

UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DOCTORALE DROIT, ECONOMIE-GESTION ET SCIENCES SOCIALES

ANNEE 2013

N° attribué par la Bibliothèque

THESE

En vue de l'obtention du Doctorat

Discipline : Sociologie

Par Amélie, Brigitte LOMPO

Préparée au Centre Nantais de Sociologie

**LE FAIBLE RECOURS AUX SOINS DE SANTE AU
BURKINA FASO: LE CAS DES FEMMES YADSE
DANS LA REGION NORD.**

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 Juin 2013

Devant le Jury :

Véronique GUIENNE, Professeur de sociologie, Université de Nantes, Directrice de thèse

Ali EL KENZ, professeur de sociologie, Université de Nantes, Président de du jury

Marie-Françoise COUREL, Directrice d'études HDR, EPHE, Paris, Rapporteur

Jacques RODRIGUEZ, Professeur de sociologie, Université de Lille III, Rapporteur

Laurent BRUTUS, Chercheur IRD, HDR, Faculté de Médecine de Nantes

Dominique FOUGEYROLLAS, CR CNRS, Paris Dauphine

PAGES LIMINAIRES

RESUME

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, différentes stratégies de santé publique ont été développées dans le but d'augmenter le recours aux soins des populations, les rendre accessibles à tous. Ce faisant, au Burkina, l'offre de soins a considérablement augmenté depuis l'indépendance ; la prise en charge des populations aussi. L'espérance de vie à la naissance est passée de 42 ans en 1975 à 54,1 ans en 2004. Dans le même temps, la mortalité a connu une baisse.

Toutefois, la population n'a pas massivement recours aux services de santé, en particulier les femmes. Aussi, cette recherche conduite au Yatenga, se propose d'analyser les contraintes qui influencent ce recours, notamment chez les femmes. La recherche montre des dysfonctionnements du système de santé, le coût élevé des prestations, la mauvaise qualité des soins. Cependant ces éléments ne sauraient être les seules raisons.

L'enquête réalisée permet également de mettre au jour des inégalités de genre en matière de recours aux soins de santé. Les femmes mobilisent diverses stratégies disponibles afin de se soigner, en particulier les pratiques locales issues des savoirs traditionnels. Mais au-delà, elles ont besoin de l'autorisation du chef de famille pour accéder aux soins de santé. L'autorisation de se soigner ou non va être conditionnée par le type de ménage, le statut de la malade au sein de son ménage ainsi que les caractéristiques de la maladie.

TITLE : THE LOW USE OF HEALTH CARE IN BURKINA FASO: THE CASE OF WOMEN IN THE NORTHERN REGION YADESE.

SUMMARY

In Burkina Faso, as in most sub-Saharan African countries, different public health strategies have been developed in order to increase health care utilization by the population, making it accessible to everybody. Hence, in Burkina Faso, the provision of health care has increased significantly since independence, as well as the support of the people. Life expectancy at birth has risen from 42 years in 1975 to 54.1 years in 2004. At the same time, mortality has declined. However, people do not rely heavily on health services, especially women. So, this research, conducted in Yatenga, intends to analyze the constraints that affect health care utilization, particularly among women. The research shows the failures of the health system, the high cost of services and the poor quality of care.

However, these elements can not be the only reasons why women do not use the health system as much as it could be expected. The survey also helps to uncover gender inequalities in terms of health care utilization. Women mobilize various strategies available to take care of their health, especially local practices from TK. But beyond that, they need the permission of the head of the family to get access to health care. Leave to use it or not will be dependent on the type of household, the status of the patient in the household and the characteristics of the disease.

Mots-clés en français : Burkina Faso, Recours aux structures, Genre, Parcours de soins.

Keywords : Burkina Faso, Use of health facilities, Gender, care Pathway.

TABLE DES MATIERES

Page

Dédicace	10
Remerciements	11
Liste des sigles et abréviations	13
Liste des tableaux	15
Liste des photos	16
Liste des figures	16
Liste des cartes	16
INTRODUCTION GENERALE	17
CHAPITRE INTRODUCTIF.....	23
CONSTRUCTION DE L’OBJET DE RECHERCHE	
CHAPITRE I	23
LA PROBLEMATIQUE DU RECOURS AUX SOINS	
1.1 Soins, recours aux soins et santé	24
1.1.1. La notion de soins	24
1.1.2. La notion de recours aux soins	25
1.1.3. La notion de santé	28
1.1.4. Représentations sociales de la santé	29
1.2. Problématique de la recherche	33
1.3. Le choix méthodologique	44
1.2.1. Origine de la recherche	44
1.2.2. Choix du terrain	48
1. 2.3. Le lieu de l’enquête : le Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya	56

1.4. Outils et collecte des données	59
1.3.1. L'interview	61
1.3.2. L'observation	64
1.3.3. Les entretiens informels	65
1.3.4. Les données chiffrées	66
1.5. Limites et difficultés rencontrées	66
 CONCLUSION PARTIELLE	 68
 PREMIERE PARTIE	 70
CADRE DE LA RECHERCHE : DU PAYS A LA REGION	
 CHAPITRE II	 71
SITUATION SANITAIRE DU BURKINA FASO	
2.1. Situation socio-économique.....	71
2.1.1 Historique	73
2.1.2. Situation économique.....	74
2.1.3. Situation démographique	75
2.2. Situation sanitaire.....	78
2.2.1. Historique sanitaire.....	78
2.2.1.1. De 1960 à 1978 : La politique postcoloniale	78
2.2.1.2. A partir des années 1980: la politique d'autoajustement	80
2.2.1.3. Les années 1990: Les programmes ajustements structurels	81
2.2.1.4. Les années 2000 : La politique nationale de santé	82
2.2.2. Organisation du système.....	83
2.2.3. Offre de soins et services de santé	84
2.2.3.1. Le secteur public	84
2.2.3.2. Le secteur privé	88
2.2.3.3. Le secteur traditionnel	90
2.2.4. Etat de santé de la population	93
2.2.5. Caractéristiques générales de la santé.....	95

CHAPITRE III	99
APPROCHE SOCIO-ECONOMIQUE DE LA SANTE DES FEMMES	
3.1. Contexte général	99
3.1.1. Caractéristiques socio-économiques	99
3.1.2. Accès aux ressources.....	101
3.2. Situation sanitaire des femmes burkinabè	102
3.2.1. Historique des actions sanitaires	102
3.2.2. La mortalité infantile	106
3.2.3. La mortalité maternelle	107
CHAPITRE IV.....	114
LE YATENGA, LIEU SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE	
4.1. Caractéristiques de la province	114
4.1.1. Histoire	114
4.1.2. Organisation sociale	120
4.1.2.1. Le système de parenté	121
4.1.2.2. La solidarité chez les Mossi	122
4.1.2.3. L'ethnie en question	124
4.1.2.4. Les femmes Yadesé	126
4.2. Situation sanitaire	130
4. 2.1. Infrastructures et équipements sanitaires	130
4.2.2. Etat de santé de la population	132
4.2.3. La maladie chez les Mossi	135
CONCLUSION PARTIELLE	137

DEUXIEME PARTIE	139
UN FAIBLE RECOURS AUX SOINS DE SANTE	
CHAPITRE V	140
PARCOURS DE SOINS DES FEMMES YADESE	
5.1. Les pratiques au quotidien.....	140
5.1.1. Les récits de soins	140
5.1.2. Les maladies prédominantes	153
5.2. Les itinéraires de soins, une variété de recours possibles	158
5.2.1. Supporter le mal ou le non recours	159
5.2.2. L'automédication, un reflexe	161
5.2.3. Le tradipraticien et/ou le marabout, un recours quotidien	166
5.2.4. L'hôpital, une autre possibilité de recours	169
5.2.5. Le recours successif aux deux médecines	174
CHAPITRE VI	176
ANALYSE DES RAISONS AVANCEES	
6.1. Impact de l'univers culturel et social de la malade	176
6.1.1. L'interprétation de la maladie	176
6.1.1.1. La sévérité de la maladie	176
6.1.1.2. Le type de maladie	177
6.1.1.3. L'origine de la maladie	179
6.1.2. L'efficacité perçue des services de santé et des soins traditionnels	180
6.1.2.1. La perception de la biomédecine	180
6.1.2.2. Le recours aux soins lié à la connaissance d'un agent de santé	181
6.1.2.3. L'habitude et la confiance en la médecine traditionnelle	182
6.1.3. Le manque de pouvoir de décision de la malade	183
6.1.3.1. L'autorisation du mari/ du chef de famille, une obligation.....	184
6.1.3.2. La peur des discordes conjugales et l'évitement des conflits	184

6.1.4. Les éléments influant sur la prise de décision de recours aux soins.....	191
6.1.4.1. Le type de ménage	191
6.1.4.2. Le statut de la femme dans le ménage	196
6.1.5. La mauvaise image de la femme malade et l'endurance face à la douleur	199
6.2. Influence des caractéristiques propres à la malade	200
6.2.1. Le milieu de socialisation	200
6.2.2. L'âge de la malade	203
6.2.3. L'effet génération	206
6.2.4. La religion comme autre élément explicatif	208
6.3. Raisons matérielles	211
6.3.1. Le manque d'argent	211
6.3.2. Le sentiment de perte de temps	214
6.3.3. La distance géographique	215
CONCLUSION PARTIELLE	219
TROISIEME PARTIE	220
DETERMINANTS DU FAIBLE RECOURS AUX SOINS DE SANTE	
CHAPITRE VII	220
UN FAIBLE USAGE MALGRE L'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS	
7.1. Des avancées et des insuffisances structurelles	222
7.1.1. Des avancées structurelles	222
7.1.2. Des insuffisances politiques et structurelles	222
7.1.2.1. Fonctionnement du système et de ses insuffisances	228
7.1.2.2. La corruption, un phénomène connu	238
7.2. La place des soins traditionnels dans le recours aux soins	240
7.2.1. La préférence accordée aux soins traditionnels	241
7.2.2. Les limites des soins traditionnels	244

7.2.2.1. L'inefficacité des soins traditionnels.....	244
7.2.2.2. Le coût élevé de certains soins traditionnels	245
7.2.2.3. La distance géographique	246
7.2.2.4. Les faux guérisseurs	248
7.2.2.5. La raréfaction des plantes médicinales	249
7.2.2.6. Le risque de l'automédication	249
CHAPITRE VIII	253
UNE DIVISION GENREE DE L'ACCES AUX SOINS	
8.1. Les soins sous emprise	253
8.1.1. Les comportements familiaux face à la maladie des femmes	253
8.1.2. Dynamique familiale	253
8.2. Les comportements face aux longues maladies.....	255
8. 2.1. Le Sida, une maladie qui exacerbe les caractéristiques mises en évidence....	255
8.2.2. La difficulté du statut de séropositivité	265
CONCLUSION PARTIELLE	268
CONCLUSION GENERALE	269
BIBLIOGRAPHIE	282
ANNEXES.....	297

A La mémoire de NAMOANO Puomiari Jeanne, ma mère.

REMERCIEMENTS

Cette recherche est le résultat de plusieurs années de travail et de sacrifices. Elle a pu aboutir grâce à Véronique GUIENNE, professeur des Universités en sociologie de Nantes, directrice de cette thèse. C'est d'abord à elle et avant tout que vont mes remerciements. Elle a su m'accueillir dans cette école et me soutenir dans ce travail scientifique et périlleux. Elle a su m'écouter et m'apporter des conseils précieux aux moments critiques de ce travail qui m'ont permis de structurer et améliorer à chaque étape ce travail. Aussi, sa disponibilité à tout instant, ses encouragements à finir ce travail et pour tout ce qu'elle m'a appris.

C'est ensuite à Marie Françoise COUREL que j'exprime ma gratitude. Ses précieux conseils à un moment décisif de mon travail ont été d'un apport significatif à l'aboutissement de celui-ci.

J'exprime mes profonds remerciements à l'ensemble des membres du jury qui m'ont fait l'honneur de participer au jury de soutenance.

Merci à Amélie, Marion, Gabriella, Bernard, Salim, Anssou, Mohamed, Sébastien avec qui j'ai eu la chance de travailler et de partager des moments riches tout au long de ce travail.

Nos travaux ont eu pour cadre de recherche le Burkina Faso. Nous y avons bénéficié d'appuis divers. Je veux remercier cependant, le directeur du CHR de Ouahigouya qui m'a ouvert les portes de son institution ; tous les médecins de cet hôpital pour le soutien apporté à mes démarches. Les sages femmes, infirmières et infirmiers majors (urgences et consultations générales) pour leur disponibilité et leur fraternité m'ont permis de mener à terme les enquêtes de terrain.

A toutes les malades rencontrées et particulièrement celles atteintes du sida, je leur souhaite vivement l'accès aux traitements disponibles.

A toutes les personnes qui se sont intéressées à mon sujet en y donnant de leur temps à chaque fois que j'en ai eu besoin. Merci à tous ceux qui ont accepté de participer à la lecture et à la correction ce travail, Angèle, Jean-Paul. Je voudrai remercier Marie-Josée pour sa précieuse relecture qui a permis d'améliorer la forme et la lisibilité de ce travail.

Je n'aurais pas pu survivre à l'intensité de ce travail sans l'aide de Frédéric et Salomon qui ont su m'entourer, supporter mes interrogations, mes absences permanentes, mon investissement universitaire. Tout comme mon père qui a su me faire confiance et qui m'a toujours soutenu dans mes choix. Merci pour ton amour et pour avoir été toujours présent dans ma vie. Merci à Gloria pour l'affection qu'elle m'a toujours portée, malgré l'éloignement et mon absence qui lui pèse. A toute la fratrie, Anastasie, Léocadie, Daphné, Eliane, Carlos, Ivano, pour votre dévouement, votre chaleur, votre humour et les bons moments passés ensemble.

Merci à vous qui m'avez ouvert grandement vos portes et vos cœurs Roger, M. Thérèse, Sophie, Mickaël, Pierre, Lucas, Clément, Coralie, Chloé, Antoine, Yves et à tous ceux que j'ai rencontré ou connu par leur truchement.

C'est sans doute aussi vers Béatrice et Goeffroy que se tourne ma gratitude pour m'avoir persuadée d'entreprendre ses études, leur affection, leur soutien et pour tous les bons moments passés ensemble; ainsi que Alain et Lucie, Brigitte, Marie-Claire, Daniel, Anne, Christelle, Gaëlle, Marie-Pierre, Marion. A mes amis Isabelle, Brigitte, Edvige-Aya, Gladys, Miriam, Denis, pour votre soutien, votre humour et nos éclats de rires.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ENSP Ecole Nationale de Santé Publique

EDS Enquête Démographique et de Santé

EPA Etablissement public à caractère Administratif

CHR Centre Hospitalier Régional

CHN Centre Hospitalier National

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CMA Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

CM Centre Médical

CN Comité National

CSPL Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

CSPS Centre de Santé et de Promotion Sociale

DHD Développement Humain Durable

DEP/ MS Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé

DRS Direction Régionale de la Santé

DS District Sanitaire

F.CFA Franc la Communauté Financière Africaine

FNUAP Fonds des Nations Unies pour le Développement

FS Formation Sanitaire

GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit/ Coopération Technique
Allemande

IB Initiative de Bamako

IDE Infirmier d'Etat

IDH Indice de Développement Humain

IEC Information, Education et Communication

IMF Institution Micro Finance

INSD Institut National de la Statistique et de la Démographie

IRSN Institut de Recherche sur les Substances Naturelles

ISF Indice Synthétique de Fécondité

IST Infections Sexuellement Transmissible

MEG Médicaments Essentiels Génériques

MS Ministère de la Santé

MSR Maternité Sans Risque

MST Maladies Sexuellement Transmissible

OMD Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONG Organisations Non Gouvernementales

ONUSIDA Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida

ORL Oto-Rhino-Laryngologie

PAS Programme d'Ajustement Structurel

PEV Programme Elargi de Vaccination

PIB Produit Intérieur Brut

PNM Plan National Multisectoriel

PNUD Programme des Nations Unies pour le Développement

PNDS Programme National de Développement Sanitaire

PSN Politique Sanitaire Nationale

PSP Poste de Santé Primaire

PPTE Pays Pauvres Très Endettés

QUIBB Questionnaire des Indicateurs de Base de Bien-être

RDP Révolution Démocratique et Populaire

RGPH Recensement Général de la Population et de l'Habitation

SIDA Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SSP Soins de Santé Primaire

SR Santé de la Reproduction

UIDH Union Inter africaine des Droits de l'Homme

UNESCO Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Hospitalisation et taux d'occupation des lits, 1999 à 2002	58
Tableau 2 : Evolution des infrastructures et ressources humaines	87
Tableau 3 : Répartition des formations privées de soins	89
Tableau 4 : Utilisation des formations entre 1997 et 2007, selon le milieu et le sexe	92
Tableau 5 : Indicateurs des évolutions des agents de sexe féminin dans les formations publics	99
Tableau 6 : Répartition des professions par sexe et selon le milieu	100
Tableau 7 : Distribution des maladies, causes de décès	101
Tableau 8 : Nombre de décès maternels dans les formations sanitaires	107
Tableau 9 : Indice des cas d'IST selon le sexe, 2006	109
Tableau 10 : Utilisation des formations sanitaires 1997-2007	111

Tableau 11 : Répartition du personnel sanitaire du Yatenga	131
Tableau 12 : Répartition des cas d'IST dans le district sanitaire de Ouahigouya	132
Tableau 13 : Types de consultations dans le district sanitaire de Ouahigouya	154
Tableau 14 : Catégories étiologiques chez les Mossi	180
Tableau 15 Les cas de sida enregistrés, par sexe, 2003-2007	256

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Hôpital de Ouahigouya / Entrée de l'hôpital	56
Photo 2 : Panneau indiquant les services du CHR	57

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Figure 1: Structures et organisation des formations sanitaires.....	85
Graphique 1 : Evolutions consultations des femmes de 2002 à 2007.....	156
Graphique 2 : Evolutions consultations des hommes de 2002 à 2007	156

LISTE DE CARTES

Carte 1: Localisation du Burkina Faso	71
Carte 2 : Le Burkina Faso et ses limites	72
Carte 3 : Régions administratives du Burkina	74
Carte 4 : Implantation des ethnies	76
Carte 5 : Densité de la population	77
Carte 6 : Carte sanitaire	84
Carte 7 : Répartition des taux de mortalité maternelle	198
Carte 8 : Localisation du Yatenga	114
Carte 9 : Densité des partenaires au développement, Ong	119

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

Cette recherche prend sa source dans les années passées au Burkina, en particulier en travaillant dans les ONG sur des programmes en direction de la femme. Le DEA avait permis de mieux comprendre comme se structurait l'aide extérieure, depuis la France. Dans le cadre du Doctorat, le projet a été de mieux comprendre les freins dans l'accès aux droits issus des populations elles-mêmes. Parmi ceux-là, l'accès à la santé est central. Il l'est partout, mais d'autant plus au Burkina et notamment dans cette partie du pays où les maladies sont nombreuses et diverses et où également le système de santé publique connaît des insuffisances de moyens. La situation sanitaire du Yatenga, comme au plan national ou dans un contexte plus large des pays subsahariens, est précaire.

