)

Offres informelles ?

Point de vue sur l'association des tradi-thérapeutes-rôle-important-apport-limites

Point de vue sur les tradi-thérapeutes-les types de tradi-thérapies connues et pratiquées dans le village- les méthodes d'action selon chaque type-les tradi-thérapies recourues ou préférées, pourquoi et comment (interactions, recours immédiat-double recours avec le CSPS-les conditions de la thérapie traditionnelle? Griefs et conflits avec les tradi-thérapeutes (avec les acteurs, par rapport aux pratiques des acteurs, par rapport à la qualité des prestations, par rapport à des questions de croyances-pourquoi ? Expériences personnelles) Appréciations ?

Mots-liens : croyances-maladie-perception-thérapies,-procédures-coûts-médecine-traditionnelle-médecine moderne.

Fiche de consentement éclairé

Mon nom est David Olivier S. Ilboudo ; je suis étudiant en thèse de socio-anthropologie à l'université de Ouagadougou. Mon sujet de thèse est le suivant : « Relations de soins, conflits et attentes thérapeutiques ». Dans le cadre de ma thèse, j'ai besoin d'effectuer des collectes d'informations, et pour cela je dois poser des questions à plusieurs groupes de personnes ici, entendre des récits de vos expériences dans la maladie, et dans la quête des soins jusqu'à la recouverte de votre santé. Je serais éventuellement intéressé de suivre quelques personnes malades dans leur processus de recherche de la santé. Durant tout mon séjour parmi vous qui va durer 7 mois, je serai amené à poser des questions pour savoir comment les populations de Bama définissent la maladie, et comment elles font pour se soigner quand elles sont malades. Pour cela, je voudrais interroger les hommes, les femmes séparément, plus les enfants et les jeunes. Je dois aussi interroger les agents de santé, les membres des COGES, les Agents de santé communautaires, les Relais communautaires, les agents dans les projets de développement, les ONG, les religieux, les tradi-thérapeutes, et tous les groupes qui agissent de loin ou de près dans le domaine de la santé à Bama. Cette recherche m'aidera à comprendre comment les habitants de Bama perçoivent les offres de santé de l'Etat par rapport aux différents types de recours qui existent, et de comprendre quels sont leurs besoins, et leurs attentes vis-à-vis de l'Etat et de toutes les institutions en matière de santé. L'Etat, les ONGs et les associations pourront s'ils le veulent utiliser les résultats de ma recherche pour améliorer la qualité de l'organisation et de la prestation des soins de santé à Bama. Vous faites partie de toutes ces personnes que je voudrais interroger. Vous êtes libre de participer ou non à mon enquête, mais même si vous commencez, vous pouvez arrêter à tout moment si vous ne vous sentez plus intéressé après. Si vous êtes d'accord, permettez-moi de recueillir votre consentement à travers la signature de cette fiche.

Confidentialité : toutes les informations que je collecterai auprès de vous sont strictement confidentielles, et leur usage dans ma recherche se fera aussi de façon confidentielle. Elles seront utilisées dans la rédaction de ma thèse, et dans le cadre d'autres écrits scientifiques (articles, éventuellement ouvrage collectif, ..). Les données seront conservées pendant cinq années (05) conformément aux dispositions institutionnelles du projet de recherche auquel ma thèse est liée.

Nom et prénom (s)-Facultatif / Signature :

Caractéristiques sociales de quelques personnes interrogées

Nom et prénom(s)	âge	Statut matrimonial	Profession	Quartier
Djibo Zakaria	31	Célibataire 01 enfant	Producteur de riz et commerçant,	quartier 4 de Bama appelé aussi 1er
Bonkougou Marcel	40	Marié 03 enfants	riziculteur et Berger catéchiste	quartier 5
Ouédraogo Sayouba et Ouédraogo Alizèta, couple monogame,	28 20	01	réparateur de téléphones portables et vendeur d'herbicides, vendeuse de riz et poisson	canal pooré (nouveau quartier aménagé derrière le canal qui achemine l'eau de la plaine du Kou)
Sanou Damata ou tantie,	52	veuve	accoucheuse auxiliaire à la retraite	quartier 4 ou 1er
Sawadogo Alidou	65	marié polygame (02 femmes)	producteur de riz,	quartier 4 ou 1er
Beyaogo	quarantenaire	marié monogame	infirmier breveté	quartier 1 ou Bama
Bonkougou	quarantenaire	marié monogame	infirmier breveté	quartier 1 ou Bama
Bonkougou	cinquantenaire	marié, monogame	Producteur de riz, président CoGes Vallée du Kou	quartier 4 ou 1 ^{er}
Zono	cinquantenaire	marié polygame	Producteur de riz et secrétaire de	quartier 3

			l'Association de développement Sinea sigui,	
Sanou K.,	centenaire Décédé en Mai 2014		tradi-praticien	quartier 1 ou Bama
Soré Ibrahim	36	marié monogame 5 enfants	riziculteur et éleveur	quartier 4 ou 1er
Ilboudo Bintou	28	mariée 2 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Konkobo/Sidibé Arama	38	04 enfants	vendeuse de riz/restaurant	quartier 3.
Konkobo/Sawadogo Kalizèta	21	mariée, 2 enfants	productrice et vendeuse de riz	quartier 3.
Tiono	trentenaire	marié monogame, 01 enfant	agent de santé (maïeuticien)	quartier 1 ou Bama
Konkobo Sita	quarantenaire	marié 2 enfants	cultivatrice et restauratrice	quartier 3
Ouattara Mahama	quarantenaire	marié 2 enfants	infirmier d'Etat	quartier 4 ou 1er
Ouédraogo Amsétou	28	mariée 02 enfants	vendeuse de riz et éleveuse	quartier 2
Ouédraogo Assèta	quarantenaire	mariée 3 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Guiré Ibrahim	quarantenaire	marié, 03 enfants	Infirmier d'Etat	quartier 4 ou 1er

Sawadogo Moussa et Ouédraogo Bintou		Mariés 03 enfants	Commerçant saisonnier	canal pooré ou 3eme
Bagayan Fatimata	27	mariée 02 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Belem Amado,	quarantenaire	04 enfants	producteur de riz	canal pooré ou 3eme
Ouédraogo/Sawadogo Mariam	35	03 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 Dioulakin.
Béré Sylvie	trentenaire	mariée 3 enfants	éleveuse et vendeuse/productrice de riz	quartier 1, Bama.
Diéni	quarantenaire	mariée 02 enfants	agent itinérant de santé	quartier 4 ou 1er
Sana Adja	trentenaire	mariée 03 enfants	éleveuse et commerçante	quartier 3
Konkobo/Sankara Ramata	quarantenaire	mariée 04 enfants,	cultivatrice	quartier 3
Sawadogo Fatimata	35	mariée 03 enfants	cultivatrice	quartier 7
Sarambé	quarantenaire	marié polygame	tradi-praticien	quartier 6.
Traoré	40	marié polygame	tradi-praticien,	Badara (petit village rattaché au village de Bama)
Ouédraogo Karim	24	célibataire	Nakido	quartier 3

Ilboudo/Ouédraogo Mariam	30	mariée 02 enfants	Infirmière d'Etat	quartier 4 ou 1er.
Konkobo Abdoulatif	28	marié 02 enfants	minier saisonnier	quartier 2
Sanou Alida	23	mariée 01 enfant	cultivatrice	quartier 1 ou Bama.
Sanou Moussa	cinquantenaire	marié polygame	planteur et responsable du CoGes	quartier 1 ou Bama.
Korogho Pierre	40	marié monogame 03 enfants	producteur de riz	quartier 3
Sanou Sankina	20	mariée 01 enfant	cultivatrice de poisson	quartier 1 ou Bama
Sanou Sankina,	20	mariée 01 enfant	cultivatrice de poisson	quartier 1 ou Bama.
Kaboré Boukaré	37	marié monogame	thérapeute parallèle (pharmacopée chinoise)	quartier 5
Sanou Batilé	34	mariée, 02 enfants	accoucheuse auxiliaire	quartier 4 ou 1er
Mme Djibo	35	mariée, 03 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Ouédraogo Ibrahim, ans	33	marié monogame 01 enfant	producteur de riz et minier itinérant	quartier 4 ou 1er
Ouattara Aly	25	célibataire	surveillant de lycée	quartier 3.
Ouédraogo Rasmané	24	célibataire	étudiant	quartier 02
Ouédraogo Landry	25	célibataire	élève en Terminale D	quartier 4 ou 1er

Notes sur l'amorce du terrain ethnographique

De l'irrésolu matériel à la résolution au démarrage : entre stratégies et actions

La première nuit passée sur le site, je n'avais pas fermé du tout l'œil car je n'étais ni habitué à me coucher sur une natte au sol ni du reste assez solide pour ne pas ressentir des courbatures au réveil. Autre aspect, je n'étais pas habitué à la présence insouciance de cafards, au bruit de rongeurs (probablement des souris), au suintement des eaux (m'obligeant à me déplacer recoin par recoin) ; je n'étais pas habitué à dormir entre quatre murs moisis, au croassement strident et ininterrompu des grenouilles qui jacassaient et prenaient d'assaut les flaques d'eau et les rivières cerclant la Vallée du Kou. Malgré cette première nuit difficile, je me levai tôt le matin, je ressentais le désir d'entamer la collecte des données par le début que j'envisageais : l'enquête formelle en milieu sanitaire formel et informel. De ce fait, j'entrepris de joindre mon contact au téléphone mais j'échouai à le faire ; il était injoignable. Je me suis alors déplacé dans son atelier, mais ce dernier était allé aux champs. Ce sont des jeunes filles, des adolescentes entre 13-15 ans qui étaient assises à l'entrée de la boutique de Zaki. Il me les a présentées tantôt comme ses petites sœurs, ce qui n'est pas précis. S'agit-il de vraies nièces consanguines ou simplement des aides gratuites dénichées dans le village ? L'une d'entre les deux donne l'air d'être une vacancière. En effet, sentant mes difficultés à m'exprimer en dioula, la langue locale des autochtones, elle me répondit dans un français d'écolière. Mon insistance à susurrer mon dioula de débutant les a fait marrer un peu. Mon premier contact ne m'avait pas prévenu qu'il serait absent ce matin, encore moins qu'il pratiquait aussi des travaux agricoles, j'étais surpris et je l'avoue un peu déçu aussi. Son dynamisme de la veille m'avait fait penser qu'il serait un excellent guide et qu'il pourrait aussi faire office d'assistant. Du reste, je lui avais demandé quelle était sa disponibilité et il me répondait tout simplement qu'en

dehors de son petit commerce il pouvait se rendre disponible pour m'appuyer. J'ai beaucoup insisté sur une disponibilité totale et ce matin, il était question de me conduire dans les CSPS pour que je rencontre les responsables et tous les agents, et ensuite que de là, j'essaie de rentrer en contact avec les responsables des institutions communautaires de santé au niveau formel (COGES et autres associations), et celles au niveau informel (cas de l'association des « tradi-thérapeutes » par exemple). Je m'étais semble-t-il trompé sur mon premier contact. Il était plus occupé qu'il ne m'en avait donné l'air. Aussi, retroussant les manches, je me lançai dans la prise de contact avec les milieux institutionnels locaux de santé, vu qu'il s'agissait du reste de commencer là. C'est ainsi que mon enquête formelle prit son envol.

Face à ce rendez-vous manqué avec mon premier contact et informateur que je présentais pour devenir un guide et assistant efficace et disponible, je décidai d'aller me réintroduire au CSPS de la vallée du Kou. Un agent de santé se trouve à l'entrée du dispensaire du CSPS. Il est en train d'écrire dans un gros registre. Je pense qu'il s'occupe d'enregistrer les noms des malades qui viennent se faire consulter. En plus des noms, les motifs de consultations sont mentionnés. Une demoiselle est assise tout près. Elle semble l'assister mais plus tard le major me la présente comme la responsable-comptable du CSPS, celle qui gère les finances de la structure. Son travail consiste donc en grande partie à encaisser l'argent de la consultation, et à délivrer des reçus. Elle s'occupe aussi de faire des bons de commandes pour l'achat ou le renouvellement du matériel de consultation lorsque quelque chose est défectueux ou manquant. J'ai demandé à l'agent de santé écrivant dans le registre comment se passait l'affluence des malades dans le CSPS habituellement. Il atteste qu'il y a généralement plus d'affluence, mais ajoute que ce jour-ci, il y avait moins de monde à cause de la pluie. J'ai dénombré une dizaine de malades assis à différentes places, attendant d'être reçus en salle de consultation. Certains sont assis sous un hangar à l'extérieur, d'autres sont à l'intérieur où il y a des bancs d'attente en face de la salle de consultation. Une quinzaine de minutes plus tard, l'infirmier chef de poste (ICP), appelé couramment

major arrive. Il me salue et continue à l'intérieur du CSPS. Quelques secondes plus tard, il revient sur ses pas et vient s'asseoir tout près de moi. Je lui demande s'il se souvient de moi, à ma première visite lors de l'exploration. Il répond : « Oui je me souviens de vous ! » Nous discutâmes deux minutes et je lui proposai de jeter un coup d'œil sur ma fiche de consentement. Il prit le temps de la lire et acquiesça de la tête. Ensuite il me présenta à tous les membres de son équipe. J'ai recensé 09 agents de santé au total et une agente financière. Il y a le major, un responsable de dispensaire, trois agents au dispensaire en dehors du responsable et du major lui-même, un responsable vaccination, un responsable à la maternité où j'ai également été présenté à deux agentes. L'agente-comptable constituait la 10e personne dans le service. Dans la foulée des présentations, le major m'a présenté aussi à un responsable d'association de santé, et cette association s'appelle association pour le développement sinea sigui (avenir en dioula) en abrégé ABSB. Je réfléchissais toujours à l'opérationnalisation de mon travail de terrain. La configuration du CSPS de la Vallée du Kou était presque identique à celle du Centre médical (CM) de Bama. Le dispensaire est le lieu central de la prestation de soins infirmiers, et il existe une maternité, une offre de service de vaccination, et des rôles pour personnel communautaire. Toutefois, le CM dispose d'une consultation-médecin assurée par un jeune médecin. Mon enquête formelle auprès des agents de santé formels, du personnel communautaire, et des « tradi-thérapeutes » s'est poursuivie en même temps que j'envisageais une descente auprès des leaders communautaires, et ensuite auprès des populations.

Après que le démarrage des entretiens ait été effectif, un constat s'est posé au milieu de l'investigation : le village de Bama est largement plus étendu que je ne me l'imaginais après ma première visite exploratoire en Janvier 2013. J'avais sillonné toute la vallée rizicole, mais j'étais loin de m'imaginer que des populations se trouvaient encore installées à des lieux d'habitation un peu plus en profondeur. De ce fait alors, mon estimation était loin de refléter la réalité. Sur ce constat je me demandais encore quelle stratégie adopter pour l'amorce de la collecte : la question n'était pas vraiment qui interroger car là-dessus, j'avais déjà un plan de collecte qui

était encore valable jusque-là. La question était où commencer, et dans quel quartier ? J'attendais quelque peu un signe du terrain, un indice qui me permettrait de dérouler ce programme de collecte des données que j'avais élaboré à l'avance. Dans ma lancée réflexive sur ce monde nouveau que je découvrais de jour en jour, j'ai décidé d'ajourner la visite aux leaders coutumiers pour deux raisons : les autorisations officielles pour l'enquête de Fragiles Futures avaient déjà été acheminées dans les structures administratives au contact des communautés via les services produits. Il était question d'imaginer un peu plus tard quelle stratégie initier par la suite pour rencontrer si nécessaire ces personnes. La deuxième raison de cet ajournement est la multiethnicité de Bama, et m'a-t-on renseigné, l'absence de représentation officielle dans le premier village situé à l'entrée de Bama (premier secteur ou secteur 4) qui dit-on est majoritairement peuplé de populations mossi (ethnie majoritaire du Burkina). Selon mon deuxième contact qui lui habite plus bas (quartier 6), il y aurait eu un litige de nom entre les allochtones composés majoritairement de Moosé installés dans le tout premier secteur, et les autochtones, les Bobo regroupés un peu plus loin dans les secteurs du milieu (3 et 4). Les Bobo majoritaires au milieu de ces secteurs ne faisaient pas officiellement partie du découpage initial qui concernait uniquement les zones aménagées pour abriter le projet de culture pluviale du riz de Bama. Ils ne faisaient donc pas partie prenante de la Vallée du Kou. Ils auraient cependant fait rebaptiser leur quartier secteur 1, comme pour montrer qu'il s'agit bien là du centre ou chef-lieu de la commune. Le découpage administratif le qualifie de quartier 1, et non loin il y a le secteur 2. Cette action aurait selon les dires de Marcel influencé l'installation des opérateurs privés ainsi que des nouveaux postes de l'administration publique se trouvant à Bama. Zaki ne m'a pas parlé de cette situation, peut-être parce que je ne lui ai pas posé de questions à ce sujet, mais il a invité à la méfiance quand je lui ai parlé de mon autre proposition de maison dans le quartier 6 habité également par de nombreux Moosé. Il m'a décrit ce quartier comme une zone dangereuse où sévirait le grand banditisme. Il m'a dit que les jeunes de là-bas seraient majoritairement des délinquants, et que des vols et agressions étaient courants.

J'avais pris ses propos avec des réserves car deux jours plus tôt à Bobo (chef-lieu de la province du Houet dont dépend Bama), un bobolais (collaborateur de mon ami à Bobo) affirmait le contraire. Il me disait que la résurgence du grand banditisme à Bama était la conséquence de l'arrivée des ethnies étrangères. Son propos paraissait plus crédible car il évoquait ses expériences personnelles. Par-contre, il en vient à soulever une controverse en disant qu'au temps où il sillonnait régulièrement la zone (les années 1980), il se passait un phénomène de prélèvements humains spécifiquement dans la zone bobo. Il rassure que ce phénomène d'enlèvement et de sacrifices humains a quasiment disparu mais il attribue l'origine du grand banditisme aux Moosé. J'aurai sans doute le temps d'apprendre plus sur ce sujet mais en attendant, je me résous à observer une très grande prudence à ce sujet.

J'étais finalement situé sur l'appui que je pouvais escompter de Zaki, en mesurant que sa marge de manœuvre sur le temps était limitée, et en convenant de certaines choses avec lui. Tout d'abord, il me paraissait utile de lui traduire toute ma gratitude (surtout par les mots, même si j'ai quelque fois été amené aussi à l'encourager ou à le dédommager financièrement) pour ce qu'il a été : le lien de départ qui m'a facilité les premiers moments de connexion avec le milieu d'étude. Ensuite, la confiance installée, Zaki m'a suggéré de recruter son petit frère, ce qui fut fait car ce dernier correspondait au profil que j'attendais. Son nom, Raso est un jeune du village, non directement apparenté à Zaki, mais issu d'une famille proche de celle de celui-ci. Raso a 23 ans, est orphelin de père depuis son enfance, et on peut dire aussi un peu de sa mère qui l'a laissé ses frère et lui depuis le décès de son père. Raso a perdu son père à un âge très jeune m'a-t-il confié. Mais ce qui était intéressant chez ce jeune homme par rapport à mon besoin d'assistance, c'est qu'il venait de réussir à son Baccalauréat, avec l'intention de s'inscrire à l'université, de surcroît dans la filière de sociologie. C'était un jeune qui, vu son origine sociale avait besoin d'aide matérielle et financière bien que sa tante lui vienne ponctuellement en aide. En effet, la sœur de son père s'occupait parfois de lui, en lui procurant par moments quelques subsides. Elle prenait notamment en charge sa