Plus de la moitié de la population en Afrique Subsaharienne n'a pas accès aux soins de santé. Cette situation touche davantage les personnes vivant en zones rurales et particulièrement les femmes qui sont pourtant les plus exposées aux risques de maladies. L'état de santé de la population est mesuré à l'aide d'indicateurs comme l'IDH (Indice de Développement Humain) ou l'espérance de vie. Pour ce qui est de l'IDH, l'échelle définie par le PNUD (et qui est la norme de référence) comprend trois niveaux : élevé, moyen et faible. Cet indice tient compte de l'espérance de vie à la naissance, le PIB par habitant et le niveau d'éducation. Face à ces indicateurs, le Burkina est classé 177^{ème} sur 182 pays, avec un IDH jugé très faible (0,389).

Les grands organismes internationaux tels que l'OMS et l'Unicef, ont donné un cadre de définition de la santé publique. Dès lors, les travaux qui rendent compte de l'évolution de l'Etat de santé des populations dans les pays utilisent les indicateurs tels que sus cités, définis par les organisations. Mais ceux-ci ne permettent pas de percevoir à chaque fois, les inégalités sociales, régionales ainsi que de genre, qui peuvent être très importantes.

Mais d'un point de vue méthodologique, ces indicateurs permettent néanmoins, de mesurer certaines différences en matière de santé ; il suffit pour cela de les collecter, par exemple, par sexe, par âge ou par catégories socioprofessionnelles. Ces mesures ne sont pas toujours disponibles et la santé des femmes n'est souvent approchée qu'à travers leur rôle de reproduction (santé maternelle).

Dans une majorité de pays, il est constaté une absence de données fiables ; cela rend difficile l'étude sur l'accès ou le recours aux soins des femmes et sur leur état de santé global.

Au Burkina Faso, les indicateurs utilisés pour définir la santé de la population existent ; la plupart sont recueillis par sexe, par tranche d'âge. L'espérance de vie, les taux de morbidité et de mortalité, sont connus depuis l'indépendance.

Le taux de mortalité au Burkina est l'un des plus élevés ; cela est dû en grande partie à des maladies infectieuses et parasitaires. En 2004, ce taux était de 14,8% et l'espérance de vie de 52 ans¹. Des contraintes de plusieurs ordres, contribuent à entretenir cette situation. Il s'agit entre autres, de l'« Insuffisance qualitative et quantitative de la couverture sanitaire ; persistance des épidémies endémiques aggravées par l'apparition du sida (...) ; la sous-alimentation, la malnutrition et autres carences nutritionnelles (...) ; insuffisant développement des activités de prévention en faveur des populations ; insalubrité de l'environnement ; l'insuffisance des mesures d'assainissement de base et de fourniture d'eau potable, la faiblesse des ressources financières, les structures socio-éducatives»².

Le taux d'utilisation des services préconisé par l'OMS, dans les pays en développement, indique que chaque personne devrait avoir un contact annuel avec un service de santé, soit un taux de consultation de 100%. Or, au Burkina ce taux est de 0,32 consultation par habitant et par an (Bodart Servais et al., 2001)³.

La sous utilisation des services de santé, n'est pas propre au Burkina Faso. Selon une enquête menée en 1987 dans les services de santé publics, Levy-Brühl et al. (1997)⁴ rapportent dans une synthèse, des taux de 10 à 15% au Cameroun en 1995, 25% au Mali, 12% pour 22 centres de santé étudiés en Côte d'Ivoire.

La diffusion des services de soins n'implique pas leur utilisation fréquente, ni même l'augmentation du nombre de fréquentations ; même lorsque des besoins en soins de santé sont avérés. Autrement dit, il ne suffit pas d'augmenter les structures de santé pour augmenter leur utilisation. Ainsi, nous nous trouvons dans une situation paradoxale : la desserte sanitaire a augmenté mais leur utilisation est restée faible, à très faible selon les régions. On peut alors s'interroger sur les raisons défavorables à leur pleine utilisation : Comment se fait il que l'offre de soins sanitaires peine à rencontrer une meilleure demande, alors que les besoins définis sont bien réels ? Pourquoi les populations ne recourent pas massivement aux services

¹ Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, 2004, p.8

² Traoré & Sondo, 1997, tels que cités par Yoda, 2005, pp. 54-55.

³ Bodart Servais et al., 2001, par Ridde Valéry « Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso », l'Harmattan, 2007, p. 43

⁴ Levy-Brühl, Soucat, Osseni et al., 1997, tel que cité par Gobatto, I., Etre Médecin au Burkina Faso : Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle, ed. l'Harmattan, Paris, 1999, p.16

de soins de santé, alors que ceux-ci sont présentés par les organismes internationaux et les ONG/ Associations, comme la solution de leur accès aux soins de santé ?

En nous interrogeant sur les raisons, nous avons pu relever de nos interviews et observations qu'elles sont souvent attribuées en grande partie aux politiques de santé, mais aussi à des raisons sociales, culturelles ainsi qu'au manque de moyens financiers et à la distance géographique.

Dans ce contexte, la question de la santé des populations est au centre des préoccupations pour tous. L'insistance des discours sur la situation des femmes m'a orientée vers ce groupe spécifique. Je voulais comprendre les pratiques et les représentations ; le pourquoi et le comment. Cette question servira de fil conducteur à notre recherche. Mais bien que cela constitue le noyau de la recherche, je voulais également essayer de comprendre en quoi les pratiques de soins utilisées par les femmes, contribuent à leur apporter des solutions en matière de santé.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche sociologique. Pour l'expliquer, l'échelle nationale est vaste et complexe ; nous allons alors nous focaliser au niveau local et micro-social. Mais à cette échelle les indicateurs relevés au niveau national s'avèrent moins pertinents et surtout difficiles à collecter. L'analyse des processus de recours thérapeutiques permet de mieux cerner la question.

C'est à travers l'exemple du Yatenga, région nord au Burkina Faso, que nous voudrions montrer que s'il est nécessaire de disposer de données globales de la santé des femmes, il est également important de chercher à analyser les facteurs qui influencent les recours aux soins de manière générale. Aux éléments sus-cités, s'ajoutent les conditions climatiques défavorables et l'insécurité alimentaire. Sur ce terrain que nous connaissons bien, on constate très vite que les populations sont exposées à toutes sortes de maladies qu'elles contractent le plus souvent. Cette situation persiste malgré les efforts effectués par les autorités politiques pour la construction de nouvelles structures sanitaires et la réhabilitation d'anciennes. Bien que la couverture sanitaire générale en nombre de structures sanitaires a connu une augmentation ces dernières années, des disparités persistent entre les régions et l'utilisation des établissements sanitaires n'est pas maximale⁵. Mais les obstacles ne sont pas que d'ordre matériel. Les services de santé sont sous utilisés en raisons aussi du manque de moyens financiers, sociaux, culturels ainsi que géographiques.

⁵ Document cadre, op. cit. p. 10

La thèse se déroulera en quatre points. Dans la première partie, je présenterai le cadre théorique de la recherche. La définition des notions clés et l'analyse qui s'en dégage, font ressortir la nécessité de prendre en compte les représentations sociales et culturelles en matière de santé. L'interrogation de la littérature existante fait ressortir un bon nombre d'éléments comme étant les causes premières de la faible utilisation des services de santé par les populations.

La région nord du Burkina est choisie comme terrain de recherche. La question centrale est d'essayer de comprendre et d'analyser les logiques qui expliquent le faible recours aux soins par les femmes. Pour ce faire, plusieurs techniques ont été utilisées pour recueillir les données sur le terrain, à savoir, l'interview, l'entretien informel, l'observation, les données chiffrées. Cette partie présente également les difficultés rencontrées au cours de la recherche.

La deuxième partie pose la toile de fond dans lequel s'inscrit la recherche. Cela m'a amené à présenter tour à tour le contexte socio-économique et sanitaire du Burkina Faso, du Yatenga et de manière spécifique la situation des femmes. L'étude d'une série de documents, de rapports et de travaux de recherche vont permettre de relever que le Burkina Faso a été le cadre d'expérimentation de plusieurs politiques et programmes en matières de santé mais aussi de rendre compte des évolutions.

On peut retenir que le système national de santé, bien qu'il présente de vrais problèmes de dysfonctionnement, a connu une amélioration significative en matière d'offre de soins. Ainsi, le nombre d'infrastructures sanitaires est passé de 1019 en 1999 à 1580 en 2009. Toutefois les taux de mortalité et de morbidité, respectivement de 15,2 pour mille et 15,8% sont parmi les plus élevés de la région subsaharienne. Ils s'expliquent par la persistance des maladies endémo-épidémiques et le VIH/Sida⁶. Et cachent les disparités entre les régions du pays et les inégalités entre groupes sociaux. Cette réalité pourrait être le reflet d'une situation liée au faible recours aux soins de santé.

La troisième partie présente l'analyse des données recueillies sur le terrain. Elle se focalise sur les raisons avancées par les enquêtées pour expliquer leur comportements vis-à-vis des services de soins. Une attention particulière est accordée au rôle du chef de famille et à la dimension culturelle de la maladie qui prévaut dans la société.

⁶ Burkina Faso, Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, p.31

La quatrième et dernière partie, intitulée « Les déterminants du faible recours aux soins », aborde dans un premier temps, la question des insuffisances politiques, structurelles ainsi que les dysfonctionnements des services de santé ; puis, dans un deuxième temps, la place des soins traditionnels dans le parcours de soins. Un dernier chapitre met au jour une division de genre dans l'accès aux soins. L'exemple de la maladie du sida va permettre d'illustrer les caractéristiques mises au jour.

CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

CHAPITRE I : LA RPOBLEMATIQUE DU RECOURS AUX SOINS

1.1. Les notions de Soins, Recours aux soins et Santé

Selon Marcel Mauss : « comme toutes sciences, la sociologie doit commencer l'étude de chaque problème par une définition. Il faut avant tout indiquer et limiter le champ de la recherche afin de savoir de quoi on parle ». Il a donc paru nécessaire, de chercher à indiquer le domaine dans lequel va se situer notre travail. Ainsi, nous allons tenter de définir sociologiquement les concepts clefs de notre recherche pour que l'on sache de quoi nous parlons. Il s'agit des termes suivants : recours aux soins, santé, solidarité.

Il nous appartiendra également de clarifier les notions de solidarité et de santé eu égard aux perceptions particulières qu'elles recouvrent chez les personnes rencontrées dans leur interprétation de la maladie et du choix de leur itinéraire de soins.

1.1.1. La notion de soins de santé

C'est lors de la conférence d'Alma Ata, il ya 30 ans, en 1978, que l'OMS a promu les soins de santé (primaires). Les soins de santé font l'objet d'une définition consensuelle, celle de l'OMS qui est que « les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiques viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination ». Une définition qui a eu besoin de précisions pour pouvoir être traduite en programmes d'action. Ainsi, a-t-il été préconisé que les soins de santé soient fondés sur les résultats de la recherche médicale et de santé publique ; orientés sur les principaux problèmes de santé publique ; incluent éducation, vaccination, accès à l'eau potable, alimentation, protection maternelle et infantile, hygiène, accès aux soins de base ; fassent intervenir d'une manière coordonnée, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications ; incluent la participation des individus et des populations concernées, à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires. Qu'ils soient enfin intégrés à des systèmes d'accès aux soins accessibles à tous et accordant la

priorité aux plus démunis ; Fassent appel aux personnels de santé, selon le cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels, travaillant et coordination et en réponse aux besoins de santé.

Cette définition est acceptée par presque tous pays, même si son interprétation diverge par endroit.

1.1.2. Les notions de recours aux soins

L'OMS⁷ différencie le recours et l'accès dans la mesure où des inégalités d'accès sont alors plutôt des inégalités de couverture sociale (financement et ayant droit) et le recours la réalité finale de son usage (recours aux soins). Associés à cette pensée se situent les auteurs comme Mooney et Le Grand⁸ qui considèrent du point de vue géographique et économique confondus et le recours comme sa consommation effective.

Cette manière de voir n'est pas partagée par tous. En effet, certains auteurs parlent d'accès. C'est le cas de Picheral (1984) pour qui, l'accès est défini comme l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins (Picheral, 1984) ; la géographie des soins de santé repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité, les deux termes n'étant pas forcément équivalents selon les auteurs.

Le concept général d'accès englobe aussi l'utilisation des services, en tant qu'aboutissement éventuel d'un processus décisionnel déterminé par les dimensions de l'accès. L'étroitesse du lien entre accès et utilisation est mise en évidence par l'emploi fréquent du même substantif pour les désigner. On peut citer les exemples de Anderson, Aday et Fleming (1980), de Joseph et Bantock (1982) et Phillips (1990), qui distinguent l'accès probable ou potentiel, qui reflète l'existence d'un lien potentiel entre une demande (besoins de santé et une offre, les services de santé) présente simultanément dans un espace, de l'accès effectif, réel, réalisé ou révélé, c'est-à-dire l'utilisation. L'accès ici est alors défini comme les dimensions qui décrivent en même temps l'entrée potentielle et effective d'une population dans le système de soins de santé (Aday, Anderson et al., 1980). L'utilisation est alors une mesure de l'accès, peut être la meilleure mesure possible de l'accès (Anderson et Aday, 1978), bien qu'elle ne saurait seule suffire. D'autres définitions identifient la mesure et le phénomène mesuré ;

⁷ Le concept d'accessibilité dans le système de santé, dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry Pascal Bonnet, 2002, p.6

⁸ Le Pen, C. « Efficacité et Equité en Economie de la santé. Quelques remarques introductives », in journées des Economistes français de la santé, Economie de la santé et équité, 1996 Dijon : LATEC Groupe de Recherche en Economie de la santé et de la protection sociale, Université de Bourgogne, Faculté de Sciences Economiques de Dijon.

l'accès dans ce cas étant égal alors à l'entrée (utilisation). Cette manière de définir l'accès semble réductrice mais peut se contenter des seuls taux d'utilisation comme mesure de l'accès.

La position occupée par ce concept explique sans doute la multiplicité de ses définitions, tantôt étroites, tantôt extrêmement larges, mais souvent vagues. Certaines raisons avancées sont la multiplicité des approches, qui empêche toute élaboration d'un cadre conceptuel unifié. Finalement, le champ couvert par le concept d'accès reste mal défini, notamment quant à ses limites avec celui d'utilisation.

La littérature existante permet de constater les difficultés d'une définition universelle et cohérente, ainsi que la controverse qui entoure les notions. Toutefois, certaines d'entre elles aident à clarifier le débat théorique en proposant des définitions qui permettent de ne pas figer les concepts dans des limites bien définies. Mais cette souplesse fait également la faiblesse de la définition dès lors qu'il s'agit d'en exploiter concrètement toutes les potentialités. Il devient évident que ces définitions restent difficiles à utiliser pour analyser concrètement l'accès d'une population aux services de santé et encore plus pour en prédire le niveau d'utilisation. Et cela d'autant plus que, d'un malade à l'autre, mais aussi souvent de cas en cas chez le même malade, c'est l'une ou l'autre dimension ou combinaison de dimensions de l'accès qui déterminera l'utilisation ou non d'un service, puis le choix de l'un d'eux.

Dans cette thèse, nous utiliserons la notion de « recours aux soins de santé » en mettant l'accent sur l'utilisation effective des soins de santé et leurs raisons. Nous sommes apparemment dans une situation où la demande de soins est restée faible alors que les offres ont augmenté de manière significative.

Sous l'impulsion des grands organismes internationaux (OMS, Unicef, ...) et de l'appui d'autres partenaires extérieurs au développement, des stratégies et des initiatives se sont multipliées, en vue de promouvoir la santé de l'ensemble des populations. Les actions mises en place vont connaître une grande expansion à partir de la conférence d'Alma Ata.

Ainsi, le nombre de structures sanitaires est passé de 136 (CSPS) en 1987 à 1580 en 2009 (DEP/ Ministère de Santé du Burkina, Annuaire 2007-2008). Les efforts visant à améliorer l'accès repose sur le postulat selon lequel, un meilleur accès (augmentation des structures) conduit à une utilisation généralement plus fréquente des services de santé. L'accent est mis

sur la disponibilité des structures de soins, en nombre important. Cette stratégie a tendance à associer accès et utilisation.

Or, au Burkina, malgré l'appui de plus en plus généralisé des diverses aides extérieures, pour augmenter le nombre de structures sanitaires, surtout de base (CSPS), afin de les rapprocher de la population et en faciliter l'accès, l'utilisation de ces services de soins, n'a pas augmenté de façon considérable ; de 18% en 1995 il est passé à 34% en 2004⁹. Ce taux moyen masque les disparités entre les différentes régions du pays. Pour donner un exemple, dans la région du centre où ce taux est en augmentation, cet indicateur est de 16% seulement, dans la région du Sahel. Pour le recours aux soins, cette situation était donc exemplaire. Pourquoi ? Faible disponibilité ? Insuffisance de l'offre de soins par rapport à la demande?... La liste des questions peut être longue pour tenter d'expliquer la faible utilisation des services par les populations.

Les études existantes sur le Burkina Faso ont cherché à identifier les causes du phénomène ; d'autres se sont focalisées sur les rapports entre le personnel soignant et les patients, le dysfonctionnement du système de santé mis en place.

Un document des états généraux de la DEP fait une synthèse des différentes causes que sont la mauvaise organisation du système sanitaire, la perception négative de la population des services de santé, le mauvais accueil dans les centres de soins, le coût élevé des soins, les longues files d'attente, l'insuffisance du personnel médical, ...¹⁰.

Des enquêtes ont également permis de montrer que l'instauration du paiement direct des soins influençait négativement le recours aux soins de santé (Yonli, 1998 ; Ridde, 2003).

Dans le même sens, le travail de Jaffré, Olivier de Sardan et al. (2002) établit un bilan négatif dans la qualité des soins offerte par le personnel de santé, dans les capitales de trois pays africains tels que le Sénégal (Dakar), le Niger (Niamey) et la Côte d'Ivoire (Abidjan).

V. Ridde (2007), dans son étude sur la mise en place de l'Initiative de Bamako¹¹ et l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina, a fait le constat que l'état des connaissances illustre bien la situation d'exclusion vécue par les indigents, c'est-à-dire les plus pauvres

⁹ Ridde V. (2007) Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, Ed. l'Harmattan, pp.536

¹⁰ Ministère de la santé-Burkina Faso, Programme National d'assurance qualité en santé, Mai, 2003 ; Documents préparatoires des Etats généraux de la DEP, 16-18 juin, 1999, p. 26

¹¹ L'IB avait pour objectif d'améliorer la qualité des services par l'autofinancement communautaire mais en veillant à ce que des mesures soient prises afin que les plus pauvres / indigents puissent avoir accès aux soins.

mais ne l'expliquait pas. Cherchant à expliquer cet écart entre la formulation de la politique de l'IB et sa mise en œuvre au détriment de l'équité, il a effectué une étude de cas dans un district sanitaire au Burkina. Et c'est à travers l'étude de la mise en œuvre d'un projet par une ONG internationale que l'auteur démontre cette occultation de la composante équitable des politiques de santé. Pour lui, les acteurs se sont focalisés sur l'efficacité des réformes au détriment de l'équité ; l'absence d'équité n'a jamais été perçue comme un problème public.

La faible utilisation des services de santé est aussi présentée par I. Gobatto (1999)¹² comme la résultante des pesanteurs socioculturelles, concurrence de la médecine traditionnelle. Dans cette approche, l'accent est mis sur la recherche formelle de soins de santé ; sans prendre en compte d'autres types de recours qui expliqueraient le choix thérapeutique des malades. Alors que le cheminement du malade à la recherche d'un traitement apparaît comme un ensemble de logiques multiples combinant causes structurelles et conjoncturelles, qui rend difficile et ou interfère dans les tentatives de formalisation stricte de soins de santé.

Ces travaux sont intéressants pour notre recherche, dans la mesure où ils permettent d'identifier les premières causes du faible recours aux soins de santé par les populations. A partir de cette base, cette recherche constitue une tentative pour approfondir les investigations dans le domaine en vue d'appréhender par quels processus se font les choix thérapeutiques.

1.1.3. La notion de Santé

La définition de référence de la santé est celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) telle qu'elle a été adoptée en 1946 qui stipule que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹³. Cette notion échappe au discours strictement médical mais ne rencontre pas une adhésion générale. Selon le philosophe G. Canguilhem (1966)¹⁴, la norme qu'est la santé ne renvoie pas qu'à l'état organique individuel : « c'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour ce corps même ». Pour cet auteur, la santé se définit par la capacité, pour l'homme, de maîtriser son milieu non seulement physique mais aussi social ; « le vivant ne vit pas parmi des lois mais parmi des êtres et des événements qui

¹² Gobatto I. (1999), *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Edition l'Harmattan

¹³ Resar, (s. dr.) F. Sow et C. Bop (2004), « Notre santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne », l'Harmattan, p.33

¹⁴ G. Canguilhem, 1966, « Le normal et le pathologique », Paris, PUF", p.7

diversifient ces lois ». Pour d'autres chercheurs comme M. Drulhe (1996)¹⁵, la santé, telle que l'OMS la définit, n'est pas opérationnelle. Il présente la particularité de se décentrer du modèle biomédical en se focalisant non pas sur l'individu aux prises avec des signes inquiétants mais sur le système de relations sociales qui est mis en place à partir d'un événement qualifié de morbide. Pour cet auteur, « la santé n'existe pas ; on ne peut observer que des santés ».¹⁶

De ce fait, toutes les cultures ont leurs propres stratégies pour passer des signes aux symptômes, pour établir des liens entre symptomatologies et étiologie, de même que pour identifier les interventions les mieux adaptées pour elles. C'est dans cette perspective que J-C Guyot propose la définition suivante : « la santé, c'est avant tout pour les individus et les groupes humains, la possibilité d'accéder à une autonomie qui leur permette d'affirmer leur identité ». Cette dernière étant entendue comme l'ensemble des ressources matérielles et culturelles dont disposent les acteurs sociaux pour construire leur identité.

En matière de santé, ce sont des aspects qui vont influencer la capacité des membres du groupe à entreprendre une stratégie visant à faciliter leur accès aux soins. C'est de la perception collective de la santé ou de la maladie (qui bien entendu dépend de normes) que va se définir le recours aux soins.

1.1.4. Représentations sociales de la santé

La santé comme la maladie ont fait l'objet de nombreux travaux sociologiques et anthropologiques. Le point commun de telles recherches est que la maladie a une réalité indépendante de sa définition biomédicale. Et qu'elle fait « l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque culture » (S. Fainzang, 1989 :9). Il s'agit de se pencher sur l'interaction entre l'organique et le social. L'apport de telles recherches se situe surtout autour de la construction de la maladie comme objet social. Les ouvrages de D. Desjeux (1993), M. Dacher (1992)¹⁷, offrent également un panorama dans le domaine. D'autres comme J. Benoist (1996)¹⁸ mettent en rapport soignants et soignés dans un contexte de pluralisme médical. Les pratiques des soignants apparaissent comme des faits sociaux à analyser, dans un contexte où sont confrontés des modèles explicatifs sous-jacents aux interactions soignants-soignés. Elles

¹⁵ Drulhe, M., « Le façonnement sociétal de la santé », Edition PUF, p. 135

¹⁶ Ibid, p. 136

¹⁷ Desjeux, D., Fabré, I., et al., 1993 « Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte », Paris, l'Harmattan; Dacher, M., 1992, op. cit.

¹⁸ Benoist, J., 1996, (*s.dir*), « Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical », Paris, Karthala.

mettent en lumière les rapports entre représentations locales de la maladie, modes thérapeutiques et les incertitudes auxquelles est confrontée la biomédecine. D'autres tels que Loyola, (1983)¹⁹, D. Fassin (1996)²⁰ et I. Gobatto (1999)²¹ investissent la maladie et la médecine comme une question de pouvoir dans un champ médical concurrentiel où les malades ont le choix de leurs soignants. Ils analysent les médecines en relation avec principalement les soignants. Ils proposent des approches en termes de champ thérapeutique, de relation de concurrence, de pouvoir, de légitimation, de stratégies. Quoiqu'il en soit, on constate qu'au-delà de sa dimension purement médicale et biologique, la maladie est aussi un fait social. Mais qu'entend-t-on par « maladie » ?

Dans son travail sur les Wolof au Sénégal, D. Fassin invite à la réflexion suivante : « *Lorsqu'un même symptôme donne lieu, presque simultanément, à un recours auprès d'un guérisseur traditionnel, d'un marabout et d'un infirmier de dispensaire, et fait l'objet d'une interprétation en terme de colère des ancêtres, de vengeance d'un proche ou de trouble de la glycémie, doit-on faire appel à trois registres d'analyses sociologiques (magique, religieux, scientifique) ? où faut-il, avec le malade, considérer ces trois recours comme procédant d'une même logique de guérisseur ? Ou encore, lorsqu'une même personne est consultée successivement pour une plaie chronique, une attaque présumée de sorcellerie, une perte d'argent ou un succès électoral, et qu'il a recours, pour, pour ces différentes demandes, aux mêmes techniques divinatoires et aux mêmes pratiques thérapeutiques, doit-on l'appeler guérisseur, contre sorcier, devin ou charlatan ?* »²²

Aussi, l'auteur recommande aux chercheurs, de se polariser sur deux modèles. Le premier se base sur l'idée que le champ médical peut être cerné et isolé du système social ; le second, auquel nous adhérons, est la conviction que les systèmes de représentations de la maladie et les pratiques de la guérison sont indissociables de l'ensemble des représentations et des pratiques dans la société.

C'est ainsi que S. Fainzang (1986) relève que l'attribue d'un sens à la maladie, lié à sa cause est un processus indispensable, dans le contexte africain, à la thérapeutique locale. A.

¹⁹ Loyola, M.A., (1983), *L'esprit et le corps. Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

²⁰ Fassin Didier, *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996 ; « *Pouvoir et maladie en Afrique* », Paris, PUF, 1992

²¹ Gobatto, I (1999), op. cit.

²² Fassin, D. op. cit., p. 23

Ouédraogo (1998)²³ quant à lui, pense « dans les sociétés africaines dite traditionnelles (...), la maladie recouvre une pluralité de sens que seules les instances spécialisées des sociétés d'où elle émerge sont habilitées à interpréter » ; en donnant un sens à la maladie, l'individu espère la comprendre et la maîtriser. L'attribution d'un sens à la maladie passe par l'identification de ses diverses causes qui impliquent souvent des comportements de non respect de normes sociales, de ses obligations ou de la transgression d'interdits. Tel est le rôle des devins, guérisseurs. Cette définition est importante dans la mesure où elle permet de mettre en évidence que ce qui est considéré comme une affection ou un mal dans une société donnée, ne l'est pas spécialement dans une autre. En d'autres termes, les catégories nosologiques dans ces sociétés correspondent rarement à celles de la biomédecine. Ce qui a pour conséquence qu'une personne qui peut se considérer malade, et être reconnue comme telle par les services de soins de santé publique, peut ne pas l'être par la médecine traditionnelle et vice-versa.

Ce second modèle se singularise du premier qui est purement biomédical, en mettant l'accent non pas sur l'individu aux prises avec des signes inquiétants mais le système de relations sociales qui se met en place lorsqu'un événement socialement jugé de morbide arrive.

La relation que les gens entretiennent avec leur propre corps est tout aussi importante pour pouvoir expliquer leur rapport à la santé et par delà leurs itinéraires thérapeutiques. Ainsi par exemple, la bonne santé s'identifie à la norme ; être en bonne santé et être « *normal d'une part, être malade et être dans un état « anormal ».* Une femme malade est décrite comme « *quelqu'un qui est toujours en train de se plaindre, est malheureuse, manque d'appétit, est paresseuse, ...* ». On considère qu'une femme est vraiment malade (au Nigéria) si elle ne peut pas se lever pour recevoir les visiteurs²⁴. Nous poursuivons ce propos en disant que la femme est vraiment malade lorsqu'elle ne peut plus mener à bien les tâches quotidiennes qui lui sont dévolues par la société à travers la division des rôles selon le genre.

Certaines études ont aussi souligné que selon la position sociale qu'occupent les individus dans une société donnée, la maladie, la santé ainsi que le corps ne se lisent pas et / ou ne se vivent pas pareillement. Ces éléments ayant des significations selon les cultures et les groupes sociaux. L. Boltanski faisait observer que l'attention que les individus portaient à leur corps

²³ Ouédraogo A., *Contribution à l'étude des représentations sociales du "tiim" dans le milieu traditionnel moaga (la région de Ouagadougou)*, mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, Département de Sociologie, sous la direction de Soubeiga André, 1998.

²⁴ Resar, (s.dir.) Sow, F. et Bop, C., *Notre corps, Notre santé et la sexualité des femmes en Afrique Subsaharienne*, Paris, l'Harmattan, 2004, p.36

varie selon que l'on s'élevait dans la hiérarchie sociale (agriculteur, cadre). L'auteur notait que « *pour les travailleurs manuels, les paysans, les ouvriers, le corps est un outil de production dont la principale qualité est de produire de l'énergie, de la force. Pour les intellectuels au contraire, il peut être même l'objet d'une affirmation esthétique de leur personnalité* »²⁵. Dans ces groupes sociaux, « être en bonne santé » était devenu une norme sociale intériorisée. De ce fait, le contrôle social passe par une « honte intériorisée »²⁶, « de ne pas être en bonne santé, énergique et productif mais surtout de ne pas avoir tout fait pour se maintenir en bonne santé. En d'autres termes, le rapport de l'intellectuel à sa santé est de type existentiel et celui du travailleur manuel », de type instrumental.

Si l'on rapporte ce que nous venons de présenter, à notre cadre de travail, on peut souligner que chez les Yadsé (faisant partis des Mossi au Burkina), ils sont majoritairement des agriculteurs. Le corps en bonne santé est donc avant tout un outil qui permet de travailler la terre pour nourrir la famille. Mais en Afrique, l'état du corps détermine aussi la nature des relations que l'on entretient avec les ancêtres. Ici, la santé est un état de bien être de l'individu et du groupe.

Des anthropologues ont en effet montré que dans toutes les sociétés, la maladie est vécue comme une rupture de l'ordre social. A ce propos Massé, R. explique que être malade n'est pas seulement être physiquement fragilisé, c'est également devenir suspect aux yeux de l'entourage, suspect d'avoir enfreint certains interdits (tabous), suspect d'être l'objet d'une attaque de sorcellerie, d'avoir dérogé aux normes établies par la société. Dans ce cas de figure, le recours aux chamans et autres guérisseurs devient une stratégie permettant aux malades de se donner une nouvelle légitimité susceptible de compenser la culpabilité devant les membres de la société.

Dès lors, il apparaît pertinent de chercher à appréhender les connaissances des populations vis-à-vis des maladies données.

Dans une étude menée sur les maladies diarrhéiques dans le bassin du Yitenga au Burkina²⁷, auprès d'un échantillon de 300 personnes interrogées, les résultats ont révélé que les ¾ décrivaient de façon méthodique les manifestations des maladies. De l'avis de ceux qui prétendaient les connaître 31% pensaient que les causes venaient de la saleté, de la consommation d'aliments crus et non lavés, de l'utilisation de tasses non lavés, manger sans

²⁵ Op. cit., p. 217

²⁶ Lecourt, D. « Le paradoxe moderne et l'éthique », le magazine littéraire, 1998, p.115

²⁷ Yonkeu Samuel, « A quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXI è siècle ? », document de travail research matters, juin 2006, p. 4

laver les mains, des mouches, de la consommation d'eau non potable, ... Les 2/3 disaient que la diarrhée est un phénomène surnaturel dont les causes sont liées à l'action des génies, les sorciers, les sanctions divines. Pour d'autres personnes encore, se sont des phénomènes naturels causés par le vent, la poussière, le froid et la chaleur.

Les mêmes résultats ont été aussi révélés des conclusions de recherches effectuées par Soubeiga et Sondo (1997)²⁸ dans la région du Centre Est du Burkina. Les auteurs ont mis en évidence trois conceptions des maladies diarrhéiques chez les populations étudiées : elles peuvent être surnaturelles ; ou perçues comme un sort jeté par une tierce personne par jalousie ou par vengeance et enfin être les manifestations d'un châtement des Dieux, des ancêtres, des génies, en cas de non respect des traditions.

De cet ensemble de perceptions, méconnaissant les causes réelles des maladies diarrhéiques, la conséquence immédiate est l'utilisation des soins traditionnels, de consultation de devins et/ou guérisseur. Autant d'éléments qui peuvent influencer sur les recours thérapeutiques des populations concernées.

Dans ces cas, on peut envisager qu'une personne qui sait qu'en cas de maladie, elle peut disposer de soins traditionnels, consulter des guérisseurs à moindre frais, ou faire appel à un réseau familial ou son entourage pour comprendre la cause de son mal et le traitement à suivre, ne verra pas l'utilité des services de soins de santé publique même s'ils se situent tout près de son domicile.