scolarité et tout comme son grand frère, Raso pouvait quelques fois prendre des repas dans sa cour. En plus de cela, Raso me confie qu'il recevait d'elle de petites sommes qui lui permettaient de s'acheter de petites choses à l'école une fois en passant. L'aide de sa tante bien que considérable était cependant insuffisante. Raso recherchait un petit emploi de vacances pour réunir assez d'argent afin de faire face à sa prochaine rentrée à l'Université. Il avait choisi de s'inscrire à l'Université de Ouagadougou, et il lui fallait de quoi payer le transport de Bama à Ouagadougou, la scolarité, le loyer en cité, et l'alimentation journalière. Il ne voulait plus être une charge pour sa tante, et pour y arriver, le contexte actuel jouait en sa faveur. En effet, l'année universitaire en cours avait accusé un grand retard et la nouvelle rentrée universitaire le concernant était loin d'être fixée. Au moment de notre rencontre, l'horizon de la nouvelle rentrée était encore lointain car les cours se poursuivaient pour leurs prédécesseurs. Il existait donc une forte probabilité que notre collaboration soit menée à terme avant que le début de ses cours ne soit effectif à l'Université de Ouagadougou. Tel était son espoir : rester occupé jusqu'à sa rentrée car l'opportunité de travail à mon côté lui permettait à la fois d'acquérir des ressources financières, et d'apprendre un peu sur le travail de terrain en Sociologie. Il me plaisait de répondre à ses questions. Sa curiosité et son intérêt spécifique pour la discipline sociologique étaient autant d'arguments qui me motivaient à bloc dans mon travail. Il faisait preuve d'écoute et de patience. Je n'ai pas regretté de l'avoir invité à partager mon toit, mais tout naturellement, le récit de notre interaction a connu son lot de conflits s'étant fort heureusement limités à quelques frictions et désaccords passagers. Par exemple, il m'était courant de lui reprocher une extrême rationalité envers nos visiteurs du soir notamment aux heures de repas. Durant toute la période de mon enquête en effet, sa présence m'a valu un rapprochement vis-à-vis de son « frère » Zaki, mon premier guide et ami sur le site. J'ai voulu de ce rapprochement pour faciliter ma reconnaissance et pénétrer aisément par le réseau communautaire du village. En même temps, il ne s'agissait pas seulement d'une action intéressée, je trouvais personnellement qu'il était une bonne personne, même si je me gardais de mettre cette dimension en avant,

sachant qu'elle est susceptible d'influencer mon raisonnement. Le temps du repas du soir était l'un des moments privilégiés où s'exprimait et se renforçait ce lien. Il m'était agréable alors de suggérer à mon assistant que nous préparions une quantité suffisante de nourriture, et cela ne plaisait pas toujours. J'ai essayé au départ de lui faire comprendre qu'il m'était agréable de faire ainsi, mais il résistait toujours, me disant que j'en faisais trop ; ce qui a quelques fois suscité de petites tensions. Mon idée était que le partage du repas constituait un moment crucial de partage d'informations. De ce fait, les causeries avant, pendant et après le repas du soir me paraissaient intéressantes à mettre à profit pour une meilleure connaissance du milieu, et un approfondissement de la recherche autour de l'objet empirique. Les amis, seuls ou avec d'autres amis (car Zaki venait bien parfois accompagner d'un ou de deux ou trois amis) constituaient en quelque sorte un groupe contrôle sur ce que j'avais développé comme réflexions ou questionnements au contact du terrain dans la journée. Ils étaient aussi une source d'information rapide, et je sortais régulièrement enrichi des entretiens informels avec eux. Ces rencontres ne se tenaient pas systématiquement tous les jours, pas plus qu'elles ne se tenaient pas toutes les fois chez moi. Quelques rares fois, nous nous déportions à une place publique (le magasin de Zaki sis en bordure de la grande voie, ou un maquis quelconque). La nouvelle d'une journée pouvait constituer le point de départ d'une nouvelle investigation. Comme illustration, je citerai l'exemple du vieil homme poignardé par son fils. Pour commencer, un soir, Zaki me révèle que dans la matinée il avait été au cimetière pour participer aux obsèques du père d'un de ses amis. Il me relate également la cause de ce décès : c'est son premier fils qualifié de fou qui lui aurait porté le coup fatal. A la suite de ce forfait, la gendarmerie aurait procédé à la mise aux arrêts de l'assaillant qui devait selon lui être transféré au service psychiatrique de l'hôpital Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso. Après un échange sommaire en boucle sur ce fait divers, je n'arrivais véritablement pas à comprendre que pareille situation arrive, sans que l'on ait pris des mesures pour la prévenir, connaissant l'état du malade, et ses crises de violence qui, selon

l'explication qui m'était donnée se montraient récurrentes. Je me suis posé cette question, et j'ai décidé de chercher à comprendre mieux ce qui s'était passé.

Le lendemain de notre conversation, j'avais rendez-vous avec un agent de santé du CSPS VK. Je l'ai rejoint et au cours de l'interview, nous avons évoqué le sujet des croyances sur la maladie. Pour illustrer l'existence de croyances selon lui arriérées sur l'origine des maux, et expliquer la logique d'approche thérapeutique de nombreuses personnes dans la collectivité, l'agent de santé me raconte la même histoire, mentionnant qu'il s'agit d'une personne âgée poignardée par son premier fils qui souffrait de folie démentielle. Il me relate en plus une contradiction avec la famille, un conflit qui explique la négligence ayant conduit à ce drame. Le psychopathe avait déjà été conduit par sa famille au CSPS, lors d'une crise au cours de laquelle il proférait des menaces physiques contre son père. Il aurait menacé ce dernier de le tuer, se saisissant en même temps d'un bâton pour s'exécuter. Arrêté à temps, il a ensuite été conduit en consultation, et c'est mon interviewé qui était sur la table de consultation. L'agent de santé dit avoir suggéré à la famille du malade de les transférer au service psychiatrique de l'hôpital Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso, mais celle-ci a refusé. Le prétexte donné pour justifier ce refus est la préférence pour le recours « tradi-thérapeutique. » Cette préférence aurait par ailleurs été justifiée par une explication mystique donnée au mal. Ils auraient donc refusé de s'engager davantage dans les soins modernes, se disant qu'ils seraient inopérants, et se seraient retournés chez eux. C'est quelques jours plus tard que le drame serait survenu. Après qu'il ait été nouvellement attaqué, le vieil homme a été conduit dans un état critique au dispensaire, en présence du même agent de santé. De-là, il a été évacué à Bobo- Dioulasso d'où il aurait succombé aux coups qui lui avaient été portés. L'agent de santé s'avoue bouleversé et remonté contre la famille qu'il tient pour responsable de la mort du vieil homme. Il affirme que s'ils avaient daigné essayer sa prescription cela ne serait pas arrivé. Ce conflit de logiques dans la perception du mal a d'une manière indirecte coûté la vie à une personne. Cet exemple montre la pertinence de cette approche de collecte d'informations. Si le fait divers ne m'avait été relaté, je n'aurais probablement pas

eu accès à cette donnée qui traduit comme d'autres éléments, l'existence d'un conflit de logiques entre agents de santé et patients. Ce cas de défiance qui dévoile une part de ce conflit n'aurait pas pu être cerné non plus. C'est donc à cette fonction que servaient les rencontres et discussions informelles du soir : discuter de tout et de rien c'est-dire socialiser, échanger sur les problèmes du village en des points divers : santé, agriculture, niveau de vie, rentabilité de l'activité commerciale dans le village, mentalité des villageois, activités politiques dans le village, etc. Au détour de chaque sujet de discussion, je trouvais toujours une occasion pour soulever des réactions vives, parfois polémiques mais surtout passionnées sur différentes questions. A ce jeu, les uns et les autres avaient fini par prendre goût, et c'est de façon enthousiaste que Zaki ou l'un quelconque de ses compagnons s'empressaient certains soirs de proposer un sujet de débat : ce soir, nous allons débattre sur ce sujet, ou sur tel autre sujet. Pour lancer les débats, j'aimais à leur poser des questions provocatrices. Par exemple, plusieurs fois, je leur demandais pourquoi malgré leur richesse, ils essayaient toujours d'éviter le CSPS en sélectionnant préférentiellement l'automédication ? Cette question les irritait un peu sur deux points. D'un côté, la notion de richesse leur semblait fausse, et ils se défendaient de l'être. Pourtant en discutant de leurs niveaux de revenus, et en comparant avec les revenus moyens des fonctionnaires salariés, ils se rendaient bien compte qu'ils étaient bien mieux nantis financièrement et économiquement que le petit et le moyen fonctionnaire de la ville. Certains en sont surpris à telle enseigne qu'ils s'en sont exclamés. Ils auraient parié qu'un fonctionnaire moyen touchait plus de 300000FCFA par mois. S'ils reconnaissent en définitive que leur situation financière est plus envieuse que celle du fonctionnaire moyen, ils se plaignent encore moins de leur sort comparativement aux autres localités rurales du Burkina Faso. Dans les débats sur l'appréciation de leur niveau de revenus, mes amis affirmaient souvent que les femmes ont généralement un revenu plus élevé que celui des hommes. En effet, les femmes sont plus nombreuses à pratiquer la vente du riz estimée plus rentable que la production réalisée majoritairement par des hommes. A ce sujet donc, je tenais des points de questionnements. Il était

notamment question de la perception des coûts des soins formels et informels, ainsi que de la participation financière de l'homme comme la femme dans la prise en charge de la maladie pour chaque membre du ménage. A la lumière des résultats obtenus dès l'amorce de la collecte, les échanges informels se sont poursuivis tout au long de la période de l'enquête de terrain. Un peu plus de 90 entretiens informels ont été réalisés.

Succès et écueils au lancement des entretiens formels

Réaliser des entretiens formels, tel était l'autre pan de cette première phase de l'enquête de terrain. Cela consistait à prendre une heure et demie pour la consacrer à un échange ouvert sur les perceptions et les expériences personnelles et collectives ancrées dans les faits de la vie courante au sujet du triptyque maladie-recours-conflits. Avec le personnel de santé, l'amorce des entretiens a été relativement facile, et l'intérêt participatif significatif. En effet, la délicatesse du sujet abordé imposait une approche minutieuse provoquant parfois un éloignement de l'objet empirique, et quelque fois un retour en force, et une insistance délibérée sur des points de questionnements touchant directement à l'objet de préoccupation central.