1.2. Problématique de la recherche

Le fil conducteur de notre recherche est de tenter de comprendre les logiques sociales et culturelles qui expliquent le faible taux de recours aux soins de santé par les populations du Burkina Faso et notamment les femmes. Cette situation est courante. Prenons l'exemple d'une nos interviewées yadega, Mame Fatima, 55 ans, 7 enfants, musulmane, veuve, non scolarisée, ménagère. Les besoins de soins publics sont réels mais le recours aux centre de santé n'est pas systématique : *« (...) ça dépend, si par exemple c'est des maux de tête que j'ai, j'achète du paracétamol que je prends pour me soigner ; il y en a partout dans nos marchés. Mais si c'est le palu, j'utilise des plantes médicinales. Je peux cueillir certaines feuilles de plantes que je peux bouillir pour boire et/ ou me laver ; sinon je les achète chez les guérisseurs (herboristes)*

²⁸ Kagambèga, M., *L'Assurance maladie au Burkina Faso : de la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, thèse de Doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, 2010, p.45

au marché. Ces plantes soignent bien le palu. Ça coûte environ 200 FCFA (à peu près 20 centimes). Pourquoi n'allez-vous pas consulter à l'hôpital ou au dispensaire le plus proche de chez vous ? silence, puis elle répond, je ne sais pas. Est-ce à cause des frais, de l'argent ? Non. Sinon pourquoi vous préférez aller chez le guérisseur ou l'herboriste ou les soigneurs traditionnels ? C'est une habitude ; et puis on est né et on trouvé les choses comme ça, je tiens ça de mes parents et eux de leurs parents aussi et ainsi de suite, tu comprends. C'est beaucoup plus culturel et puis moi j'ai confiance à ces plantes pour ce genre de maladies que je t'ai dit. J'ai toujours fait comme ça, depuis près de 30 ans, voire plus ; et ça toujours marché. Mes enfants sont grands aujourd'hui, d'ailleurs tu viens de voir l'une d'entre eux. Ce n'est pas la première ; j'en ai 7. Certains vivent en France et d'autres pays par là – bas. C'est grâce à ces soins traditionnels qu'ils ont survécu aux nombreuses maladies infantiles et / ou courantes.

Je vais quand même à l'hôpital mais c'est après avoir épuisé tout ce que j'ai comme recours thérapeutiques. Parce qu'à chaque fois que je suis allée à l'hôpital, je suis retournée chez moi avec des ordonnances, à chaque fois, sans compter l'argent qu'il faut payer pour se faire consulter. Mais ce n'est pas à cause de cela que je ne vais consulter souvent à l'hôpital. Nous aussi on possède des soignants, des médicaments, quand même, Non ? enfin...., je ne fais rien pour prévenir les maladies..... mais tout cela est entre les mains du bon Dieu ; c'est lui qui sait tout ».

Ce récit montre la nécessité d'approfondir l'analyse sur les liens entre les pratiques de soins et la maladie. Cette tentative de compréhension passe aussi par l'interrogation des stratégies sanitaires du Burkina, depuis son indépendance et la place accordée à la santé des femmes.

L'analyse de l'histoire socio-politique du pays montre qu'après l'indépendance, des programmes de lutte contre les grandes maladies endémiques ont été définis par les pouvoirs publics. A cet effet, un plan cadre a été mis en place pour la période allant de 1960 à 1970. Il organisait les grandes lignes de la politique du pays et visait trois principaux objectifs que sont la lutte contre les maladies transmissibles et endémo-épidémiques, le développement des services de base sur l'ensemble du territoire en mettant l'accent sur la protection maternelle et infantile et l'amélioration de la médecine de soins individuels surtout en milieu rural.

Sur cette période du plan cadre, I. Gobatto (1999 :101) fait remarquer que sur une soixantaine de médecins que comptait le pays, dix d'entre eux s'occupaient des services administratifs et les autres affectés dans les deux grandes villes (Ouagadougou, la capitale et Bobo-Dioulasso)

et les formations sanitaires. Elle précise également que pour une population totale de 5 120 000 habitants à l'époque (dont 4 892 000 en milieu rural), le ratio national médecin actif/ nombre d'habitant était de 1 pour 91 428 contre 1 pour 188 000 habitants en milieu rural. Le ratio infirmier / nombre d'habitants 1 /4 487 habitants en milieu urbain et de 1/7 200 habitants en milieu rural. Ceci laisse supposer qu'à cette époque déjà, les populations se soient tournées vers des solutions alternatives comme les soins à domicile ou la médecine traditionnelle.

Néanmoins, un autre plan de politique de santé est à nouveau défini, le Plan Quinquennal de Développement Economique et Social, de 1972 à 1976 ; il a gardé les lignes définies dans le plan cadre que nous venons d'évoquer, avec pour objectif de réduire les inégalités (villes/ campagnes). Malgré la volonté d'élargir les soins à la majorité de la population, la situation sanitaire de la population ne s'est pas améliorée au cours des vingt années qui ont suivi l'indépendance du pays. Seules les inégalités en personnel soignant entre les zones urbaines et rurales ont été un peu réduites²⁹.

Malgré les actions engagées, les années qui suivent la déclaration d'Alma Ata, n'apportent pas les résultats escomptés. Les disparités entre les régions sont encore importantes comme l'a noté I. Gobatto (1999)³⁰, « *de trois à vingt trois* ». Mais de manière générale, le niveau de satisfaction en infrastructures sanitaires est presque atteint en 1993 (90%). Toutefois, cela ne signifie pas que le niveau de santé général s'est amélioré par cette voie³¹.

Cependant, le Burkina Faso n'est pas le seul pays dans cette situation de gravité sanitaire ; d'autres pays africains le sont également et depuis des décennies. Aussi, un bilan des différentes expériences sur la mise en place des structures de soins, dans plusieurs pays du Tiers monde, a conduit l'OMS et de l'Unicef à organiser, en 1978, une conférence

²⁹ Gobatto, I., op. cit, p. 103: En santé rurale, le personnel médical et paramédical se répartit en 26 médecins, 98 sages-femmes, 295 infirmiers diplômés d'Etat, 665 infirmiers brevetés, 108 infirmiers brevetés spécialisés, 35 agents itinérants de santé, 5 accoucheuses auxiliaires, 100 assistants de santé. 71 médecins se concentrent à l'inverse dans les structures hospitalières des deux villes, Ouagadougou et Bobo, de même que 38 sages-femmes, 48 infirmiers diplômés d'Etat, 85 infirmiers brevetés, 31 infirmiers brevetés spécialisés.

³⁰ Gobatto, I., op. cit

³¹ INSD "L'analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, 1996, Ouagadougou. L'analyse montre que l'incidence des consultations est faible (40%). L'étude montre une corrélation entre les zones géographiques et le taux de fréquentation. Les zones où il existe plus d'infrastructures présentent une fréquentation plus élevée que dans les zones rurales (46 et 37%). Les centres de Ouagadougou et Bobo Dioulasso ont les plus hautes incidences de consultations ; les régions du nord et le centre-nord ont les taux de fréquentations les plus faibles.

internationale, la conférence d'Alma-Ata. La principale proposition faite à cette rencontre est la mise en œuvre d'une politique mondiale de « soins de santé primaires »³².

Suite à cette déclaration, on assistera à une consécration des soins de santé primaire et à l'invitation des populations au financement de leur santé. En 1979, le Burkina réorganise sa politique de soins de santé et adopte un nouveau système de soins. Le Programme Sanitaire National (PSN) marque l'adoption officielle de cette orientation en faveur des soins de santé primaires. Mais quelques années plus tard, les résultats de ce programme sont peu visibles.

A la suite, le discours d'orientation politique du 2 octobre, tenu par Thomas Sankara, président du Comité National de la Révolution (CNR), donne des orientations sanitaires dans la même lignée que le PSN mais qu'il traduit de façon plus active, avec des actions plus nombreuses. Parmi celles-ci on peut citer le lancement du Programme Elargi de Vaccination (PEV), une des voies d'approche préconisée par l'OMS pour atteindre la santé pour tous en l'an 2000 ; une campagne de sensibilisation des familles burkinabè sur les bonnes habitudes d'hygiène.

Le pays forme des agents de santé et des auxiliaires pour effectuer plus de soins préventifs et élémentaires. Plus proches des populations, ces agents seront à même de conduire à des changements de comportements sanitaires.

C'est également à la même période que les autorités et leurs partenaires commencent à s'interroger sur la dimension sociale et culturelle de la santé et de la maladie. Dans cet esprit, des experts nationaux et internationaux se sont penchés sur la question et ont relevé la mauvaise cohabitation entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle et ses conséquences sur la population. Face à l'incapacité de la médecine moderne de couvrir à elle seule les besoins de santé de l'ensemble de la population, des propositions sont faites pour que soient pris en compte les autres formes existantes de soins. Il s'agira en d'autres termes, d'associer la médecine traditionnelle à la médecine moderne. Ainsi, l'Etat encourage l'utilisation de la pharmacopée à la condition que celle-ci soit contrôlée par le système scientifique. (I. Gobatto, 1999 :107). Dans presque toutes les provinces du pays, des centres

³² La conférence d'Alma-Ata résulte d'une conférence sur les soins de santé primaires qui s'est tenue au Kazakhstan, en ex-URSS en 1978. Elle soulignait aux gouvernements des pays, la nécessité de promouvoir et protéger la santé des peuples en ces termes : « l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements doit être de donner au peuple un niveau de santé qui (lui) permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaire sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif ».

pilotes sont créés et gérés par des tradipraticiens, dans le but de revaloriser la médecine traditionnelle.

Malgré les actions engagées après la déclaration d'Alma-Ata, les résultats ne sont pas à la hauteur des objectifs formulés en 1978.

Le pays va adhérer à l'Initiative de Bamako³³. Les soins curatifs de premiers recours et les médicaments essentiels génériques (MEG) apparaissent comme deux composantes primordiales pour relancer le processus d'amélioration de la santé. C'est en 1993 que les autorités burkinabè vont l'adopter dans un arrêté du ministère de la santé. C'est la nouvelle stratégie entreprise par le ministère de la santé pour relancer et généraliser les soins de base. Elle est tournée vers une médecine de proximité, axée sur la réhabilitation de l'offre curative qualifiée. Elle préconise également la participation financière de la population pour accéder aux soins de santé (le paiement des services de santé). Cette nouvelle orientation à laquelle la majorité de la population ne s'attendait pas (les soins étant jusque là gratuits) a conforté les populations, surtout en zones rurales, dans le choix des soins à domicile ou à prioriser la médecine traditionnelle.

Mais pour répondre à ces différentes orientations, des structures de soins vont être construites et se multiplier au fil des années pour être au plus près des populations et faciliter l'utilisation au plus grand nombre. Malgré les efforts, importants consentis, le nombre de services publics de santé disponibles au Burkina, reste inférieur aux prévisions des services de planification sanitaire, les inégalités de couverture sanitaire persistent et la desserte en personnel médical reste également faible.

Mais la disponibilité seule n'implique pas l'utilisation, même si les besoins en soins de santé sont avérés. Au Burkina, la situation est paradoxale : bien que la couverture sanitaire soit limitée, le nombre de structures existantes et disponibles est largement sous-utilisé. D'après, le tableau de bord des indicateurs de santé (2004), au cours de l'année 2004, 4,3 millions de personnes ont fréquenté les services de santé, soit un taux de 32,3% (18% en 1995). Le rayon d'action est de 8,3 km (9,4 en 2002).

L'amélioration de l'accessibilité et le renforcement des activités en santé maternelle et infantile s'est traduite par une augmentation de la couverture. Cependant les activités préventives ont largement pris le dessus sur les activités curatives. En 2004, environ 62% des

³³ L'initiative de Bamako est souvent perçue comme une politique permettant de dynamiser les structures sanitaires ; avec pour principes de généraliser l'accès aux soins de base

femmes effectuent des consultations prénatales. Par contre, le taux d'accouchement en maternité est de 33,5% ; 13,7% de femmes pratiquent une contraception. La couverture vaccinale quant à elle, a encore plus progressé que les consultations prénatales 110% en 2004 (41% en 1997). D'une manière générale, on estime à 52,1%, la proportion d'enfants complètement vaccinés (EDS, 2003).

Même si certains indicateurs de santé et d'activités des services de santé semblent en amélioration depuis les années 80, telles que le taux de consultation prénatale, l'accouchement assisté, la couverture vaccinale, etc., la plupart des indicateurs de santé restent faibles voire bas, surtout en matière de soins curatifs. Et les variations observées d'une région à une autre ne remettent pas en question ce constat. Les moyennes nationales masquent des taux très bas dans certaines régions et milieux ruraux.

Les femmes sont numériquement plus importantes que les hommes au Burkina (près de 52% de la population totale). Aussi, en termes de consommation de soins, celles-ci (surtout les femmes en âge de procréer) devraient jouer un rôle important du fait qu'elles induisent des besoins particuliers et fréquents du point de vue de santé de la reproduction et en tant que mères de jeunes enfants souvent malades. Il apparaît étonnant de constater que les femmes connaissent une faible fréquentation des services de soins. Pour ne citer qu'un exemple, une femme sur 4 n'a pas de contact avec les services de santé tout au long de sa grossesse. Et la situation est encore plus mauvaise en milieu rural où plus de 30% des femmes enceintes ne bénéficient d'aucune visite prénatale. Alors que l'OMS recommande au moins 4 visites régulières avant l'accouchement (INDS, Enquêtes démographiques et de santé 1993 et 2003).

A la lumière de ce qui précède, il nous semble que si certaines politiques ont permis d'améliorer la couverture sanitaire, et parfois l'efficacité des services dans certains domaines d'activités et régions, le recours aux services de santé demeure faible et l'équité dans l'accès aux soins n'est toujours pas atteinte. Ce constat mérite que l'on s'y attarde. Dès lors des questions se posent : Pourquoi malgré l'augmentation des centres de soins, les recours sont faibles ? Quelles sont les raisons défavorables à leur plein essor ? Les populations ont-elles recouru à d'autres types de traitements ? Pourquoi ?

Mais avant de chercher des réponses à ces questions, il importe de passer d'abord par l'examen de la littérature existante. L'interrogation de celle-ci a fait ressortir un certain nombre d'éléments comme étant les causes premières du faible recours aux soins de santé primaires. Partant de la faible utilisation des services de soins de santé, des documents

préparatoires des états généraux de la DEP fournissent une première réponse. Il s'agit des insuffisances du système de soins publics : l'accessibilité aux soins est problématique ; la prise en charge des problèmes de santé de la population n'est pas assurée de manière adéquate ; le mauvais accueil dans les structures de soins, l'indisponibilité du personnel de santé ; le coût élevé des soins dispensés ; les longues files d'attente dans les centres de soins ; le manque d'hygiène dans les locaux ; le manque de matériel et de médicaments ; la mauvaise organisation du système ; le laxisme et l'affairisme dans les établissements ; le favoritisme, etc. (DEP, 1999)³⁴. Un rapport sur la coopération pour le développement confirme également cette perception négative des services de santé, au niveau de l'interaction entre agents de santé et population ((PNUD/ Burkina, 1998). De même, un des sept problèmes soulevés par le rapport du PNDS est la mauvaise qualité des services de santé (MS, 2003)³⁵.

Il existe également des travaux de recherche sur la question. A. Meunier (1999) en étudiant le système de soins aux Burkina Faso montre que l'offre de soins n'est pas une mise en place en vue de satisfaire uniquement les besoins des populations ; elle est devenue un moyen de contrôle par l'Etat, du territoire national. A ce titre, la répartition géographique des structures de soins est une stratégie qui privilégie certains espaces ou lieux plus que d'autres. Il ya des espaces qui sont délaissés, d'autres qui ont toujours joué un rôle dans l'organisation du territoire et ceux qui ont récemment émergé. Pour l'auteur, les critères d'attraction d'un lieu ne sont pas identiques, si l'on compare les représentations de l'espace des populations à celles de l'Etat. Et selon lui, c'est ce qui explique en partie, la faible utilisation constatée des services de soins publics mis à disposition des populations burkinabè.

Valéry R., (2007) analyse, pour sa part, l'équité de l'accès aux soins dans les politiques de santé au Burkina Faso, notamment dans la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB)³⁶. Il souligne l'occultation de l'équité dans les politiques de santé. Son travail a été mené à travers une étude de la mise en œuvre d'un projet par une ONG internationale au Burkina. Selon l'auteur, les acteurs de la mise en œuvre de l'IB se sont plus focalisés sur les aspects relatifs à l'efficacité de la politique au détriment de ceux liés à l'équité. Ce qui a eu pour conséquence la persistance des inégalités d'accès aux services de santé et l'exclusion des indigents. Il

³⁴ Ministère de la Santé/ DEP, Documents préparatoires des Etats généraux de la DEP, lors des états généraux sur la santé tenus du 16 au 18 juin, 1999 au Burkina Faso, p.26

³⁵ Ministère de la Santé, Burkina Faso, Programme d'Assurance qualité en Santé, Mai 2003.

³⁶ Rappelons que suite à la stratégie des soins de santé primaires adoptée à Alma-Ata en 1978, qui voulait instaurer plus d'équité en matière de santé, il a été préconisé la vente de médicaments essentiels pour que les fonds recueillis soient utilisés pour financer en partie et de manière gratuite, l'accès des personnes indigentes aux services de santé.

explique la situation par le fait que les bénéficiaires engendrés grâce au paiement des services et des médicaments ne soient pas utilisés en faveur de l'équité d'accès.

Ce que nous retenons ici, est que le paiement des soins constitue une barrière à l'accès aux soins. Au Burkina Faso, excepté quelques régions, on s'accorde à dire que l'utilisation des services curatifs, a connu une baisse au cours des dernières années ; de 0,32 en 1996, le taux a diminué à 0,17 par habitant et par an en 1997 (Bodart Servais et al., (2001)).³⁷

De même, deux études ont établi un bilan négatif de la promotion du paiement direct sur l'utilisation des services. L'explication avancée est que le paiement fixé pour les soins, ne prenait pas en compte la nature des services et la capacité des patients à payer les prestations.