La relation d'échange avec le personnel de santé était appréciable, et très cordiale. Elle prenait parfois même une ambiance amicale et une humeur de camaraderie, comme si nous étions dans un grin de thé, ce qui n'était pas tout à fait faux. En effet, ce fut le cas au cours de l'entretien le plus long et le plus animé. Il s'est déroulé avec cet agent de santé et s'est passé sur un banc de repos, autour d'un thé. C'est le lieu où l'intéressé se sentait disposé à dialoguer avec moi. Nous étions seuls dans l'intimité, l'agent de santé, mon assistant, et moi-même. Il répondait aux questions en même temps qu'il faisait le thé. Une heure et quelques minutes s'écoulèrent avant que certains de ses collègues ne nous rejoignent. Il s'agissait précisément du major du CSPA de VK, d'un agent itinérant de santé, du maïeuticien de la maternité, et enfin du gérant du dépôt pharmaceutique. Ils n'arrivèrent pas tous au même instant, mais dès que le premier arrivant se présenta, je n'hésitai pas

à suspendre et à demander l'avis de l'enquêté avant de poursuivre. Le principe de l'entretien individuel compréhensif est en effet qu'il s'adresse à un répondant. Dans la foulée, l'intrusion d'une tierce personne peut perturber le naturel de la relation de communication, d'où l'importance de préserver la confidentialité de l'entretien. Cependant, mon raisonnement a planché beaucoup plus sur une approche plus flexible intégrant une sauvegarde de la confiance mutuelle entre agents, et celle entre eux et moi. L'entreprise dans laquelle je m'engageais allait durer un bon moment, et il n'était pas intéressant que naisse ou se renforce un climat de suspicion ou de tension entre collègues. De fait, j'ai pensé opportun d'éviter d'imposer la confidentialité à l'un quelconque des agents interrogés si les conditions prévues dès le départ échouent entre temps à préserver ce climat, et s'il souhaite que les choses restent en l'état. Il s'agissait donc dans la mesure du possible de négocier des heures et lieux de rencontres intimes où la conversation irait bon train, et où chaque individu placé dans ces conditions pourrait se libérer et livrer des informations intéressantes. Dans la majorité des cas, cela a été possible. Mais pour l'exemple ci-dessus cité, je n'ai point regretté d'avoir ainsi agi. J'ai demandé à l'enquêté s'il souhaitait que nous poursuivions l'entretien ailleurs, ou le remettions à un autre jour. Par surprise, il a manifesté un vif intérêt par rapport à la présence des autres qui ne l'importunait point. Il affirme du reste que cette présence constituait même un enrichissement de plus à son discours (ce qui peut s'entendre comme une source de justification de son propos). En effet, de conflits personnels avec certains malades relatés par l'infirmier avec qui je réalisais l'entretien, la discussion prit une autre tournure car une plainte est tout de suite lancée contre la hiérarchie du système sanitaire à laquelle il est reproché une mauvaise politique d'administration des CSPS. Le grief majeur dénoté par les uns et les autres est qualifié de mauvais traitement et de déficit d'encouragement. Des histoires spécifiques ont été racontées au travers de ce mixte entretien compréhensif et focus group. Les données recueillies à ce niveau sont alors intéressantes, et ont du reste rendu mon interviewé bien plus bavard.

Avec les agents de santé, les entretiens que j'ai effectués ont permis de discuter sur plusieurs questions. Le conflit dans les choix thérapeutiques ne pouvait être traité sans pénétrer au cœur de la relation thérapeutique avec les requérants de soins. De cela, j'en étais conscient et ma curiosité à ce niveau était relativement aiguisée. Mais pour commencer, mon interrogation a d'abord porté sur l'origine sociale des agents de santé, leur lien social et historique avec la profession, et leur motivation. Découvrir la manière par laquelle l'agent de santé est venu à son métier est une introspection utile pour déterminer ce qui le relie à son activité. Ceci est pareil chez les « tradi-thérapeutes » dont les apprentissages ont suivi des itinéraires différents, les exposant parfois à des motivations contradictoires. Le domaine des perceptions a été ensuite exploré. J'ai voulu connaître la perception profonde de différents agents de santé sur des éléments qui concourent à la réponse à la maladie. La perception sur la maladie, sa cause (comment survient-elle et pourquoi, la perception sur les différents recours aux soins de santé). Un autre point important abordé au cours des échanges formels avec le personnel de santé et les agents informels de santé est la réaction de chacune, de chacun dans la relation avec les patients. Ces trois éléments de questionnements sont inter-reliés. Ils concourent à montrer ce qui divise ou oppose entre d'une part ce que les individus attendent, ce qu'ils développent comme logiques, stratégies et actions pour contrer la maladie ; et d'autre part ce que les prestataires de santé et thérapeutes informels entendent comme patient modèle.

Le démarrage de ma collecte a été confronté à la difficulté à y faire émerger le domaine de la prospection intensive, conforme à la philosophie de l'enquête ethnographique. Il est évident une fois de plus que vouloir aller au bout du renseignement ne garantit pas qu'on puisse y arriver par le simple fait de s'être physiquement installé sur le site de son étude. L'expérience qu'il m'est donné de faire c'est qu'il existe une part consubstantielle de la pratique de terrain ne dépendant ni de la précision des questions adressées par l'enquêteur, ni de son effort de bavardage. Cette part s'appelle confiance. La confiance des enquêtés favorise l'éclosion d'un discours sincère et argumenté dans la mesure où la

méfiance vouée en règle classique à l'enquêteur disparaît ou s'atténue au bénéfice de la camaraderie, voire de la fraternité. Sur mon site, ces aspects ont été très importants à l'instar de la réalité existant dans plusieurs entités rurales du Burkina Faso. Être le frère d'une ou de plusieurs personnes au village est un gain significatif quand on s'introduit dans le corridor d'une recherche humaine et sociale de proximité. Les avantages que j'en ai tirés sont intéressants. L'exemple le plus illustre qui témoigne de ces avantages est la rencontre avec le plus actif d'entre mes informateurs clés. Je l'ai connu par l'intermédiaire du politicien, mais la relation que ce dernier entendait voir s'installer entre nous est allée plus loin encore. Alpha, puisque c'est de lui qu'il s'agit, souhaitait que son parent me soutienne de manière ponctuelle sur le terrain. Il l'a convié à m'appuyer dans la mobilisation des populations avec qui je voulais m'entretenir. Très vite, Pietro est devenu bien plus pour moi. Je suis allé connaître sa famille, et ses parents m'ont adopté comme leur fils, en particulier sa mère qui est très précisément originaire du même village que moi. Elle m'appelait son fils, et hormis le fait de n'avoir pas passé de nuit dans la cour, je me souviens avoir passé beaucoup de temps à leurs côtés. Je me rappelle avoir eu de multiples échanges informels avec mère, père, épouse, ou voisins de la cour. Convie à y manger, j'ai partagé plusieurs repas avec la famille de mon informateur clé et désormais frère. Je me suis rapproché significativement de lui, et il était tout disposé à me soutenir. Il acceptait de mobiliser des individus dans son quartier et je m'entretenais avec eux. Pierre m'est utilement venu en aide dans le suivi rapproché de deux femmes malades, et avec son aide j'ai pu constituer l'histoire de vie de ces femmes, axée sur leurs expériences de recours thérapeutiques. En définitive, l'intervention de Pierre m'a considérablement apporté dans l'amorce de mon activité de collecte des données. Comparativement au quartier de mon assistant où l'image reflétée sur mon identité est à la fois celle d'un grand monsieur de la ville, et un bienfaiteur pour leur enfant, le quartier de mon frère m'avait clairement identifié comme le frère de Pierre, mais aussi et surtout un agent de santé philanthrope qui approche les gens un à un, cherche à comprendre leurs problèmes de santé pour les résoudre. Dans un cas comme dans

l'autre, les stigmates qui m'étaient accolées rendaient ma tâche très périlleuse au départ, même si la première phase de mon enquête formelle s'est déroulée essentiellement auprès des agents de santé dans les centres de santé publique, et des « tradi-praticiens » dans leurs cliniques. Cette première phase a duré environ trois mois (Août 2013-Novembre 2013). Durant cette phase, je ne faisais pas d'entretiens dans les quartiers, mais je les sillonnais, guidé par mon assistant ou par mon frère Pierre. J'effectuais des entrées dans les concessions : celles de Pierre, de personnes à qui il voulait me présenter dans son quartier, celle des parents de mon assistant. Si mes deux compagnons les plus fidèles étaient fiers de me promener à ces différents endroits, j'étais tenu de justifier ma présence ou d'expliquer en quoi consistait mon travail. L'un s'efforçait de m'introduire comme son frère et de me présenter comme un agent de santé différent des autres (un agent de santé qui cherche à se rapprocher des malades et à les aider à se soigner efficacement). L'image de l'agent de santé peu ordinaire ne pouvait se décoller de sa pensée, bien qu'elle précédait toujours celle de frère. Ainsi, celle qui était retenue par l'interviewé est celle du frère, et la raison est très simple. Le frère du frère (Pierrot) qui nous l'a emmené est aussi un frère et il n'est donc pas malaisé du tout de demander une consultation sur la place. De ce fait, mon rapport était devenu relativement familier en divers endroits, dans les quartiers où j'étais conduit, les concessions où j'ai transité. Cette familiarité se jouait avec différentes catégories de personnes, hommes, femmes, personnes âgées, et enfants. La familiarité se nourrissait parfois aussi de la plaisanterie inter-ethnique. Par exemple, à un san, je disais une fois qu'il était venu jouir de l'hospitalité, la générosité, le savoir-faire, et l'instruction des Moosé. La plaisanterie s'était répandue dans la bouche de différents membres de la même famille, et l'ambiance était à mon avis agréable. Par la suite, les entretiens que j'ai sollicités et réalisés dans cette concession se sont favorablement déroulés, et avec le chef de ménage, l'échange a duré deux heures d'horloge. Ce qui était pareil avec la plupart des concessions où j'ai été faire des entretiens et des observations directes. Mon assistant me conduisait au départ auprès de personnes avec qui il avait des liens personnels : sa famille c'est-à-dire

oncles, tantes, grandes sœurs aînées, etc. Toutefois, il ne s'installait pas véritablement de familiarité entre nous, du fait de la distance professionnelle et sociale qu'il s'efforçait de garder au départ. Mais il sera progressivement amené à banaliser cette distance professionnelle sur ma demande incessante, et la simplicité que j'avais entrepris de cultiver dans notre relation quotidienne. Les premiers entretiens que j'avais réalisés en milieu hospitalier ont été planifiés par moi-même, mais l'appui de mon assistant s'est avéré substantiel, ne serait-ce qu'au plan du repérage géographique des lieux. A la fin d'un entretien, j'arrivais quelques fois à compléter le talon sociologique des personnes interviewées, et à obtenir des informations supplémentaires sur ces personnes. Mon assistant me racontait beaucoup de choses sur les agents de santé, et sur les « tradi-praticiens » quand je lui posais des questions. Les amis de mon assistant qui nous rencontraient parfois en chemin, ou qui venaient quelques fois le voir à la maison m'apportaient aussi des nouvelles sur l'offre de santé formelle, et précisément sur les agents de santé. Des histoires m'étaient régulièrement contées, notamment au sujet de tel agent de santé qui serait alcoolique et s'en prenait brutalement aux malades. On me racontait que tel ou tel autre agent aurait pour maitresse telle agente de santé communautaire, et ainsi de suite. Ces histoires de vies privées d'agents de santé, ou de « tradi-thérapeutes » déferlaient à l'amorce de mon enquête. Du reste, les commérages et faits divers se sont poursuivis jusqu'à la fin de la collecte. Les gens de Bama sont dit-on passionnés d'histoires racontées sur la vie des uns et des autres. Il est en effet difficile de passer inaperçu et de ne susciter aucune attention dans une localité qui bien qu'étant relativement grande demeure un village avec une importance du non-bâti, une démographie limitée, et des liens sociaux plus inclusifs. Sur ce dernier point, il faut dire que l'activité professionnelle, et surtout la faculté ou l'intérêt à parler de ce qu'on fait influence quelque peu le rapprochement des membres de la communauté. Les gens se sont particulièrement intéressés à moi car on disait de moi que j'étais médecin en formation, ou chercheur en médecine. Le lien que j'avais avec l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) dans le cadre de mon étude a été déterminant dans la

consolidation de cette représentation. L'IRSS étant partie prenante du projet de recherche où s'inscrit ma thèse, mon enquête ne pouvait s'affranchir de ce lien institutionnel sur lequel j'ai voulu cependant rester discret. En effet, pour les enquêtes en milieu hospitalier, cette spécification était indispensable, ce d'autant que l'autorisation éthique a été acquise par cette institution. J'ai dû présenter ce précieux document en même temps que la fiche de consentement éclairée au personnel de santé des établissements de soins primaires. Si le personnel de santé avait déduit que j'étais un agent de l'IRSS parachevant une thèse de recherche sur une question sanitaire, le discours s'était répandu dans les quartiers où j'étais le plus connu dans le village. Pour autant, ce regard était dérouté par la simplicité de mon rapprochement vis-à-vis du personnel de santé, et mon accoutrement d'étudiant, sac au dos toujours muni toujours de stylos, de cahiers de notes. Egalement, je laissais quelques fois transparaître le contenu de mon sac lorsque je me retrouvais quelque part pour un entretien ; autant de gestes et de signes qui créditaient ce discours de présentation que je tenais partout : « Je suis un étudiant, et je prépare la fin de mon apprentissage, pour espérer ensuite enseigner ». Avec cette présentation, la simplicité et le naturel étaient sauvegardés ou avaient l'air de renaître. C'est ce qui a favorisé la confiance et le libre propos des agents de santé, comme évoqué plus haut.

Les premiers entretiens ont permis de recueillir des connaissances provisoires sur les questions posées. Au-delà des mésententes courantes relatées à travers des récits d'oppositions aux patients, les premiers entretiens m'ont orienté sur l'existence de conflits de logiques avec les « tradi-thérapeutes. » Sur un autre plan, les relations hiérarchiques dans le système médical primaire se révélaient habitées de quelques trames d'oppositions. L'enquête auprès du personnel de santé s'est avérée être un point de départ fructueux. Les données collectées au cours de ces premières enquêtes ne pouvant cependant prétendre qu'à une exhaustivité partielle, elles ont été suivies des collectes prévues auprès des autres groupes sociaux. Les agents de santé ont été tout d'abord touchés par les interviews formelles organisées, de la même façon que les « tradi-praticiens », thérapeutes

parallèles, agents associatifs, informateurs clés l'ont aussi été dans la première phase de l'enquête de terrain. Cette étape a favorisé mon intégration dans le village. Ce temps a été relativement suffisant pour que la population ne prête plus réellement attention à moi. J'étais semble-t-il devenu un résident légitime du village pour la plupart, un frère pour d'autres (en particulier les jeunes de mon âge c'est-à-dire entre 25-35 ans), une connaissance vague pour certains. L'expérience des entretiens semi directifs et des échanges approfondis avec les acteurs formels et informels de santé m'a permis d'acquérir un statut d'intégré. Ajouté à cela la descente dans les espaces de vie domestique, et le rapprochement familial avec plusieurs personnes, les conditions étaient réunies pour permettre une transition pour une investigation dans les cadres de vie familiaux. Des entretiens semi-directifs aux entretiens approfondis complétés par des observations directes dans les milieux domestiques, et enfin des observations participantes dans les CSPS, la recherche s'est poursuivie dans une relation de transition, et une dynamique de va et vient entre les institutions sanitaires et les communautés villageoises. Une réalité majeure s'est vérifiée sur le terrain : la rupture entre les deux espaces d'enquête ne peut objectivement être envisagée dans le cadre d'une ethnographie des conflits dans les choix thérapeutiques. La raison est que le choix thérapeutique se caractérise par un jeu social et des interactions dans lesquelles l'expérience sociale (impliquant des rapports sociaux de genre) rejoint celle des recours aux soins (impliquant des relations avec les prestataires de santé, tout ordre confondu). Quand les agents de santé évoquent le recours tardif des usagers aux soins de santé en le justifiant par une rationalité financière, ils ne connaissent probablement pas la force des considérations étiologiques, encore moins des rapports de force symboliques homme-femme susceptibles d'influencer l'ordre des recours. Il s'agit en particulier de la temporalité du recours au dispensaire. Il était donc important d'en être conscient et de garder à l'esprit de réfléchir l'objet à travers ces différents niveaux de relations sociales.

Notes sur quelques jours d'immersion dans les centres de soins primaires de Bama

Immersion au CM de Bama du 17/03/2014 au 02/04/2014

J'ai entamé ce matin un séjour d'observation directe participante au Centre Médical de Bama. Ce séjour doit durer une dizaine de jours, et sera suivi d'un autre dans l'autre établissement public sanitaire du village de Bama, le Centre de santé et de promotion sociale de la Vallée du Kou.

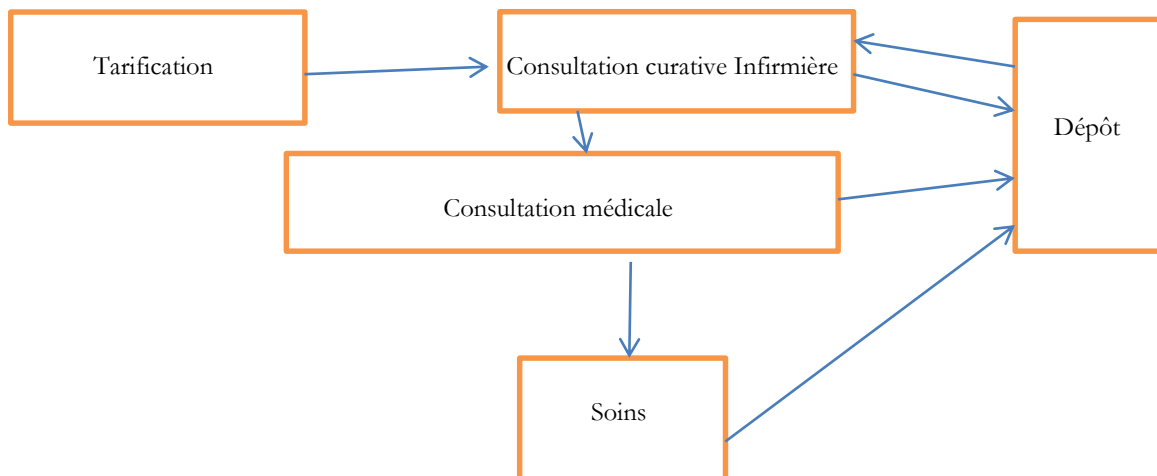
Au CM de Bama, nous commençâmes la visite autour de 08h00 du matin. La visite se tint dans une salle d'hospitalisation comportant 3 lits. Après avoir échangé la politesse avec chaque patient, l'infirmière de visite est accompagnée de deux stagiaires et de moi-même. Elle pose des questions et bavarde avec plusieurs malades. La deuxième salle contient 14 lits au total. Les lits sont tous équipés de matelas, et de matériels pour moustiquaires. J'ai observé les catégories de malades et d'accompagnants. Il y a d'une part les malades dans un état apparemment grave. Chez ces malades, l'ambiance est sourde et *tristonnante*, il n'y a ni rires ni lueur d'espoir. Sur la mine des autres personnes c'est la gaieté qui se laisse voir, soit parce qu'il y a du mieux, soit parce que ces personnes ne sont pas si gravement touchées. Un constat pendant la visite est que les salles d'hospitalisation n'ont pas encore été nettoyées : il est 9h00. Dans le même temps, la porte d'entrée centrale des salles d'hospitalisation est saisie par des hommes et des femmes battant allers et venues à l'intérieur des salles d'hospitalisation. Une mère d'enfant perfusé écoute l'infirmière les yeux hagards. La poche placée sur l'enfant étant finie, l'infirmière lui demande de prévenir chaque fois que la poche est achevée. La visite se passe dans la bonne humeur entre les stagiaires et l'infirmière. Cette dernière aussi ausculte, plaisante avec les patients, pose des questions : comment vous avez dormi ? L'autre bras est-il enflé ? Une patiente est libérée avec son enfant dont l'état de santé s'était amélioré. Rendez-vous lui est donné 72 H plus tard.

Après la visite, place à la consultation. Je me tins dans la salle de consultation où une stagiaire rejoint l'agent qui consulte pour l'assister en passant des tests rapides de palu aux patients de moins de 5 ans qui sont du reste les plus nombreux de très loin. La stagiaire explique d'abord le fonctionnement et l'utilité pratique du TDR. Dans la salle de consultation j'y observai l'attitude à la fois des agents de santé, mais aussi celle des patients. Je notai différents cas d'échanges conflictuels, notamment des rapports d'autorité :

- Un monsieur arrive avec son enfant de 5 ans environ. Il reste arrêté et semble perdu et effrayé. L'infirmier en consultation demande à l'homme de mettre en marche le brasseur. Il ne se retrouve pas, et a droit à l'injure de l'infirmier face à laquelle il se défend néanmoins : « ce n'est pas ma faute, l'interrupteur est usé ».
- Une dame peulh entre ensuite avec son enfant, et l'enfant jase. N'arrivant pas à le maîtriser, l'infirmier crie : « le peulh même c'est pas la peine », et d'un geste, il dit à la mère de s'en aller dès que l'examen TDR du palu est réalisé sur l'enfant.
- Un accompagnant, un homme d'environ 40 ans entre dans la salle de consultation avec une vieille dame. Elle n'est pas à sa première consultation pour le mal dont elle souffre. L'infirmier revoit l'ordonnance et constatant l'état de la vieille demande si l'IM prescrite avait été faite. Le monsieur affirme que oui mais après avoir vérifié son registre au même moment, l'infirmier crie « tu mens, tu es un menteur, tu n'as pas acheté ». Le monsieur conteste et refuse de se laisser traiter de menteur.
- En plaisantant, l'infirmier demande à une dame pourquoi a-t-elle mélangé le carnet de son enfant avec les plats de nourriture. Cette dernière répond : « c'est de cette façon que ça te plaira ».