D'autres études récentes comme celle de Haddad, Nougara et al. (2004) vont dans le même sens. L'insuffisance des ressources financières est un obstacle à l'accès aux services de santé. Wyss et Nandjinger (1995) et Meuwisen (2002)³⁸ qui ont également mené respectivement des recherches au Tchad et au Niger, montrent que l'introduction du paiement des soins par les usagers discrimine les personnes à faibles revenus, du fait que la demande de soins de santé est une fonction croissante avec le niveau de revenu. Cette position est toutefois remise en cause par d'autres travaux qui estiment que la participation financière des usagers aux soins n'est pas pertinente pour expliquer la faible fréquentation des centres de santé par les populations. Selon la même source, en Mauritanie cette politique s'est avérée favorable au renforcement des programmes élargis de vaccination. De même au Niger, l'impact des coûts de soins sur l'utilisation des services n'a pas été très significatif d'un point de vue statistique.

Par ailleurs, en Guinée, les résultats d'une enquête sur les ménages ont montré que la qualité des services fournis exerçait un effet positif sur la fréquentation des structures sanitaires. Les usagers, qu'ils soient urbains ou du milieu rural, déploraient à près de 50%, la mauvaise qualité des prestations des hôpitaux et des centres de santé. Cela explique la raison pour laquelle en dépit de leur maladie, certaines personnes choisissent de recourir à des soins alternatifs. Une amélioration de la qualité des services permettrait de résoudre le problème.

En définitive, le problème financier reste malgré tout un facteur important pour accéder aux soins publics de santé. Nombre de personnes au Burkina dénoncent le coût élevé des soins. La

³⁷ Bodart Servais et al. (2001) par V. Ridde op. cit. p. 43

³⁸ Wyss et Nandjinger (1995) ; Meuwisen (2002) tels que cités par Doumbouya M. Lamine « Accès aux soins de qualité à un plus grand nombre de personnes en Guinée » in *Economie et Solidarités*, volume 38, n° 2, 2007 : 146.

barrière financière que représente ce prix pour les malades, oriente le choix thérapeutique selon leur situation économique. Dans son étude sur les facteurs explicatifs de la faible adhésion des ménages indigents à la mutuelle de santé à Nouna (Burkina) et qui pourrait s'appliquer aux services de soins de santé, Simbora, M., (2006)³⁹, identifie une conjugaison de plusieurs éléments dont le contexte socioéconomique, les déficiences physiques, l'inadéquation entre besoins et paquet de soins offerts, les contraintes socioculturelles ainsi que l'ignorance des populations.

Des enquêtes anthropologiques ont également permis de mettre en évidence des éléments relatifs aux comportements des soignants vis-à-vis des patients, notamment sur l'accueil dans les centres de santé, les violences verbales et / ou physiques ainsi que l'absence d'écoute. Parmi celles-ci, on peut citer celle de Jaffré, Olivier de Sardan et al., (2002)⁴⁰. Ces auteurs ont analysé la qualité des soins offerts aux patients dans des capitales de trois pays africaines, Dakar au Sénégal, Niamey au Niger et Abidjan pour la Côte d'Ivoire. Cette perception est encore plus pertinente lorsque les patients ne disposent d'aucune relation particulière avec le personnel soignant du centre qu'ils fréquentent ; ce qui est bien souvent le cas pour les indigents. C'est dans le même sens que va le rapport sur la coopération pour le développement (PNUD Burkina, 1998).

Ces travaux ont permis d'identifier d'une manière générale, les causes premières de la faible utilisation des services de santé, de même que la manière dont les problématiques sont abordées.

En ce qui concerne particulièrement le recours aux soins de santé par les femmes, nonobstant les arguments généraux issus des travaux sus-cités, A. Andro et V. Hertrich (2001)⁴¹ qui ont étudié la « demande » contraceptive dans trois pays africains (Ghana, Mali, Burkina Faso le Ghana étant utilisé comme point de comparaison), montrent que dans les pays du Sahel, la fécondité a peu évolué et la pratique contraceptive reste exceptionnelle. A titre d'exemple, au Mali ainsi qu'au Burkina Faso, la fécondité se maintient à plus de 6,5 enfants par femme et à peine 5% des femmes mariées pratiquent la contraception moderne. Pour les auteures, si

³⁹ Simbora, Mariam, « Insertion des ménages indigents dans les systèmes de mutuelles de santé : Expérience de l'assurance maladie à la base communautaire (AMBC) de Nouna », INFTS, Août, 2006, p. 100

⁴⁰ Jaffré, Olivier de Sardan et al., *Les fonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet « santé urbaine » (Unicef-Coopération Française) Enquêtes sur le Burkina*, « *Sciences Sociales et santé*, vol. 3, n°3, *L'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. Paru en 2003 sous le titre « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest »*, Paris, Karthala, 2002, p. 289

⁴¹ Andro, A., et Hertrich, V. (2001), « La demande contraceptive au Sahel : Les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », in *Population*, n°5, septembre- octobre, Ined, 2001

l'insuffisance de l'offre de planification dans les pays constitue une raison, elle n'est pas la seule. En effet, la faible prévalence contraceptive dépend également de la demande. Les résultats de leur étude mettent en évidence une grande hétérogénéité de la demande contraceptive entre les femmes, les hommes et au niveau du couple : « la demande est plus importante chez les femmes, beaucoup plus faible chez les hommes et presque insignifiante au niveau du couple »⁴². C'est cette hétérogénéité qui constitue un important obstacle à la diffusion contraceptive, les hommes ayant un rôle décisif dans la pratique contraceptive. La probabilité pour les femmes d'utiliser la contraception est liée aux attentes des hommes.

Zougrana, M. C. (1993)⁴³ quant à elle, en étudiant les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile au Mali, a distingué deux types de facteurs : les facteurs dits simples (éducation, statut socio économique du ménage, âge, la parité atteinte, etc.) et les facteurs de susceptibilité définis comme pouvant rendre l'individu plus sensible à l'utilisation des services de santé, tels que l'état de santé (maladie, fragilité innée) ou expériences antérieures avec les services.

Beninguisse G. et al., (2004)⁴⁴, qui ont analysé l'accès aux soins obstétricaux en Afrique, mettent en relief des causes d'ordre culturel qui entraineraient le faible accès aux services de santé mais aussi une déperdition des soins prénataux.

Le milieu de résidence apparaît également comme un élément influant de l'utilisation des soins obstétricaux. L'intérêt accordé à cette variable est lié aux inégalités relevées entre le milieu urbain et le milieu rural. D'une manière générale, il est observé une forte concentration des infrastructures sanitaires en zone urbaine au détriment des zones rurales. Ainsi, on estime qu'il est plus facile de mettre en œuvre des mesures sanitaires publiques dans les villes que dans les villages. Au regard de cette situation, il apparaît normal dans la plupart des recherches, les différences importantes observées entre les villes et les villages concernant la prise en charge médicale des grossesses. Beninguisse (2001)⁴⁵ a constaté dans son travail au Cameroun, que moins de 70% de femmes enceintes en milieu rural recouraient aux soins pendant leur grossesse contre 92% de femmes en milieu urbain. La tendance est à une

⁴² Ibid, p. 771

⁴³ Zougrana M. C., 1993, « Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali) » Collection de Thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 214p.

⁴⁴ Beninguisse G. et al., 2004, « L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services de soins obstétricaux en Afrique », in Isiugo-Abanihe, U., Ngwe, E. et Kokou, V. (eds.), Population et questions de santé en Afrique. Etude de la Population africaine, supplement B du vo. 19, UEPA, Dakar, pp. 251-274

⁴⁵ Beninguisse G. (2001), Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, ULC, Département des Sciences de la Population et du Développement, Institut de Démographie, Louvain-La-Neuve, 313p.

meilleure prise en charge obstétrique chez les femmes résidant dans les villes. L'auteure explique également que les groupes sociaux les plus défavorisés ne pouvant accéder aux soins, n'ont souvent d'autre choix que de se soumettre à des consultations de devins dont le coût des prestations n'est souvent symbolique.

Haddad et al., (2004)⁴⁶ s'inscrivent dans la perspective, en considérant qu'au Burkina Faso et au Sénégal, que c'est l'éloignement par rapport aux structures de prise en charge des complications, associé à la faiblesse des moyens d'évacuation, qui retardent le recours et expliquent les décès maternels. Beninguisse et al., (2004)⁴⁷ ont remis en question la pertinence de cette explication par l'accessibilité géographique. Ils montrent plutôt, que l'inadaptation entre l'offre, les attentes et les préférences culturelles des femmes, expliqueraient leur volonté de ne pas se rendre dans les structures sanitaires et d'accoucher, par exemple, à leur domicile.

Ces analyses sur la santé des femmes insistent davantage sur les fonctions liées à la fécondité et à la reproduction⁴⁸ ; des grossesses, des enfants qui en sont issus, et non des femmes elles mêmes. Elles mettent d'une part, en relation l'utilisation des services de santé maternelle avec les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, l'éducation, le niveau de vie, l'affiliation religieuse, la taille des ménages et d'autre part, l'accent sur la demande avec parfois, la prise en compte des insuffisances liées à l'offre de soins. En somme, elles tentent presque toutes, d'expliquer les pratiques de santé, l'accès aux soins et l'utilisation des services en suivant l'évolution des politiques de santé publique.

Ce constat est également relevé par Vlassoff (2004) qui montre que les recherches dans le secteur ont été motivées en grande partie par des questions concernant la nécessité de baisser les taux de natalité trop élevés et de contrôler la croissance de la population, plutôt que par un souci de la santé des femmes en tant que telle.

Les limites de ces travaux traduisent la nécessité d'approfondir les investigations dans ce domaine, en vue d'appréhender plus globalement les comportements des populations concernées vis-à-vis des recours aux soins de santé tout court.

⁴⁶ Haddad, S. et al., « Les inégalités d'accès aux soins de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Revue Santé, Société et Solidarité*, 2004 (2) : 199 - 211.

⁴⁷ Beninguisse, G. et al., op. cit

⁴⁸ Ce concept introduit par l'OMS, désigne l'ensemble des problèmes concernant la santé féminine tels que la mortalité, la morbidité maternelle et le planning familial.

Plus proche de notre objet de recherche, B. Gastineau (2003)⁴⁹ pour sa part, a abordé la question de la santé des femmes en rapport à l'offre de soins et les recours aux soins en Tunisie. A travers deux zones spécifiques (au nord et au sud), l'auteure a montré qu'il n'existait pas de relation parfaite entre l'offre et la demande de soins de santé. Elle explique la situation par les disparités économiques et géographiques entre les régions mais aussi à cause des barrières sociales et culturelles qui peuvent contraindre les femmes à accéder aux soins.

L'auteure a surtout exploité des résultats d'enquêtes socio-économiques et démographiques pour tenter de ressortir des données pertinentes lui permettant d'expliquer l'état de l'accès aux soins des femmes des deux zones choisies. Elle a également utilisé des données issues de travaux qualitatifs complémentaires.

La thèse principale que nous défendons à travers notre problématique se pose en ces termes : il existe un cheminement particulier de recours aux soins dans lequel les services de santé sont perçus comme une possibilité. Pourquoi les femmes ne profitent pas suffisamment des structures mises à leur disposition ? Il serait imprudent de réduire la question à un problème dépendant exclusivement de l'offre. Car il semble que des facteurs individuels, familiaux et structurels y contribuent. Pour l'expliquer, nous focaliserons notre analyse sur une échelle locale et micro sociale : la situation du recours aux soins de santé par les femmes Yadesé⁵⁰.

Il ne s'agit pas d'identifier seulement des éléments qui prédisposent les femmes à une faible fréquentation aux soins de santé ; il est aussi question d'explorer des facteurs favorables pour mieux cerner la question. Nous avons plutôt choisi de partir d'une démarche plus globale de la recherche de soins. Dans cette perspective, cela permet de partir des pratiques de soins quotidiens et plus précisément des itinéraires de soins pour analyser les logiques thérapeutiques des femmes et les raisons avancées pour les expliquer.

⁴⁹ Gastineau Bénédicte, 2003, « L'offre de soins, recours aux soins et santé des femmes en Tunisie », CERPOS D321, Université de Paris X, Nanterre, France, 2003

⁵⁰ Yadesé pluriel de Yadega qui signifie habitant du Yatenga. Le Yatenga correspond à la région administrative nord du Burkina. J'y reviendrai plus en détail dans la présentation de la zone de recherche.

1.3. Le choix méthodologique

1.3.1. Origine de la recherche

Bien avant la recherche de Doctorat, ces question d'accès aux droits a été un axe central de mes recherches. Dès la maîtrise, mon mémoire les « facteurs socioculturels de la sous scolarisation des filles dans la région Est du Burkina Faso »⁵¹.

Ensuite j'ai fait le choix de travailler auprès d'une Ong (Oxfam/UKI-Burkina) implantée au Burkina depuis 1974⁵², dont l'objectif était d'aider à l'amélioration des conditions de vie des populations, en luttant contre les famines, la pauvreté et la désertification.

Il se trouve que parallèlement à notre projet proprement dit, se tenaient d'autres observateurs, intervenants et Ong. Parmi ceux-là on peut citer le Programme de Gestion des Terroirs, programme national burkinabè, qui agit dans la quasi-totalité des provinces du pays (PNGT) ; le Programme d'Agriculture Durable (PAD), à vocation comparable ; le Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnel (PSAN), chargé de lutter contre la malnutrition des populations, des femmes et des enfants en particulier, et contre la pauvreté. Ce programme organise des formations sur les problèmes nutritionnels, les problèmes de santé, et favorise les crédits permettant la création d'activités génératrices de revenus.

Les programmes de ces différents intervenants offrent l'avantage de couvrir la presque totalité des départements de la région, notamment celui dans lequel est implanté notre projet. Nous réalisons les mêmes activités, avec les mêmes populations. Cependant, chaque équipe et chaque intervenant œuvrait à son programme, sans se préoccuper des autres acteurs. En d'autres termes, il n'y avait aucune concertation, encore moins de mutualisation des moyens ou des efforts, ou même des observations. Entre la myriade d'acteurs et la pléthore de projets sur le terrain, la confusion était grande au niveau des populations bénéficiaires. Ces dernières étaient rarement en mesure de dire avec précision, quelles activités elles réalisaient, et avec quel intervenant.

⁵¹ LOMPO, B. « Les causes socioculturelles de la sous scolarisation des filles », mémoire de maîtrise, département Sciences de l'Education, sous la direction de Somé Jean Baptiste, Université de Ouagadougou, 1990

⁵² Entre 1968 et 1973 marquent le début des phases de grandes sécheresses qui ont frappé l'ensemble des pays au sud du Sahara dont le Burkina (dans sa partie nord). 1973 /1974 et 1983/1984, deux grandes sécheresses qui ont fait subir au pays une forte dégradation des ressources naturelles et de ses formations végétales (Atlas de l'Afrique, 2005). Des sécheresses qui se poursuivent encore de nos jours. Ce contexte a fait apparaître la nécessité de la mise en œuvre de programmes/ projets pour améliorer les productions agricoles et lutter contre la détérioration de l'environnement. Ces programmes sont initiés par de grands organismes internationaux tels que le PNUD, GTZ, IDA, la Banque mondiale ; ou des Ong dont Oxfam/ UKI

Durant la mission qui m'était confiée et au cours d'autres missions que j'ai menées dans le même cadre, je me suis interrogée sur les projets de développement, le rôle des acteurs et / ou financeurs. Cette interrogation est devenue cruciale à l'issue de cette mission, au vue des résultats très peu satisfaisants (construction de la maternité non achevée, forage non fonctionnel, moulins peu utilisés ou en panne...). De plus, les personnes bénéficiaires de crédits, et particulièrement les femmes, éprouvaient des difficultés à écouler leurs produits et à rembourser leurs prêts.

Face à ces difficultés de résultats ont suscité chez moi un grand doute sur l'aide au développement, sur les Ong et leurs actions. En effet, j'en suis arrivée à me poser des questions au sujet de la pertinence de ces programmes. Le besoin d'apporter quelques réponses à mes questions, m'a conduite à en faire un sujet de recherche. J'ai donc envisagé de mener, dans le cadre d'une recherche de DEA, une étude approfondie sur le rôle des Ong dans le développement au Burkina Faso, ainsi qu'une réflexion sur l'aide au développement des Organisations privées non gouvernementales (ONG), afin d'analyser l'influence des projets sur les femmes.

Cependant, après inscription à l'Université de Nantes en DEA de sociologie, j'ai dû opter pour une formation à la méthodologie de recherche. Mon terrain se trouvant au Burkina Faso, il m'était alors impossible d'allier théorie et pratique. Le délai imparti pour cette recherche étant limité à un an, je me suis résolue à commencer le travail en France.

Mon travail de recherche en DEA s'est, par conséquent, limité à la connaissance des organisations/associations françaises, particulièrement de Loire Atlantique, qui financent et /ou travaillent au Burkina Faso, leur constitution, leur forme d'organisation, leur fonctionnement, leurs domaines d'activité, ainsi que leur approche de la notion même de développement. Ce faisant, je nourrissais l'espoir de pouvoir plus tard poursuivre cette recherche, dans les zones d'intervention des ONG étudiées. Le projet étant, pour moi, d'étudier de manière approfondie, une Ong dans le cadre de la mise en œuvre d'un de ses projets d'aide au

Au départ donc de cette thèse, l'idée était de poursuivre cette réflexion entamée au cours du DEA autour de l'aide internationale ou des ONG et Associations d'aide au développement et ce qu'elles impliquent pour les populations locales bénéficiaires, notamment les femmes. J'ai choisis de travailler sur les femmes du Yatenga. Convaincue que si l'autonomie qui est reconnue aux femmes Yadesé est avérée, l'aide des nombreuses ONG présentent dans la

région et qui sont favorable aux projets des femmes, ne pouvait qu'avoir une incidence positive directe sur elles ainsi que sur les rapports sociaux d'une manière générale.