NB. L'agent de santé me parle de l'impatience des patients. Il s'insurge contre ce faits en ces termes : « chacun pense que le CSPS là il va venir faire vite et puis repartir vite vite » ; « chacun veut passer en premier », « beaucoup ne sont pas respectueux. L'agent de santé me signale aussi qu'il y a régulièrement des ruptures permanentes de Tests rapides du paludisme (TDR), et que l'Etat ne respecterait donc pas ses engagements. Aussi, la salle de consultation contient une seule table de consultation, une seule chaise pour le malade, et un grand tabouret pour l'aide-soignant.

Circuit du malade du CM de Bama



Aujourd'hui il y a 5 agents de santé dans la salle de consultation. Comme hier, la journée commence avec une visite dans les salles d'hospitalisation. Dans la première salle, une vieille femme couchée sur l'un des trois lits d'hospitalisation réagit à peine quand on lui parle. Un agent conduit la visite et recommande une bonne alimentation. Les autres prennent les constantes du malade. Ensuite la visite se poursuit dans la deuxième salle. L'approche est différente car les agents de santé somment les accompagnants et visiteurs de libérer la salle pour la visite. Une autre

différence est que la salle d'hospitalisation a été nettoyée. Le ton entre les agents de santé et les malades est instable, parfois agité, quelques fois calme. Un cas d'agitation provoque la colère des agents de santé qui l'un à la suite de l'autre s'en prennent à une patiente enceinte. Elle aurait négligé les consultations prénatales CPN, et son mal présent serait lié à cette négligence. A présent, ses ordonnances n'ont pas été honorées mais sur ce point-ci, elle se défend en rejetant la faute sur son époux. Ce dernier aurait refusé d'acheter les produits pour son traitement. Pour les infirmiers, tolérer pareilles situations n'est plus à l'ordre du jour. Une infirmière affirme que « même l'infirmier achète ses produits quand il est souffrant ». Pour un autre infirmier, « on n'est plus au stade de négociation.

Descriptions notables :

- Une femme dont l'enfant est malade se voit reprocher de changer de lits au hasard.
- Les ordonnances prescrites par les agents de santé sont numérotées dans un registre de consultation.
- Un grand fût se trouve dans la salle de consultation. L'eau qui s'y trouve est recueillie et sert à nettoyer les plateaux utilisés pour transporter les outils de soins. L'eau sert aussi à se laver les mains après des soins prodigués. Ce matin, l'agent communautaire qui s'en charge habituellement ne l'a pas fait, et hier non plus : que se passe-t-il ? Une des infirmières qui était dans le besoin ne se posa pas deux fois la question. Elle alla puiser de l'eau dans un seau vêtue de sa blouse, et vient la déverser dans le fût.
- Le test rapide de palu, un dispositif matériel permettant de pratiquer une goutte épaisse et avoir les résultats sur le champ existe dans le CM. Il est

doté par l'Etat mais à cause de sa quantité insuffisante, il est prioritairement pratiqué sur les enfants de moins de 5 ans. Cependant, chez les plus âgés, il est aussi pratiqué lorsque l'état clinique du malade semble relativement grave. En ce moment, est-il facturé ?Y'a-t-il des jours ou des horaires précis où les enfants seraient prioritaires ?

- Le mardi est jour de vaccination. A cet effet, l'unique balance fonctionnelle du dispensaire est utilisée pour les pesées des enfants ; ce qui handicape un peu consultations.
- Une femme avec son nourrisson vient en consultation. L'enfant a 8 mois et est déjà souffrant. Après le diagnostic et les prescriptions, ainsi que les consignes posologiques, le major qui a ausculté l'enfant dit à la mère de revenir la semaine suivante pour les pesées. Elle pose une réticence, affirmant que son époux s'interpose aux pesées.
- L'infirmier de consultation s'exprime : il faut qu'on ait 300 malades ; vous êtes habitués à 1000 1000.
- Une femme avec un nourrisson de 4 mois vient en consultation. L'enfant est malade et ne peut uriner normalement depuis 5 jours. Elle dit avoir négocié l'aval de son mari pour envoyer l'enfant en consultation. La mère est inquiète. Elle semble avoir souffert avant d'avoir l'autorisation du mari pour venir aux soins. Elle signale que son enfant a été circoncis à domicile par un agent parallèle.
- Une femme entre dans la salle de consultation avec son enfant, un nourrisson de 4 mois environ. Elle remet le carnet de l'enfant et s'assoit. L'agent demande comment s'appelle l'enfant. Elle se tut. Une deuxième fois, ce n'est pas à toi que je parle vilaine ?La dame répond énervée aussi :Madina, le nom ne se trouve-t-il pas dans le carnet ?

- Une femme revient après sa consultation et après avoir payé des produits à la pharmacie. Elle sollicite comme beaucoup d'autres non lettrées, des précisions sur la posologie du traitement. L'agent de consultation la renvoie en lui disant d'aller voir ses collègues se trouvant hors de la salle de consultation. Elle s'en alla mais revient au quart de tour, en disant n'avoir trouvé personne. L'infirmier la renvoie dehors à nouveau.
- En plaisantant avec une femme avec son bébé, l'infirmier affirme ceci : « je fais te giffler ! »

La journée commence dans la salle de consultation. Une personne âgée revient se plaindre d'hypertension. Au contrôle de sa tension, il est pourtant très froid. Deux jours plus tôt, il était pourtant froid quand deux infirmières. Le major vérifie par lui-même une troisième fois mais cette fois.- la tension est normale. On signale aussi l'évasion d'une femme admise la nuit au CM. Son mari est stupéfait et vient se confier au personnel de santé. Il déclare sa femme non lucide. Les cas d'oppositions notés sont les suivants :

- Un jeune patient de 22 ans est reçu dans la salle de consultation. Assis, il grelotte, tousse à intervalle rapprochées, le corps tout chaud. Son téléphone sonne et il décroche son téléphone portable en présence de l'infirmière qui le consulte. Voyant cela, un autre agent se fâche et le somme de sortir de la salle pour recevoir son coup de fil : « sors, sors, sors » mais rien n'y fit. Le jeune homme reste dans la salle et ignore totalement l'infirmier qui vient de lui parler. Aucun agent de santé présent ne rajoute quoi que ce soit. L'infirmière se tut alors et attend qu'il finisse de communiquer. Après qu'il eut raccroché, elle poursuivit sa consultation. Quelques minutes plus tard, il reçoit un autre coup de fil et décroche à nouveau.

- Un jeune couple amène son enfant, une fillette de 24 mois environ en consultation. La fillette est blanche et toute pâle. Le père rejoint l'équipe médicale en visite dans les salles d'hospitalisation, et aguiche le major pour lui dire de consulter sa fillette de toute urgence. Prenant le soin de voir l'enfant, le major du centre médical constate la gravité de l'état de la fille et la conduit directement en salle de consultation. Le diagnostic révèle une anémie, et de toute urgence, l'infirmière délivre une fiche de référence aux parents. Le monsieur déclare alors que la mère de l'enfant n'est pas celle qui l'accompagne avec lui. Celle-ci serait retenue parce qu'elle viendrait nouvellement d'accoucher et aurait un bébé entre les mains. Selon les agents de santé présents en ce moment, la réaction du père augure d'un refus d'aller au lieu de référencement pour une meilleure prise en charge de l'enfant. Effectivement, le couple s'échappe en toute hâte sans attendre d'explication au sujet du référencement.

- Une malade, une dame dans la quarantaine consulte pour une toux aggravée. Elle avoue qu'elle se soignait depuis 6 jours avec un médicament qui s'appellerait « Royal » acheté dans les pharmacies prohibées. Son enfant est aussi atteint de la toux, mais elle le déclare bien portant. Tout d'un coup, l'enfant se met à tousser, contredisant la déclaration de la mère. Ayant déjà prescrit un traitement à la mère, l'infirmière lui demande ce qu'il faut faire pour l'enfant vu que ce dernier est aussi souffrant. Elle répond ouvertement qu'elle n'a pas reçu de l'argent pour soigner plus d'une personne. L'infirmière la négocie alors et la convint sur le bien-fondé d'une prise en charge de l'enfant.

- Un monsieur dans la trentaine fait subitement irruption dans la salle de consultation, interrompant une séance de consultation. Un infirmier se

tenant debout en situation de mobilité lui reproche ouvertement une telle attitude. Il serre la mine et répond en dévisageant silencieusement ce dernier. Il dit ceci : « on vient de m'appeler du service pour dire que mon vieux a été emmené ici ».

NB. Les malades et accompagnants de malades perturbent constamment les consultations. La salle de consultation infirmière grouille toujours du monde. Chaque nouvel arrivant tient à se signaler, et chacun souhaite que l'on tienne compte de sa présence aussitôt arrivé. Aussi, tout homme en blouse qui se fait voir en dehors de la salle de consultation est accosté par une ou plusieurs personnes. Cela donne le sentiment d'une accessibilité faible de la salle de consultation. Pourtant, au-delà de l'attitude des patients, il y a d'autres raisons qui expliquent les embouteillages permanents dans la salle de consultation. C'est le fait que le CM draine du monde mais ne possède pas d'infrastructures adéquates. La salle de consultation infirmière est relativement petite. Elle est précédée d'une salle d'attente tout aussi petite. La cour du CM est exiguë. Une trentaine de malades suffisent pour encombrer la salle d'attente et boucher la porte d'entrée de la salle de consultation infirmière. C'est parfois dans un tohubohu et quelques fois dans l'indiscrétion que se passent les consultations, même si avant tout acte d'auscultation, le malade est isolé de l'œil extérieur par un rabattement de la porte d'entrée quand celle-ci est entrouverte. Les agents de santé ont intégré ce réflexe, et veillent à cela. Ils contrôlent le mouvement de la porte même si celle-ci ne se ferme plus à clé. Pour autres soins tels que les injections intramusculaires sur les muscles de la fesse ou du bras, une salle existe à cet effet. C'est ainsi également pour les pansements de plaies et blessures.

- Il est 8h 27 et les consultations n'ont pas encore démarré à la maternité, où j'ai décidé de passer la journée. Le maïeuticien, également chef de service de la maternité du CM de Bama, vient de descendre de sa garde. La journée

commence par une causerie éducative avec les patientes. Une sage-femme stagiaire est désignée pour conduire cette séance de causerie. Elle suggère que les patientes proposent elles-mêmes le thème de la causerie parmi plusieurs sujets, et le choix est porté sur la PF. Deux autres accoucheuses accompagnent l'animatrice, soit pour traduire les propos de l'animatrice (les langues de la localité sont le mooré et le dioula), soit pour l'appuyer dans ses propos. La sage-femme met l'accent sur la connaissance de la PF et son intérêt au plan personnel et collectif. En définitive, l'animatrice conclut sur l'importance de la PF et insiste sur la disponibilité des agents de santé pour le choix et l'application de ces méthodes. Après cette causerie qui s'étale sur 20 minutes environ, les consultations démarrent. C'est d'abord une prise de constantes en même temps que se tient la consultation, une autre accoucheuse prend les références de la malade : nom, lieu d'habitation, etc...

Vers 9h30, un groupe de femmes arrivent et en ma présence se proposent de nettoyer la maternité. Elles sont au nombre de 10 et semblent animées d'une grande volonté. Elles sont de divers âges, des plus jeunes et des moins jeunes. Certaines d'entre-elles portent un enfant au dos. La salle d'attente prend tout de suite l'aspect d'un mélimélo où les patientes bavardent entre-elles. Les accoucheuses et sage-femme dialoguent également avec certaines des patientes en guise de pré-consultation. La salle de consultation se remplit d'eau. Les femmes nettoyeuses seraient venues sur initiative de la mairie. La raison serait que le nouveau bâtiment de la mairie de Bama s'inaugurerait le lendemain.

En bavardant avec les stagiaires, je découvre un peu le quotidien de leurs journées, et en particulier les nuits de garde qu'elles décrivent comme une charge excessive de travail. Les agents de garde à la maternité (accoucheuses et le maïeuticien) se relayent tous les 5 jours. Le nombre d'accouchements par mois est à 60 même s'il était de 79 au cours du mois écoulé. Ce nombre peut être plus important selon le maïeuticien, si l'on prend en compte celles qui

faute de pouvoir atteindre le CM à temps accouchent à domicile avant de venir à la maternité. Cela ramène à une moyenne de 2 à 4 accouchements par jour. Après chaque accouchement, il y a nécessité de remplir des fiches composés de fiches de renseignements pour le SONU, et autres fiches techniques. Le remplissage de toutes les fiches nécessite environ 1heure selon les sages-femmes.

NB. Une zone de conflit notée est relative à la prise cumulée de produits de toute nature durant le séjour d'attente, c'est-à-dire durant le travail, ou au cours de l'observation post-partum. Cela donne parfois suite à des saignements irréguliers qui sont mis sur le compte de l'incompétence d'agents pourtant sûres d'avoir agi avec professionnalisme.

J'ai passé la journée d'aujourd'hui en compagnie du MCCM et du major de Bama. Ayant été conviés à la cérémonie d'inauguration des nouveaux locaux de la mairie de Bama, ils ont bien voulu que je sois des leurs. A la fin de la cérémonie, et d'une autre qui s'est prolongée dans le village du Maire, non loin du village de Bama, j'ai bien senti l'empressement du major de revenir au service. Il confiera un peu plus tard que dans le domaine de la santé ils n'ont pas le même loisir de grever le travail pendant longtemps. Il faut retourner au plus vite pour s'occuper des malades.

Ce jour-là néanmoins, j'ai pu observer une consultation. C'est une femme, et c'est son enfant qui est malade. Elle a soigné l'enfant avec les tablettes de la grande sœur de celle-ci. Ce qui signifie d'une part que la grande sœur n'a pas non plus achevé son traitement, et que l'enfant malade n'aurait pas été conduite au dispensaire si l'automédication entamée par la mère avait marché.

Le 6e et 7e jours correspondent au weekend. J'ai rendu visite aux agents de jour, et de nuit, notamment à celle qui était de garde le samedi nuit.

Il n'y a pas trop d'affluence en ce premier jour de la semaine.

NB : Des blouses accrochées sur un porte-manteau dans la salle de consultation semblent personnalisées. Pourtant, d'autres blouses sont également suspendues sur un porte-manteau dans une autre salle désignée comme salle de garde, d'autres blouses non personnalisées s'y trouvent. C'est dans cette salle que je me suis trouvé une blouse pour mon immersion. Depuis que je suis là, je n'ai jamais remarqué que les blouses aient été une seule fois lessivées.

- Un patient vient réclamer des résultats et atteste les attendre depuis un mois. L'infirmier sur place réfute : « c'est faux, ça ne vaut pas un mois ». Pourtant après vérification, l'agent de santé se rend compte qu'il s'est trompé et que le patient a raison. Il rectifie en disant que ça faisait un mois tout juste. NB : après la consultation infirmier, une ordonnance est prescrite, et le malade est tenu de revenir dans la salle de consultation pour se faire expliquer la posologie et le mode d'administration. L'auto-thérapie ne consiste pas seulement en une prise de médicament. Aussi, certains prennent du tonic, une boisson gazeuse pour combattre la dysenterie.
- Une discussion est déclenchée et se mène autour de la thérapie d'une patiente diagnostiquée hypertendue avec 20 de tension, alors qu'un traitement lui avait déjà été prescrit. Ce traitement ne marche pas et il est question de situer les responsabilités. Après vérification, le médecin l'aurait vu sans changer le traitement en cours.
- Les tests rapides du palu ou TDR sont finis. Le major est parti à Dandé, lieu du district sans servir avant. L'infirmière de garde parle d'oubli, un autre riposte quel oubli ? Pourquoi ne lui avez-vous pas rappelé cela ?

- Un couple envoie sa fillette de 6 mois qui n'urine pas. Elle a été vue à VK et mise sous traitement sans succès. L'agent de Bama se dit incapable de prescrire un autre produit, et face à cette limite propose de les référer à Bobo Dioulasso. Le père proteste. Il atteste avoir déjà à Bobo pour la grande sœur de celle-ci qui souffrait d'anémie sévère. Il n'entendait donc plus rééditer ce fait. Une dispute a lieu entre agents de santé au sujet d'un patient dont la tension était élevée. L'un des agents propose un traitement, l'autre est septique. Finalement le traitement est prescrit au moment où le patient les appelle à cesser toute dispute.

- Une patiente conteste le produit qu'on lui a prescrit au prétexte qu'elle fait une réaction allergique à ce produit. Elle exige un autre produit. Elle se bute au refus de l'infirmier soutenu par le médecin chef qui passait par-là. De tractation en tractation, la femme malade, âgée de la quarantaine environ tient mordicus à sa requête et obtint en partie gain de cause. En effet, les agents de santé acceptent de lui prescrire un autre médicament à condition qu'elle accepte d'associer le produit qu'elle rejette. Le médecin l'enjoint au respect de cette prescription si elle tient encore à la vie.

- Un accompagnant après la consultation de son enfant revient avec une fiche de mutuelle pour inscrire ce dernier dans la fiche. L'infirmier se fâche tout d'abord et lui demande pourquoi avoir attendu tout ce temps avant de lui présenter cette fiche. Puis, il se rend très vite compte que l'enfant ne peut être inscrit dans la même fiche que son père parce que son nom n'y figure pas. Il lui retourne très vite la fiche.

- Une accompagnante vient consulter avec son enfant qui présente des douleurs mictionnelles. Quand l'infirmier voit l'enfant il crie : coupe la chose comme pour dire circoncis-le. La femme demande le coût de l'acte. L'infirmier réfute en disant : je ne vends pas de médicaments ! La femme répond : tu ne vends pas mais tu en connais le prix.

- Il y a coupure d'électricité à Bama. Les 09 lits à visiter et contrairement à la veille, la salle n'a pas été vidée des visiteurs et accompagnants pour la visite. La salle d'hospitalisation principale n'est pas vidée ce matin. Après la visite, retour en salle de consultation où j'ai à observer la relation de consultation.
- Une femme dans la trentaine a un gros ventre faisant penser à une grossesse. Elle fait la fièvre et semble visiblement alitée. Elle tient deux carnets, l'un à son fils, un autre neuf. L'infirmière lui demande où se trouve le carnet de la consultation à la maternité. Elle répond qu'elle a fait une confusion, et se tait devant l'idée que l'infirmière soupçonne un mal lié à sa grossesse qui n'en était pas une. Quand le major entre dans la salle, il l'ausculte et demande quel diagnostic a été établi. S'intéressant de près à la femme, il soupçonne des râles au niveau de sa respiration. Il l'ausculte alors de près et se rend compte qu'elle souffre d'une maladie grave au niveau du ventre. Ce n'est donc pas une grossesse qui se trouve dans le ventre de la malade, mais l'effet de la maladie dont elle souffrait qui lui donnait ainsi l'apparence d'une grosse.
- Un jeune homme de 29 ans vient pour le contrôle de sa tension artérielle. L'infirmier lui fit des reproches, en tablant essentiellement sur son jeune âge.
- Avec certains patients la communication passe très bien, et les rires ne manquent pas. Par-contre avec d'autres, la tension est relativement forte.
- Une accompagnante se fâche contre la malade qui est visiblement sa mère. Elle lui reproche d'avoir été à l'origine d'un recours tardif qui leur vaut maintenant une hospitalisation.
-

Point de l'enquête à mi-chemin

- Désir de se faire le plus de malades possible dans le but d'accroître les ristournes
- Comportement irrévérencieux et défiant de certains patients : sources de disputes ou événements qui ne compromettent pas pour autant la délivrance des soins.
- Une malade s'impatiente. Elle s'agite dans la salle d'attente, et entrouvre la porte de la salle de consultation. La voyant, l'infirmier consultant du jour (il y a une seule table de consultation infirmier, donc les agents de santé se sont organisés de telle sorte que les consultations se font à tour de rôle sur la table. Mais pendant qu'une est sur la table, les autres sont soit aux pansements, injections, prise de constantes dans la salle d'attente, vaccination si c'est le jour,...) se fâche : « ces femmes-là quand elles viennent elles pensent qu'elles sont prioritaires, c'est même 100F là).
- Une jeune mère poulote envoie son enfant malade au CSPS. L'agent lui demande l'âge de l'enfant, et elle répond tout cru : « regarde-le et tu sauras ». L'infirmier se fâche et menace de la giffler. Elle panique alors, et répond en sursaut ! N'en finissant pas tout de suite, l'infirmier la réprimande copieusement : regardez-moi celle-là, tu es bête non ? C'est moi qui ai mis ton enfant au monde non ?
- Une autre mère âgée environ dans la quarantaine emmène son enfant. L'agent de santé lui demande comment s'appelle l'enfant ? Elle se tint silencieuse, ne dit rien ! L'agent se répète : je t'ai demandé le nom de l'enfant non ? Elle se lâche alors : « Toi tu es toujours comme ça ! Tu ne peux pas regarder sur le carnet ? ». Ici l'infirmier qui est le même ne se fâche pas, mais en rit et reprend le carnet de l'enfant, puis lit le nom.