J'ai ainsi commencé ma réflexion et entrepris des lectures dans ce sens J'ai multiplié mes lectures en anthropologie, sociologie, économie et des entrevues informelles. Au fur et à mesure, les problèmes de santé des populations et la sous-utilisation des services de soins par les populations concernées elles-mêmes ont mis en évidence l'importance du sujet. Pourtant, la santé s'est avéré faire partie des préoccupations quotidiennes et celles-ci sont récurrentes.

Ainsi, les taux de morbidité et de mortalité sont parmi les plus élevés de région subsaharienne. Ils sont imputés en grande partie aux maladies infectieuses et parasitaires. En 2004, les taux brut de morbidité et de mortalité étaient respectivement de 5,8% (EBCIM, 2003) et de 14,8 pour mille⁵³ (15,6 INSD, 2007) ; l'espérance de vie est de 54,1 ans.

L'insuffisance de la couverture sanitaire, la persistance des maladies endémo-épidémiques aggravées par le phénomène du VIH/ Sida, la sous-alimentation, la malnutrition et les carences nutritionnelles, l'insalubrité de l'environnement, l'insuffisance des mesures d'assainissement de base et de fourniture d'eau potable, l'insuffisance des activités de prévention vis-à-vis des populations ainsi que le faible budget alloué à l'Etat en matière de santé sont autant d'éléments souvent identifiés comme contribuant à cette situation. A cela s'y ajoute les conditions climatiques difficiles et défavorables ainsi que l'insécurité alimentaire.

La population de façon générale et les femmes (et les enfants) en particulier, sont souvent sujettes à de nombreuses d'affections et souvent confrontées à diverses maladies. Et malgré les efforts consentis par l'Etat pour améliorer la situation, celle-ci reste toujours précaire. Bien que la couverture sanitaire ait augmenté ces dernières décennies, l'utilisation des structures de soins n'est pas optimale⁵⁴. On observe même une sous utilisation des structures de santé. En effet, selon A. Meunier (2000), « alors que le réseau sanitaire se densifie, le nombre de patients dans les établissements publics diminue »⁵⁵. De même, il apparaît que les malades n'ont recours aux services de soins de santé qu'en dernier ressort.

Plusieurs éléments ressortent ici comme étant les principales variables de la faible utilisation des structures sanitaires par la population en général et les femmes en particulier.

Ces observations m'ont donc amenée à réorienter ma question de recherche sur le domaine plus spécifique de la santé. Je voulais comprendre le pourquoi et le comment. C'est alors qu'il m'a semblé pertinent de travailler sur les pratiques de soins des femmes Yadesé. Certes, les

⁵³ Tableau de Bord de la santé au Burkina en 2004 ; INSD, Annuaire statistique de Santé du Burkina Faso, 2007.

⁵⁴ Document Cadre de Politique Nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle, 2004, p.10

⁵⁵ Meunier, Aude, 2000, op. cit., p.16

problèmes de santé le sont partout au Burkina mais d'autant dans la région nord où les affections sont nombreuses. Nous avons émis l'idée de chercher à comprendre cette réticence sans à priori. Un choix qui m'a amenée à réorienter mon objet de recherche.

1.3.2. Le choix du terrain

Le Burkina Faso est composé aujourd'hui de 45 provinces. Dans l'optique de notre recherche, les possibilités étaient aussi multiples pour identifier un groupe ethnique parmi la soixantaine que compte le pays, avec des systèmes d'organisation sociale spécifique et des pratiques sanitaires différenciées.

Notre choix s'est porté sur la province du Yatenga, située au nord du Burkina Faso et habitée en grande partie par des Yadsé. Les Yadsé font partie des Mossi, qui constituent une ethnie numériquement importante du pays. C'est un groupe social très hiérarchisé et structuré que Balima résumait en ces termes : « ils ont une mentalité totalement disciplinée de l'ordre, aimant s'effacer devant les chefs en présence desquels ils adoptent des attitudes humbles, mêmes humiliantes, face contre terre, obéissant toujours, exécutant tout ordre dès qu'il émane d'une autorité supérieure ». Cette relation d'autorité et de soumission existe dans toutes les structures, aussi petites soient-elles (ménages, famille, etc). Cette relation de pouvoir et d'autorité est une donnée intéressante pour notre recherche. Dans un environnement social marqué par un faible recours aux soins de santé, on peut admettre que l'autorité du chef rapportée dans un cadre plus restreint (qu'est la famille), peut être un instrument de contrainte sur ces sujets, notamment les femmes.

Mais le Yatenga est aussi l'une des régions la plus investie par les ONG et Associations. En effet, elle compte le plus grand nombre d'ONG et d'associations d'aide au développement et notamment de santé⁵⁶. Leur principal objectif est de contribuer au développement d'une région en proie aux sécheresses et aux maladies épidémiques ; nous reviendrons en détail dans nos prochains chapitres sur cette zone.

C'est également l'une des régions les plus visitées par d'autres associations locales bénéficiant d'appuis d'organisations étrangères d'aide au développement. De nombreux villageois organisés en groupements effectuent des voyages de découvertes ou d'études dans la zone pour partager leurs expériences dans le domaine des projets de développement.

⁵⁶ Les rapports du Bureau de suivi des Ong (BESONG) avaient identifié, en 1999, une cinquantaine d'organisations, tout domaine confondus

La spécificité de Ouahigouya (Yatenga) ne tient pas seulement aux éléments que je viens de relever. Une autre raison qui a motivé mon choix tient au fait que ce terrain ne m'est pas inconnu. En effet, dans le cadre de mes activités professionnelles⁵⁷, j'ai eu l'occasion d'effectuer quelques déplacements dans la province (séminaires, voyages d'échanges, études). Par ailleurs, la population du Yatenga entretient une alliance avec celle de ma région d'origine, la région de l'Est du Burkina, province du N'Gourma-Fada et ses habitants les Gourmanché. Choisir cette dernière comme terrain de recherche favorise l'intégration et facilite les contacts et les échanges avec les personnes enquêtées. Ce lien agit comme un « laisser-passer ».

La parenté à plaisanterie exprime un sentiment fort de communauté. Elle renforce les relations et les détend en toutes circonstances. L'exemple qui va suivre, illustre ces liens : lors de funérailles d'un homme, il y a foule à son domicile. Les gens entrent à pas feutrés. Tout à coup un homme entre. Il marche comme s'il entrait dans un moulin et sans gêne. Il parle fort. On se demande s'il est normal. Certains demandent qu'on le fasse sortir. Mais personne ne fait un geste. Alors le « fou » continue de parler de plus en plus fort en s'adressant aux gens rassemblés au domicile du défunt en ces termes « Ah, il paraît qu'il est enfin mort ! C'est bien fait. Vous tous qui êtes ici, vous allez mourir comme lui. Faites-le sortir, on va l'enterrer. De toute façon, c'est un bon débarras. Il va rejoindre son vieux père qui l'a précédé l'année dernière ». Au cimetière, « le fou », se précipite à l'intérieur de la tombe et s'oppose à l'ensevelissement du mort. C'est après bien des négociations renforcées par des dons et des supplications que la famille du défunt a raison du « fou ». Pour la plupart des personnes qui y assistaient, non informées et /ou non initiées, un parent du défunt a dû expliquer que le « fou » n'était pas un vrai fou, qu'il s'agissait d'un Yadega, appartenant à une ethnie du nord du Burkina. Un « parent à plaisanterie » du défunt, un *Gulmance*.

Enfin, Ouahigouya est facile d'accès, c'est une ville qui se situe à 150 km de Ouagadougou, la capitale. De plus la voie pour y accéder est bitumée.

Le choix opéré tient aussi compte de nos moyens financiers et matériels très modestes ; et il se justifie scientifiquement. L'observation directe d'un groupe peu volumineux et bien circonscrit peut aboutir à la réalisation d'une bonne enquête sociologique (R. Bourdon 1982)⁵⁸.

⁵⁷ J'ai fait le choix de travailler pour certaines ONG en tant que chargée de projet et responsable des questions de genre et développement.

⁵⁸ Bourdon R. Dictionnaire critique de la sociologie, Paris, Ed. PUF, 1982, p. 62

J'ai choisi de travailler sur les femmes du Yatenga. Les femmes Yadesé jouissent d'une réputation de femmes au comportement libéral. A tort ou à raison, ces femmes sont considérées comme un groupe à part dans la plupart des autres milieux burkinabè. Il est toujours apparu aux yeux des autres que ces femmes jouissent d'une certaine particularité, de désinvolture, de forte tête s'exprimant à leur aise, quelles que soient les circonstances et le lieu. De sorte que beaucoup de gens, surtout les hommes, s'autorisent à médire d'elles, voire à les insulter.

Les femmes Yadesé prennent facilement la parole en public. Elles peuvent parler librement de sexualité comme de tout autre sujet, sans baisser les yeux. Ces comportements, j'ai pu les observer sur le terrain en 2000, alors que j'étais chargée de mission pour une ONG de développement⁵⁹. Le comportement de ces femmes est légendaire.

Selon la légende, à l'origine des Mossi, le mythe fondateur, place une jeune princesse du nom de Yennega. La légende raconte que la princesse Yennega, fille du roi de Gambaga⁶⁰ est proche des animaux, et on dit qu'elle possède un don de communication avec eux, particulièrement avec les chevaux, alors que les chevaux sont traditionnellement une affaire d'hommes (de garçons). Yennega va donc convaincre son père de lui offrir un cheval. Rapidement elle devient une cavalière avisée, une amazone. A ce titre elle participe aux combats et aux guerres. Certains pensent que le roi ferait mieux de lui trouver un mari pour assurer sa descendance. Mais celui-ci très attaché à sa fille, ne juge aucun prétendant digne d'elle. Au départ, Yennega tire une grande fierté de l'exigence de son père, mais elle finit par prendre conscience de la situation et s'enfuit loin du royaume. Elle rencontre alors un chasseur d'éléphants du nom de Rialé qui l'héberge. Ils font connaissance et finissent par se marier. De leur union naît un fils qu'ils nomment Ouédraogo, ce qui signifie « Etalon », en l'honneur du cheval qui a porté la princesse. Il devient par la suite le fondateur des royaumes Mossi, à commencer par le nord de l'actuel Burkina.

Cette légende accorde une place capitale à la femme. On peut alors supposer, qu'elle bénéficie d'une grande considération dans la société. Cette position ne fait pas de la femme une victime et lui laisse une marge de manœuvre.

⁵⁹ Au cours de cette mission, l'une des actions prévues étaient de lutter contre la pauvreté des populations, notamment des femmes à travers des Activités Génératrices de Revenus (AGR). Le Yatenga, compte tenu du nombre important d'ONG investit, était la région expérimentée dans le domaine. Avant donc la mise en œuvre des activités du projet, des voyages d'études et d'échanges étaient effectués avant de permettre aux femmes qui allaient bénéficier des aides, afin de leur permettre de partager les expériences des femmes du Yatenga, souvent organisées en groupements. C'est dans ce cadre que nous avons pu observer le comportement autonome des femmes yadesé ; et nous avons eu plusieurs occasions de le faire.

⁶⁰ Le Gambaga était un royaume à la frontière du Ghana actuel dans le sud du bassin de la Volta) d'où les historiens font partir, la genèse des royaumes mossi et de leurs ancêtres.

Cependant, nous allons nous apercevoir dans les développements à venir, que le comportement attribué aux femmes Yadesé est contradictoire aux idées qui prévalent dans la société Mossi dont elles font partie. En effet, il est rare dans le pays et dans la plupart des sociétés (dont les Mossi) que les femmes ne soient pas soumises, de même qu'il est vrai que les questions touchant à la sexualité constituent encore un tabou.

Néanmoins, les femmes Yadesé sont pleines de vitalité et d'énergie que l'on peut observer. Ce sont des femmes qui gèrent leur ménage, apportent l'essentiel des revenus domestiques, gèrent en commerçante avisée leur étal au marché ou toute autre activité, passent des marchés, des contrats avec des fournisseurs ou des acheteurs, participent à des groupes d'entraide, organisent des associations pour leur promotion. La femme Yadega est considérée comme une forte tête, parce qu'elle harangue la foule et tient des discours en toutes circonstances.

Ces caractéristiques confèrent à la femme Yadega, une identité spécifique. L'identité est toujours attachée à des signes par lesquels elle s'affiche, de sorte qu'elle est à la fois affirmation d'une ressemblance entre les membres du groupe identitaire et d'une différence avec « les autres »⁶¹. Selon l'approche culturaliste, l'identité est à la fois une et plurielle. En d'autres termes elle varie selon les cultures, même si elle est vécue comme inscrite en nature.

On retrouve cette question d'identité dans le travail de Maïzi (1995)⁶². L'auteure explique que la réalité sociale du Yatenga, montre que la catégorie femme, notamment rurale, ne comprend pas seulement des épouses d'agriculteurs, aides familiales pour une production contrôlée par les hommes. Les femmes exercent d'autres activités socioprofessionnelles.

J'ai alors envisagé l'idée que l'aide et l'appui apportés par les ONG de développement ne pouvait que renforcer cette liberté si telle est qu'elle existe. La comparaison avec les femmes Gourmantché était également une piste de réflexion émise. La situation s'y prêtait bien. En effet, les Yadesé et les Gourmantché entretiennent un lien de parenté. Il était donc intéressant de se pencher sur ce sujet.

Dans cette optique, j'ai entrepris une documentation exploratoire et des entretiens informels. En ce qui concerne les rapports entre nos deux groupes, j'ai recueilli plusieurs explications. La première est que « *Un gulmance chasseur s'était égaré dans la brousse. Les yaadse le*

⁶¹ Selon le Dictionnaire, Le Robert « Dictionnaire de sociologie », ed. Le Robert / Seuil, 1999

⁶² Maïzi Pascale, Identités plurielles des femmes mosse du Yatenga, Burkina Faso, Cahiers des Sciences Humaines, 31(2), 1995, pp.485-499

retrouvant lui demandèrent d'où il venait, et il répondit « N yaaré », qui signifie en gulmancema « je me suis égaré ». Ils hébergèrent, lui donnèrent à manger, un toit et une femme. Ensuite on l'appella yaaré parce qu'ils ne connurent pas son vrai nom. Les enfants du chasseur devinrent nombreux et on les appela « yaar-bila », les enfants de celui qui s'est égaré. ».

La deuxième dit que, « un chasseur gulmance s'était égaré dans la brousse ; il s'est marié par la suite à une yaadga qui lui a donné beaucoup d'enfants qui sont devenus des yaadsé ».

La troisième explique que : Un conflit a opposé le roi gulmance au chef de Bisgou ; le roi fut tué lors du combat auquel sa fille prenait part. Blessée, elle s'enfuit. Elle rencontra par la suite un moosi qui fit d'elle sa femme. De leur union naquirent deux fils. Des années plus tard, elle regagna sa terre natale et trouva son cousin sur le trône. A sa vue, sa famille s'exclamèrent : « ah ! tu es de retour avec tes enfants d'égarée ! yaar – bila ». C'est ainsi qu'est née cette alliance à plaisanterie avec les yaadsé.

Selon la quatrième version, à la suite d'un conflit entre gulmance et habitants de Bobomoali où le roi fut tué ; sa fille s'enfuit dans la brousse. Un chasseur moosi la retrouva et la soigna. Il l'épousa par la suite. De leur union naquit un fils ; quelques années plus tard le moosi raccompagna sa femme dans sa famille d'origine. Le roi gulmance, à la vue de sa nièce, s'exclama : « i yaga » qui signifie la fille égarée. Et le petit-fils s'est mis à plaisanter avec ses oncles et réciproquement. Depuis la plaisanterie se généralisa entre tous les gulmance et les yaadsé.

Et une cinquième version raconte qu'à l'origine, les Gulmance ont aidé un prince Yaadga à retrouver son trône au Yatenga.

Il s'agit là de témoignages d'informateurs appartenant à l'une ou l'autre ethnie, ce qui explique leur diversité. Il n'y a pas de source écrite. Néanmoins, les versions permettent de relever qu'il s'agit de faits historiques qui sont à l'origine de la parenté à plaisanterie. Amadé Badini (1994) affirme qu'elle est née des guerres qui ont eu lieu dans le Liptako.

Aujourd'hui, le constat est qu'elle permet des formes de communications sociales, entre des parents qui tiennent des positions spécifiques différentes au sein de la famille ou, pour ce qui me concerne, entre des groupes ethniques différents aujourd'hui, mais qui ont vécu dans un passé lointain un fait d'histoire commun.

Ainsi, mis à part ce lien historique de parenté, les deux ethnies n'ont presque pas grand-chose en commun. Les Yadesé sont un peuple d'éleveurs et d'agriculteurs, à majorité musulmane. Ils pratiquent aussi l'artisanat et ont un esprit commercial très développé. C'est une population dynamique qui connaît beaucoup de mouvements migratoires. Le Yatenga où je m'y suis rendue à plusieurs occasions foisonne d'associations.

Les Gourmantché quant à eux sont peu nombreux plutôt sédentaires et occupent un vaste territoire à l'Est du pays. A majorité animiste, ils pratiquent surtout l'agriculture, l'élevage, la pêche et l'artisanat. Le commerce est surtout l'activité des autres populations qui cohabitent avec eux, à savoir, les Mossi, les Peulh, les Haoussa, et Yorouba. A l'inverse du Yatenga, le N'Gourma est une région, où jusqu'à récemment, il n'y avait presque pas d'ONG de développement sinon, très peu.

Chaque société a sa culture et un système social avec des valeurs et des normes imposées à ses membres. Les traditions n'étant pas forcément les mêmes d'un groupe à l'autre, les rapports sociaux ne seront pas vécues de la même façon par tous. Autrement dit, les contraintes ne seront pas forcément plus contraignantes pour toutes les femmes. En somme, j'avais affaire à deux communautés bien distinctes, géographiquement opposées. Je n'avais donc pas assez d'éléments de comparaison. La spécificité qui caractérise les Yadesé m'a amenée à me focaliser sur ce groupe.

J'ai alors multiplié mes lectures en anthropologie, sociologie, économie et effectué des entrevues informelles. Les problèmes de santé des populations et la sous-utilisation des services de soins ont attiré mon attention. J'ai poursuivi la documentation de la littérature grise et des discussions au hasard des rencontres. Cela a mis en évidence l'importance du sujet. La santé s'est avérée faire partie des préoccupations quotidiennes et celles-ci sont récurrentes.

Ces observations m'ont donc amenée à réorienter ma question de recherche sur le domaine plus spécifique de la santé. Je voulais comprendre le pourquoi et le comment. C'est alors qu'il m'a semblé pertinent de travailler sur les pratiques de soins des femmes Yadesé.

Certes, les problèmes de santé le sont partout au Burkina mais d'autant dans la région nord où les affections sont nombreuses. Le Yatenga est l'une des régions du pays où l'utilisation des services de santé est jugée insuffisante par le Ministère de la Santé. L'offre reste inaccessible en raison des disparités dans la répartition des centres et équipements de soins, du manque de

moyens financiers, de la distance géographique, des dysfonctionnements liés au système de santé ainsi que politiques.

A travers notre recherche, nous voulons effectuer une analyse sociologique des pratiques sanitaires, en nous focalisant sur les itinéraires thérapeutiques des femmes en particulier (qui représentent près de 52% de la population nationale). Nous chercherons à comprendre la situation en évitant les préjugés et les à-priori.

La liberté reconnue aux femmes Yadesé laisserait supposer pour moi, des comportements sanitaires plus favorables à la nouveauté et aux techniques modernes, notamment les soins de santé. Et pourtant, du rapport de DHD réalisé au Burkina (2003), les indicateurs de développement montrent un niveau de développement humain de 0,381 pour la région, avec un sous indicateur de revenu de 0,389, un indicateur d'espérance de vie à 0,4 et un indicateur d'éducation de 0,354⁶³. La santé de la population est des plus précaires avec une situation alimentaire chronique déficitaire, de nombreuses maladies infectieuses et endémo-épidémiques. Le niveau d'accès aux soins de santé publics et d'utilisation des services demeure faible malgré les efforts politiques d'élargissement des soins à la plus grande majorité de la population⁶⁴.

En ce qui concerne le Yatenga, j'ai pu observer que la population et particulièrement les femmes (et les enfants) sont régulièrement sujettes à de nombreuses pathologies. Cette situation persiste malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires auprès des populations pour installer de nouvelles infrastructures. Même si la couverture sanitaire s'est améliorée d'une manière générale depuis l'indépendance du pays, l'utilisation des structures de soins reste faible. Il semble que les malades n'aient recours aux services de soins de santé qu'en dernier recours. Cela m'a amenée à m'interroger sur les raisons de ces comportements. Pour y arriver, j'ai effectué un séjour de cinq mois au Burkina Faso dont un mois en milieu rural. A cela, s'est ajoutée la consultation d'archives. Concernant ces données bibliographiques, je suis partie d'un ensemble de lectures. C'est à travers un ensemble de rapports d'activités du CHR, documents d'évaluation, de la DEP, du ministère de la santé burkinabè que j'ai complété mes informations et renforcé mes hypothèses de recherche.

⁶³ Source : Rapport mondial sur Développement Humain Durable (DHD), 2003, p. 195

⁶⁴ Selon les rapports de la direction régionale de la santé, 2000, on dénombre 27 CSPS, 22 dispensaires isolés, 7 maternités, 3 CM et un CH ; 20 dépôts de MEG ; des infrastructures privées dont 5 cabinets de soins, 2 pharmacies et 26 dépôts de médicaments. Nous ne disposons pas des taux régionaux de fréquentation mais la moyenne nationale nous donne une idée ; elle indique un nombre de consultation de 0,5% par habitant et par an (INSD, 2000).

Certains documents étaient à usage interne, circulant dans un milieu fermé. Pour accéder à certains dossiers internes, il a fallu négocier ou se faire recommander par des personnes ressources et / ou influentes. Une des responsables de l'information à la direction nationale des études et de la planification (DEP), m'a orientée vers les documents essentiels.

Au niveau de Ouahigouya, j'ai bénéficié du soutien des responsables des structures de santé régionales et provinciales pour consulter les documents produits (rapports d'activités, statistiques, d'évaluation, archives). Ce travail a pu se faire sur la base d'une relation de confiance qui a pu être nouée me laissant ainsi la possibilité de les emporter pour une durée limitée et m'autorisant à les reproduire lorsqu'il le fallait. La plupart des documents, surtout à la DEP, s'entassaient çà et là dans les bureaux ou garnissaient le service d'information du CHR, d'où des conditions difficiles de son recueil⁶⁵. Cependant elle a servi à compléter mes informations. La plupart des documents sont référés dans la recherche. L'intérêt de disposer de ces informations documentaires a permis de réaliser une présentation socio-historique et temporelle des politiques et du système sanitaire public ; leur mise en œuvre nationale au niveau national et dans la région du Yatenga.

Je me suis entretenue avec quelques agents et médecins du personnel soignant. Les informations ainsi recueillies ont joué un rôle important parce qu'elles m'ont permis de compléter et d'appuyer certains points de mes entretiens. Outre ces formes de recueil de données, la presse écrite et les archives de la direction de la santé et de la planification à Ouagadougou nous ont également fourni des compléments d'informations. L'intérêt de ces données bibliographique est de permettre la description socio –historique du contexte afin de bien le connaître d'une part et d'appréhender les réalités qui guident les pratiques de soins des femmes d'une part (et expliquent leur faible accès).

⁶⁵ De nombreuses difficultés sont survenues à trouver des données récentes de même que pour les recouper ou tirer des conclusions ; dans les rapports des écarts parfois d'une dizaine d'années entre les documents internes et les données internationales (ministère de la santé du Burkina, DEP, Atlas de l'Afrique, PNUD, Banque Mondiale). Sur cette question on peut se référer à l'article de Naudet, 2002 qui conseille de prioriser les données internationales.

1.3.3. Le lieu de l'enquête : Centre Hospitalier Régional (CHR)

Photo 1 : Entrée du CHR



La recherche a été menée dans le centre hospitalier régional à Ouahigouya (CHR/ O). Plusieurs bâtiments composent l'établissement ; ils font office de services spécifiques tels que médecine générale, urgences, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, gynécologie, maternité, obstétrique, ORL, radiologie, centre nutritionnel. Ci –après les indications.

Photo 2 : Panneaux d'indications des bâtiments qui composent le CHR



Le CHR est situé dans la commune de Ouahigouya et est fonctionnel depuis 1955. Il représente le deuxième niveau de soins dans le système national de santé du Burkina. Il est la structure de référence au CMA, aux CM et CSPS (dernier échelon de la pyramide), aux districts sanitaires de Djibao, Séguénéga et de Titao, ainsi qu'à tous les centres sanitaires du district sanitaire de Ouahigouya. Le CHR assure des fonctions essentiellement curatives.

Depuis la réforme hospitalière engagée en 1990, les hôpitaux ont une autonomie de gestion qui devrait rendre le fonctionnement moins lourd. Le CHR bénéficie du statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA). Il couvre quatre districts sanitaires et dessert une population d'environ un million d'habitants dont 52,5% de femmes. Il dispose de 180 agents se composant de 5,6% de personnel médical, 77% de personnel soignant et 7,8% d'agents administratifs et de 9,4% de personnel de soutien.

L'hôpital accueille des malades de la ville de Ouahigouya et des départements environnants

référés par les centres médicaux et les CSPS. Il dispose de 222 lits. Suite à un jumelage hospitalier Ouahigouya / Chambéry, depuis 1992, le CHR reçoit des appuis multi-sectoriels. A partir des rapports d'activités annuels que nous avons consultés auprès du service de statistique du CHR, il ressort des informations que nous avons consignées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Hospitalisations et taux d'occupation des lits, 1999 à 2002

Indicateurs	Années			
	1999	2000	2001	2002
Nombre lits	172	179	177	177
Consultations	37 166	43 682	39 621	33 114
Hospitalisations	4 883	4 654	5 703	6 753
Taux occupation	39,53%	47,44%	52,71%	61,36%

Le tableau ci-dessus permet d'observer l'évolution des activités sanitaires. En effet, le nombre de consultations a augmenté même si on peut noter une grande variabilité au fil des années. Par contre le taux d'hospitalisation reste bas comparativement au nombre de lits disponibles, 177 lits en 2002 pour 61,36% d'hospitalisations. Il est nécessaire de rappeler ici que dans la région, la population est exposée à toutes sortes d'affections et d'épidémies (méningite, rougeole) et est de ce fait, régulièrement confrontée aux maladies. Il est donc surprenant que le taux d'hospitalisation paraisse aussi bas ; les lits sont presque inoccupés à certaines périodes. Si les consultations semblent en augmentation, elles restent cependant en-dessous de ce que l'on aurait pu observer par rapport à la population théorique. Cette situation pose donc le problème du faible recours aux soins de santé.

Les données ne manquent pas pour confirmer ce constat même au niveau national. Ce qui fait souvent dire aux soignants ou acteurs de la santé que les établissements sanitaires sont sous-utilisés. Cette faible utilisation corrobore les résultats d'une étude monographique récente réalisée dans la région qui souligne un faible taux de fréquentation générale des établissements sanitaires, estimé à 20% (monographie du Yatenga, 2006)⁶⁶.

⁶⁶ Monographie du Yatenga, 2006, en ligne, <file:///c:/burk/mono.yatenga.html>, consulté le 3/5/2006

La question reste donc posée lorsque des installations sanitaires disponibles sont peu utilisées. Il en est de même lorsque de nouvelles constructions ne sont pas suivies d'une amélioration sensible et rapide des indicateurs de santé de la population.

1.4. Outils et collecte des données

Pour notre thèse, nous avons effectué un séjour de cinq mois au Burkina Faso (novembre 2006-avril 2007) dont un mois passé à Ouahigouya, le chef-lieu de la province du Yatenga. Puis en 2012.

A Ouahigouya nous vivions dans villa construite pour héberger les cadres de la Société nationale d'énergie (SONABEL), en mission dans la région ; une chambre m'a été louée dans cet espace. La maison se situe à quelques six cents mètres, derrière l'hôpital. Nous effectuons la plupart de nos déplacements à pied. Nous étions à pied d'œuvre pour notre travail. L'enquête s'est déroulée pendant tout le mois de février. Je me rendais tous les jours au CHR sauf les week-ends. Les données ont été recueillies par interviews. J'ai rencontré des malades hospitalisés ou venant en consultation.

Le premier jour de mon arrivée, j'ai décidé d'aller faire un tour à l'hôpital, sans autre ambition que de me faire une idée des lieux et remplir les formalités d'usages.

Une route non goudronnée passe devant l'hôpital. Devant celui-ci et de l'autre côté de cette voie, sont alignées des boutiques où on trouve des produits de toutes sortes (alimentaires, casseroles, assiettes, etc.). Là se ravitaillent les accompagnants de malades, des patients. Des commerçantes vendent des plats préparés.

D'emblée, la manière dont les gens investissent le lieu peut paraître saisissante pour une européen. Le CHR est bruyant et fourmille de monde à l'image de la ville. Plusieurs bâtiments faisant office de pavillons spécifiques (médecine générale, urgences, chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, gynécologie, maternité, obstétrique, ORL, radiologie, centre nutritionnel) composent le CHR. Des panneaux indiquent les spécialités. Tous n'apparaissent pas clairement et même lorsque l'on sait lire, ce n'est pas aisé, la signalisation n'est pas au point. Il n'y a pas de chambre individuelle, seulement des dortoirs. Les couloirs des bâtiments d'hospitalisation sont également investis. Dans les locaux la propreté et l'hygiène laissaient à désirer.

Des noms sont affichés çà et là, au milieu de publicités de médicaments, pour indiquer un

bureau, un cabinet de consultation du personnel soignant, une salle de soins. Toutefois les indications sont rares pour les visiteurs. On a le sentiment que passer du temps à retrouver son malade ou un local fait partie de l'usage des lieux. Il est impossible de s'orienter sans avoir recours aux autres, sans demander son chemin ; il faut toujours se renseigner.

Les pavillons n'ont pas de services de blanchisserie et de repas. Aussi les vêtements sont-ils étendus où cela est possible, c'est-à-dire partout, devant les bâtiments. Il s'agit de linge que des femmes ont lavé et mis à sécher. A côté de celui-ci se préparent les repas : du riz, des bouillies, du tô (à base de farine de maïs, mil, etc).

La plupart des personnes qui s'activent ainsi sont des accompagnants, mais aussi des gardes malades ; ils sont très présents et ont un rôle important dans le fonctionnement du CHR ; ils prennent en charge leur malade pour tout ce qui a trait aux soins, repas, achat des médicaments prescrits. Ils sont admis sur les lieux, et certains y passent les nuits. Mais différencier ces derniers des malades n'est pas simple. Car la personne qui est étendue sur une natte dans la cour attenante à un bâtiment ou sous un arbre, n'est pas forcément bien portante et celle qui est couchée sur une natte dans le couloir ou dans une chambre n'est pas nécessairement malade.

Les malades qui sont seuls (sans accompagnants) achètent à manger chez les commerçantes à l'entrée de l'hôpital. Certains reçoivent des repas des membres de leur famille, venus leur rendre visite. Si elles ne sont pas capables de se trouver à manger, elles ne sont pas alimentées car il n'y a pas de service de restauration au sein de l'hôpital.

Le personnel médical et surtout paramédical que l'on distingue grâce aux blouses, va et vient d'un bâtiment à l'autre : qui pour installer un malade dans un pavillon spécifique : qui pour conduire un autre dans le cabinet de consultation approprié, une visite, une urgence, pour rechercher son supérieur, pour information, un diagnostic, une consigne, un conseil, une prescription, Il est souvent abordé dans son parcours et de toutes parts, pour des d'explications d'ordonnance que les prescripteurs n'ont pas données ou qui n'ont pas été comprises.

C'est dans cette ambiance que j'ai conduit mes observations et entretiens, notamment en maternité, gynécologie et médecine générale. Les malades sont installés à plusieurs, les unes à côté des autres (dortoirs d'au moins dix personnes) ou en chambre de 2 à 4 personnes. Le mobilier est assez sommaire : des lits métalliques, des matelas de mousse recouverts de moleskine (défoncés et/ ou déchirés). Les lits d'hospitalisation sont en permanence occupés

par les malades⁶⁷. Des accompagnants de malades dorment entre les lits ou en dessous, ainsi que dans les couloirs.

Les principales techniques auxquelles nous avons eu recours pour le recueil des données sont : l'interview, l'observation, les entretiens informels et les données chiffrées.

1.4.1. L'interview

Les interviews biographiques sont fondées sur les itinéraires thérapeutiques. Pour cela nous avons opté pour des récits de soins. Cette approche qui est en fait une « biographie » sur la santé, permet de placer l'enquêtée comme l'informateur capable d'éclairer le chercheur. Il s'agissait pour moi d'essayer de construire les démarches typiques de soins de santé dans un espace social et culturel spécifique.

Les enquêtées doivent être libres de nous relater leur récit de santé. Leurs propos sont enregistrés. Il s'agit essentiellement de séances individuelles. Elles se sont déroulées dans les chambres des malades pour la plupart. Nous demandions aux accompagnants, de nous laisser seules. Toutefois nous avons eu quelques cas (3 ou 4) où un parent (mère et sœur) est intervenu. En exemple, Azèta², 45 ans, 7 enfants, 3 coépouses, « *je suis la première épouse* », nous a-t-elle dit. Notre interlocutrice a une maladie chronique, des crises qui lui font parfois perdre la tête (troubles mentaux selon l'infirmier major). Elle est très amaigrie et peine parfois à parler fort. Son dossier médical révèle un cas de sida avec des maladies opportunistes. Elle est assistée de sa mère qui est intervenue au cours de notre entretien pour nous aider, soit pour nous répéter la réponse de sa fille, parce qu'elle parlait parfois de façon inaudible, soit pour corriger sa réponse (par exemple son âge, ou le moment où elle est tombée malade, hospitalisée, etc).

J'ai dû revoir une deuxième fois, une autre patiente, pour compléter son récit parce qu'au premier entretien elle sortait d'un accouchement compliqué par césarienne et venait de perdre son bébé. Elle ne pouvait pas parler longtemps et était assistée de sa belle-mère qui a voulu m'éclairer sur certains points du récit.

Cela nous a souvent permis d'éclaircir certains points, de compléter nos informations et d'obtenir un récit plus construit.

Ce type de travail, questionnant l'intimité des femmes en particulier, qui nécessite de s'immiscer dans leur vie, dans leurs relations de famille, et notamment avec l'époux, suscite

⁶⁷ Surtout au service maternité /Gynécologie, où pouvait avoir des femmes pour suivis de couches, complications de grossesse et/ ou avortement, chirurgie obstétriques, césariennes, etc.

de la méfiance, voire des réticences. Il a fallu les rassurer en faisant valoir le lien de « parent à plaisanterie ». La parenté à plaisanterie exprime un sentiment fort de communauté. Elle permet la gestion sociale par la banalisation des différentes sources de tensions possibles. Elle renforce les relations et détendent en toute circonstance. Ce qui permet une intégration facile et le maintien de la paix. J'ai ainsi obtenu une sorte de « laisser-passer ». Ce lien agit comme un passe-droit. Je suis acceptée comme une des leurs⁶⁸. Ce qui établit la confiance et augmente mes chances d'entrer en relation directe avec mes interlocutrices.