Les deux cas traduisent une inégalité de traitement même si les sujets de l'affront ne sont pas quasiment identiques. D'un côté l'âge, d'un autre côté le nom ; il semble plus obligeant d'exiger de l'infirmier de regarder le nom plutôt que l'âge, même si toutes ces informations sont censées figurer sur le carnet. Le fait est que les carnets ne sont pas toujours remplis comme dus, mais une chose est de dire de regarder dans le carnet médical de son enfant pour y voir son nom ; une autre est de dire de deviner en regardant l'enfant. Dans le premier cas, cela est pris comme une injure, une foutaise et vise l'intention de la moquerie. Cela se produit de surcroît entre une jeune poulote voilée. Dans le deuxième cas, la personne est visiblement proche du thérapeute : le silence est accompagné d'un regard accentué, puis d'un léger sourire avant la remarque. La familiarité est plus grande dans le deuxième cas. In fine, cela signifie que la relation de soins est en partie influencée par la relation antérieure entre le soignant et le requérant qui est alors une relation subjective. Dans le premier cas, la femme n'a plus rien ajouté, elle en avait eu assez pour son affront. Par-contre, la deuxième femme a continué à taquiner son vis-à-vis sans complexe et sans représailles.

NB. Les conflits se composent souvent d'échanges de mots durs prenant parfois l'allure de plaisanterie (quand il y a un lien de plaisanterie entre agent et patient), ou ce qui est encore plus courant, d'irritation des patients. Face au prestataire, il y a souvent une volonté affichée de participer au traitement, d'où le fait que de nombreux patients ou accompagnants de patients réagissent à la conduite du prestataire. Tous ne réagissent pas promptement, mais le désir de se faire respecter est manifeste chez eux. Egaleme nt l'évaluation des traitements sert de plus en plus d'outil pour évaluer la compétence de l'agent prescripteur. En cas d'échec, les bénéficiaires n'hésitent point à se signaler : j'ai suivi votre traitement mais le mal ne recule pas.

En deux semaines de présence quotidienne dans le centre médical, c'est environ 400 à 500 malades qui sont venus consulter. Aucun malade sous mes yeux n'est revenu

en salle de consultation pour se plaindre d'une quelconque incapacité à honorer l'ordonnance. La plupart consultants (2/3) sont des femmes et des hommes. Ils sont tous revenus avec leurs sachets de comprimés en main.

Immersion au CSPA de la Vallée du Kou

08/04/2014 au 19/04/2014

Mon travail a commencé aujourd'hui à VK. J'ai trouvé un nombre relativement limité de patients (07 personnes) en arrivant. J'assiste une IDE stagiaire dans la pose d'une perfusion intraveineuse à un enfant de moins de 2 ans. Le matériel présente une défection, précisément au niveau de l'intranule. Il n'y a pas d'alternative autre que de changer le changer. Les agents du CSPA VK me disent que la fréquentation du CSPA peut atteindre le seuil de 40 malades/jour en cas d'affluence, et 10 en cas de non affluence.

- Une patiente entre dans la salle de consultation. Elle continue derrière la salle de consultation sans mot dire, et revint quand elle a fini de faire sa besogne : cracher. Les agents de santé surpris restent sans mot dire.
- Une patiente conteste le diagnostic de son mal : ati tension téqui signifie : je n'ai pas la tension. L'infirmier la reprend sur cette réponse, en lui disant qu'elle souffre bien de la tension, et en lui recommanda à nouveau de suivre les prescriptions qui lui sont faites à la lettre. Elle affirme prendre ses cachets fidèlement aux prescriptions qui lui avaient été faites, et pour le prouver, elle étale tous ses médicaments sur la table de consultation. Mais y jetant un coup d'œil, l'agent de santé se rend compte que l'un des cachets est fini. C'est alors qu'elle le reconnaît, et affirme avoir 'fini d'avaler ce produit. Elle ne soupçonnait pas l'importance de ce produit, vu

qu'il en restait d'autres. A partir de-là, l'infirmier put achever sa consultation.

- Un monsieur, 40 ans environ, arrive en tenant une ordonnance. Il accompagne et prend en charge sa mère qui vient d'être hospitalisée, et à qui on a prescrit une ordonnance en son absence. Il insiste pour voir le soignant du jour. Dans la salle de consultation, il a affaire à un infirmier bien connu dans le village. On dit de cet infirmier qu'il est dur, et qu'il malmène parfois ses patients. Le plaignant s'exprime en demandant la confirmation de l'ordonnance. L'infirmier confirme. L'accompagnant de la malade réplique alors que si c'est ainsi, il ne dispose pas d'assez de ressources financières pour l'honorer. Il prend un ton de colère comme s'il remettait en doute la véracité de l'ordonnance, et par ricochet la probité de l'agent de santé. Ce dernier se fâche alors à son tour : « c'est simple, si tu ne peux pas payer, on va te faire signer une décharge. Tu envoies ta pièce ». Déçu de cette réponse, il ressort sans mot dire. Le voyant à la sortie, je l'exhorte à trouver une solution à son problème d'argent. Il ne répond pas. Pourtant, un quart d'heure plus tard, il revient dans la salle de consultation avec les médicaments qui avaient été prescrits pour sa mère. Il n'a plus rien ajouté sur l'ordonnance.
- J'ai eu une petite entrevue avec les stagiaires cet après-midi. Elles profitent du temps libre qu'elles ont pour rédiger leur rapport de stage. Elles sont toutes les deux en dernière année de leur formation infirmière. Ce stage doit donner lieu à la rédaction de leur rapport de sortie. Ces stagiaires me font part d'une observation qu'elles ont faite sur le coût des soins au CSPS de VK. Dans l'ensemble, elles estiment que le coût des médicaments est particulièrement cher. Prenant exemple sur une jeune adolescente qui vient de se faire prescrire de 8500 FCFA, l'une d'elles

affirme que bien qu'ayant déjà ce montant ladite ordonnance n'est pas exhaustive. Il est clair selon elle que le traitement complet de cette jeune fille aurait pu atteindre 12500 voire 15000F. Ce constat que ces professionnelles de passage ont fait corrobore les plaintes des populations au cours des entretiens. Jeunes et mères d'enfants se plaignent en effet de la cherté des médicaments au CSPS de la Vallée du Kou. Des élèves attestent la surfacturation des ordonnances, non seulement sur le nombre de produits, mais aussi sur le prix de chaque produit. C'est pour eux une stratégie bien connue, et qui leur sert vilement dans la course à l'enrichissement.

- Une situation patente de conflit ouvert se pose. Il est midi passé de 20 minutes environ. Presque tous les agents de santé sont descendus de la journée de travail, excepté Sanou et les deux IDE en stage final en ce moment au CSPS de VK. Une dame âgée de la cinquantaine et portant au dos un bébé qui n'est vraisemblablement pas le sien arrive en trombe. Elle a amené sa fille de 21 ans en soins d'urgence. Cette dernière a le majeur coupé, et pour stopper les saignements, la mère avait entouré le doigt d'un ruban de pagne. Pour voir et soigner la plaie, l'une des IDE en stage déroule le ruban, et par mégarde la peau de la blessure saigne. La mère se fâche et avec un ton d'énervement fustige l'agent pour son acte. Pour soutenir sa collègue et justifier ce geste, l'autre infirmière dit à la mère qu'elle vont couper la peau, sans ajouter que cela est indispensable pour le traitement de la blessure. La mère s'enflamme de plus belle : vous allez couper ? Tu veux couper le doigt de ma fille, viens couper et tu auras affaire à moi ! C'est quelle genre de médecine ? Viens couper et tu auras affaire à moi ! Ses menaces verbales sont accompagnées de menaces physiques dans la mesure où elle tend le bras comme pour se saisir de l'infirmière et lui donner une correction exemplaire. Paniquée, celle-ci se lève, et décide de se soustraire aux soins de la jeune fille blessée. Elle demande ouvertement à son collègue de la remplacer sinon « celle-là va

nous frapper ici ». J'étais dans la salle d'attente à m'occuper de prendre la température d'un malade, mais je suivais tout à distance. Aussi, vu que l'accompagnante ne se calmait pas, je les rejoignis, et pacifiquement lui demandai de m'expliquer ce qui ne va pas. Elle me répète ce qui venait de se passer, et pour la tranquilliser, je lui fis comprendre qu'elle a mal interprété le propos de l'infirmière qui n'a pas su lui expliquer la nécessité de couper la peau pour pouvoir suturer la plaie. C'est alors qu'elle se calme un peu, et se laisse raccompagner hors de la salle par un tout autre agent de santé qui venait aussi d'arriver. Cependant, les injures se poursuivent et tout le monde dans les alentours entendait ce qu'elle disait : « Un agent de santé aussi est quoi ? C'est le travail que vous voulez aussi sinon tu serais allé loin à l'école et ne serait pas ici ». Pendant ce temps, l'infirmière ayant repris ses esprits avait prescrit une ordonnance pour les soins. L'ordonnance lui fut portée par le monsieur qui l'accompagne. Tout de suite elle réagit : « ce n'est pas ça l'ordonnance, elle a fait exprès pour que le montant soit élevé ». Après cela, elle se renseigne sur le coût des produits prescrits, et revient dans la salle de consultation pour exiger qu'elle soit allégée. Sans discuter, Sanou porte une croix devant deux produits l'ibuprofène et l'amoxicilline, et elle s'en retourna visiblement satisfaite.