Connaissant le milieu et la langue locale (le Moore), les interlocutrices ont été aussi vite mises en confiance.

Par ailleurs, sachant qu'au Burkina seulement 13% de la population est alphabétisée en langue française (UNDP, 2004)⁶⁹, procéder à des entretiens en langue locale, le « mooré » était nécessaire. Parler la langue donne un accès facile et un échange direct. C'est également un avantage pour éviter les biais, si nous étions obligées d'utiliser un traducteur.

Ensuite il a fallu traduire et retranscrire les données recueillies en français. L'avantage de parler la langue nous a permis d'éviter, une fois encore, les services de traducteur. Toutefois cela ne garantit pas totalement la fidélité de la traduction que nous avons faite. Etant donné que les mots n'ont pas toujours leur équivalence dans l'une ou l'autre des langues que nous manipulons (moore-français et vice-versa).

Par exemple, le terme « santé » se dit « *laafi* » en mooré. C'est le même mot qui est utilisé pour désigner les salutations d'usage, une réponse rassurante pour donner des nouvelles de proches, un vœu de paix ou d'harmonie et enfin le bien-être.

N'gnissi n' zabda traduit par « j'ai mal au corps », *niébga* (mal de tête violent, accompagné de fièvre), *koom*, *tisuudo*, *zao* ou *sabga* généralement désignés comme du paludisme, ne sont pas perçus comme tels par les Mossis. Le *zao* ou le *sabga* sont perçus comme des troubles hépatiques ou jaunisse. Ils ne correspondent pas exactement avec les symptômes définis en biomédecine.

« *bi* » en mooré (traduction littérale signifie graines) est l'équivalent de « *ti kpindi* » en

⁶⁸ La parenté à plaisanterie exprime un sentiment fort de communauté. Elle permet la gestion sociale par la banalisation des différentes sources de tensions possibles. Elle renforce les relations et les détendent en toute circonstance. Elle permet une intégration facile et le maintien de la paix. Pour plus de détails sur la question, lire les travaux de NYAMBA, A., 1999 « La problématique des alliances et parentés à plaisanterie au Burkina Faso : histoire, pratique et devenir », Grandes Conférences du Ministère de la Communication et de la Culture, 6 mai 1999, pp.73-91 ; BADINI, A., 1994, « Les relations de parenté à plaisanterie : éléments des mécanismes de régulations sociale et principe de régulation sociale des conflits sociaux au Burkina Faso », le Burkina Faso, entre révolution et démocratie (1983-1993), Paris, l'Harmattan; SISSAO, A.J. 2002, «Alliance et parenté à plaisanterie au Burkina Faso, mécanismes de fonctionnement et avenir », Ouagadougou, pp.186.

⁶⁹ UNDP, 2004, Human development report 2004, New York, UNDP: 375

gurmantché (la sauce), désignent une même maladie, la rougeole.

Comme kooko (mooré) et kotigè (en dioula) traduit par hémorroïdes. Alors qu'en réalité ce sont des affections plus complexes et vastes. Le kotigè a pour principal symptôme les fissures annales et ou buccales accompagnées de maux de ventre et de diarrhée. Il n'est pas rare qu'ils soient remplacé par pouzabré (en mooré) qui veut dire maux de ventre. Les maux de ventre peuvent englober toutes les affections confondues, les diarrhées, les règles douloureuses, les constipations, l'indigestion, les ulcères, etc.

Les interviews ont été réalisées essentiellement dans le secteur public, à l'hôpital de Ouahigouya (CHR) que nous allons présenter dans les pages qui vont suivre. Cette recherche s'est appuyée sur une série d'interviews que j'ai menées avec un grand nombre de femmes.

J'ai également donné la parole et accordé du temps à des malades parfois seules qui ont apprécié de pouvoir partager des problèmes personnels et confier leur mal être.

Au total, 115 récits ont été recueillis. J'ai pris le parti de proposer des récits et des extraits d'entretien afin qu'ils viennent en appui à l'analyse que nous proposerons, mais aussi pour offrir aux femmes la possibilité de s'exprimer.

Les récits de soins permettent la narration. Les malades se racontent ; puis de temps en temps, je saisisais au passage l'occasion de leur demander de développer tel ou tel point.

Compte tenu des conditions d'hospitalisation dans lesquelles étaient nos malades (peu d'intimité), j'essayais le plus possible d'être au plus près de la malade que j'interrogeais, afin d'éviter l'indiscrétion des voisins. Mais par moment, certaines accompagnatrices y assistaient. L'échange se faisait en général lorsque l'état de santé de la malade le permettait. Sinon, je prenais rendez vous pour repasser plus tard.

Il s'agissait pour moi, au travers des récits, de voir comment ces femmes font pour se soigner dans un contexte social concret, de pluralisme thérapeutique. Ainsi j'ai réalisé au total cent quinze interviews. Au fil de mes interviews, quand la qualité des échanges le permettait, il n'était plus question de se contenter de parler de maladies, de pratiques de soins mais aussi de logiques en matière de recours aux soins de santé, les raisons des choix thérapeutiques.

1.4.2. L'observation

Outre la méthode de l'interview, j'ai également utilisé la technique de l'observation.

Outre l'observation à l'occasion des interviews, la présence dans les services (maternité, cabinet de médecin, infirmiers, urgences) lors de la consultation des malades, a aussi permis d'observer au mieux les soignants en service, leurs comportements sans avoir à passer par une documentation. Ainsi par exemple, l'accueil des malades n'était pas le même selon qu'elles étaient proprement habillées ou pas ; fonctionnaires, citadines ou rurales. On était en général bien reçu lorsqu'on connaissait un soignant, bien vêtu, etc. Sinon, il fallait attendre son tour ou qu'un soignant vous appelle, même si on souffrait énormément. Certaines malades étaient consultées en priorité, avant leur tour d'attente. Certains soignants affichent parfois presque de l'indifférence vis-à-vis de malades qui se tordaient de douleur. D'autres hurlaient sur des malades ; j'ai encore en mémoire l'attitude de cette soignante qui intimait à une femme qui souffrait de maux de ventre (avec saignement), d'attendre dans le couloir devant le service de consultation en maternité. Puis en croisant mon regard elle poursuit « *elles attendent toujours que ce soit grave pour s'amener ici (...), qu'est-ce qu'on peut en ce moment là ; ce n'est pas notre faute si elles souffrent, il fallait venir plus tôt,* ». Cela a eu l'avantage de permettre d'entendre des discours et commentaires auxquels il n'aurait pas été possible d'accéder au cours d'interviews.

Ou encore le cas de cette femme qui avait mal au cœur et conduite au service des urgences. L'infirmier qui avait commencé sa consultation l'a ensuite mise en attente parce qu'elle ne parlait pas de façon audible. L'accompagnant ne comprenant ni français, ni mooré, il fallait attendre un éventuel traducteur. Pendant ce temps, le soignant a entrepris une tâche administrative.

Dans le même bureau, se trouvait un cadre sur une civière à peine couvert par un drap blanc. C'était une personne malade du sida qu'une association avait conduite en urgence. Elle est décédée sans avoir eu de soins selon l'infirmier major. Depuis, il en a informé l'association et attend qu'elle vienne enlever le corps.

1.4.3. Les entretiens informels

Ces entretiens ont été menés à l'improviste avec des personnes sans prises spécifiques de notes et en l'absence de tout enregistrement ; cela a nécessité une bonne capacité de mémorisation. Ils ont été réalisés avec des personnes connaissant l'histoire sanitaire ou socio-culturelle de la zone enquêtée. Ils ont eu lieu dans le domicile ou un cadre convivial. Par exemple, alors que je rendais visite à un couple ami chez eux, l'époux a voulu discuter sur l'objet de ma recherche. Il a une cinquantaine d'années, originaire du Yatenga, juriste de formation, ex-ministre de la fonction publique et actuellement député à l'Assemblée Nationale. Il m'a parlé de l'organisation sociale des Yadesé, des castes, ... et m'apprit que les femmes des forgerons sont des potières. Par ailleurs les femmes étaient libres d'exercer une activité professionnelle pouvant leur rapporter des revenus. Ces revenus reviennent entièrement aux femmes qui pouvaient en disposer de plein droit. Une idée qui confirme celle qui a été précédemment soulignée dans la légende (cf. p.34) et offre aux femmes une certaine autonomie financière.

En revanche, notre député a épousé une femme diplômée de comptabilité, d'une quarantaine d'année qui n'a jamais exercé une activité professionnelle, ni salariée. D'après elle, son mari n'a jamais voulu : « ... *j'ai vraiment cherché à travailler ; j'ai déposé des dossiers et des dossiers de candidatures, postulé à de nombreux offres d'emplois mais je n'ai jamais réussi à trouver quelque chose. Pourtant mon mari a aidé des gens à trouver du travail. Il aurait pu m'aider moi aussi et ce n'est pas faute de lui le demander. Mais il ne voulait rien entendre. Il dit toujours gagner pour deux ; qu'il a le pouvoir de subvenir à tous mes besoins et à ceux de toute la famille ; et ne voit pas la raison pour laquelle je veux travailler, etc, etc et patati et patata (...)* le même refrain depuis le début et depuis toujours ». Ainsi, elle est restée mère au foyer ; totalement dépendante de son mari. Elle doit le solliciter en permanence s'il n'a pas pensé à lui laisser de l'argent.

Ce récit montre la nécessité de ne pas prendre à la lettre le discours affiché de liberté. C'est pourquoi, il y a lieu de prendre cette idée avec prudence et ne pas entrer sur le terrain avec l'idée de liberté, de soumission ou de contrainte.

Ces discussions informelles aident à prendre de la distance, être vigilant à recueillir des récits de pratiques et non des discours généraux sur le sujet.

1.4.4. Les données chiffrées

Les données quantitatives devraient permettre d'avoir un cadrage statistique sur la question. Par exemple, comparer la consultation des hommes et des femmes, les différentes maladies selon les sexes, l'âge, les statuts, etc. Pour aborder donc le terrain, je me suis d'abord appuyée sur ces données. Pour obtenir ces informations, j'ai consulté les registres des services de santé, les documents disponibles à la direction du district sanitaire, les rapports d'activités de l'hôpital. Elles concernent le nombre de fréquentations hommes / femmes au cours de six années consécutives (2002/2003-2006/2007) et aussi du nombre de femmes au service gynécologique (maternité). Ces données m'ont permis de réaliser des graphiques afin de visualiser la fréquentation des centres de soins des hommes et des femmes, de comparer le nombre de consultations et d'hospitalisations des hommes à celui des femmes, en fonction des types de maladies, et d'observer les évolutions au cours des années ainsi que les différences selon le sexe. Ces informations fournissent des effectifs significatifs en matière d'analyse quantitative de l'activité hospitalière. Elles ont permis une description différentielle qui donne une première image de la situation, comme nous allons le voir dans des développements ultérieurs. Ces données de cadrage sur le volume des activités et de la fréquentation différentielle dans les formations sanitaires permettent de situer les parcours biographiques dans leur contexte.

1.5. Limites et difficultés rencontrées

J'ai été confrontée à quelques difficultés : il s'agit de la position d'étudiante (chercheuse), originaire de ce pays et parent du groupe ethnique enquêtée. Il était important pour moi de ne pas tomber dans l'ethnocentrisme en sublimant sa culture en mettant en valeur ses atouts et par conséquent en niant aux autres ce qu'ils ont d'important ou de plus essentiel notamment dans le domaine de la santé.

Cette position m'a permis d'aller au fond des choses. Car j'étais accueillie comme étudiante (qui cherche) mais aussi comme celle qui pourrait apporter des solutions aux problèmes sanitaires auxquels ses « parents » sont exposés.

Si cela a pu paraître délicat, il a néanmoins facilité mon intégration, les prises de contacts et la mise en confiance de mes interlocutrices.

Dans un autre registre, l'usage du dictaphone a causé certaines limites : au-delà de sa fonction opérationnelle qui m'a été bien utile, son usage a aussi suscité de la curiosité et de la suspicion chez nos interlocutrices. Ce qui a parfois perturbé nos entretiens ; car il a fallu souvent rassurer les personnes sur la présence de cet outil. Sciemment ou inconsciemment l'appareil a troublé les esprits. Cette attitude des gens vis-à-vis des appareils, notamment d'enregistrement, a déjà été soulignée par d'autres chercheurs tels que Soubèïga André dans son travail sur les soins de santé primaires au Burkina Faso ou Kagambèga Michel sur l'assurance maladie au Burkina.

Cependant j'ai pensé avoir surmonté cette difficulté en revenant sur les entretiens de façon différée, ou en en complétant par des entretiens informels sur des aspects qui n'ont pas été suffisamment développés.

De la question centrale qui nous a servi de fil conducteur pour cette recherche, à savoir pourquoi les femmes ne recourent pas massivement aux services de soins et les raisons qui sous tendent ce comportement, nous chercherons à analyser les éléments qui interagissent et conduisent les populations et notamment les femmes à se construire des itinéraires thérapeutiques spécifiques et /ou alternatifs.

CONCLUSION PARTIELLE

Pour conclure cette partie consacrée à la construction de notre objet, rappelons ce qui l'a constitué. Elle comporte deux chapitres. Le premier chapitre a permis de présenter dans un premier temps, les notions qui vont être utilisées dans cette recherche. La définition de ces notions et leur analyse font ressortir la nécessité de prendre en compte les représentations culturelles de la santé car celles-ci peuvent varier selon le groupe social. Dans un second temps, il a été abordé la problématique de l'objet. La littérature existante a fait ressortir un certain nombre d'éléments comme étant les premières causes de la faible utilisation des services de soins des populations concernées mais aussi, la nécessité de prendre en compte les représentations sociales et culturelles en matière de santé. Des questionnements ont suivis les premiers constats concernant ce projet. La question centrale est : Pourquoi les populations, et notamment les femmes, ne recourent pas massivement aux services de soins de santé, alors que ceux-ci ont augmenté de façon significative au cours des dernières décennies ?

L'objectif dans ce choix est d'essayer de comprendre les logiques en matière de parcours de soins chez ces populations afin de disposer d'éléments pertinents pour expliquer leur faible recours aux soins de santé.

Pour ce faire, plusieurs techniques ont été utilisées pour recueillir les données. Cela va constituer notre deuxième chapitre. Après avoir présenté l'origine de notre recherche, nous avons fait le choix de travailler sur la région nord du Burkina, comme terrain de recherche. Un choix qui est justifié par plusieurs raisons. Notre choix s'est porté sur les Yadesé qui, d'après l'histoire, font partie de l'ethnie Mossi. Les Mossis sont un groupe numériquement important au Burkina Faso. Ils sont un groupe social très hiérarchisé et structuré avec à sa tête un chef suprême. Ces dimensions induisent une soumission au chef à qui il est reconnu l'autorité.

La dimension de soumission qui caractérise les Mossis est une donnée intéressante pour notre recherche dans la mesure où les Yadesé qui font partie de ce groupe semblent y déroger. De plus, les femmes semblent jouir d'une certaine liberté. Dans un environnement social marqué par un faible recours aux soins de santé, cette autonomie peut donner l'impression que les populations sont plus libres.

La connaissance du terrain ainsi que sa facilité d'accès sont autant d'éléments qui ont également guidés mon choix.

Les outils utilisés dans cette recherche sont principalement l'interview. D'autres techniques nous ont permis de compléter nos données. Parmi celles-ci, il y a eu l'interview, l'entretien informel, l'observation, les données chiffrées. Pour finir, nous avons abordées les difficultés rencontrées au cours de la recherche.

Après la présentation de notre objet de recherche, la partie qui va suivre va porter sur le cadre de la recherche.

CADRE DE LA RECHERCHE : DU PAYS A LA REGION

2. SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU BURKINA FASO

2.1. Situation socio-économique

Carte 1 : Localisation du Burkina Faso



Le Burkina Faso est situé au cœur de l’Afrique de l’Ouest et s’étend sur 274 200km². Cette position fait de lui un pays enclavé, n’ayant aucun accès direct à la mer. Le port le plus proche se trouve à plus de 500km de Ouagadougou, la capitale. Le fret maritime est pourtant un passage obligé pour le pays ; permettant ainsi de réduire les frais de transport de certains produits d’exportation (Atlas du Burkina, 2005 : 104)⁷⁰. De par cette position géographique, le Burkina est marqué par sa continentalité accrue dont le faible niveau économique est l’une des conséquences.

⁷⁰ Atlas de l’Afrique, 2002, op. cit.

Au niveau intérieur, la situation n'est guère meilleure. Vu que le pays n'a pas d'ouverture sur l'océan, le réseau de communication et les moyens de transport sont d'une importance capitale. Pourtant le réseau total de routes est estimé à 15 271 km dont 2450 km sont goudronnés. Une grande partie des routes permanentes est en terre ; de ce fait les communications entre les différentes régions du pays sont parfois très difficiles, voire impossibles pendant les saisons des pluies à cause des inondations.

Le Burkina est également un espace de transit vers les ports atlantiques pour des pays voisins comme le Mali et le Niger. Ouagadougou, sa capitale est reliée à Abidjan (Côte d'Ivoire) par voie ferrée longue de 1145 km dont 517 sont sur le territoire burkinabè.

Carte 2 : Le Burkina Fao et ses limites



Le Burkina est un pays au relief plat ; Il est peu arrosé mais possède un réseau hydrographique assez important, surtout dans sa partie méridionale. En plus de son réseau hydrographique, il existe de nombreuses mares sans écoulement. Elles jouent un rôle important dans les activités pastorales, principalement dans le nord du pays.

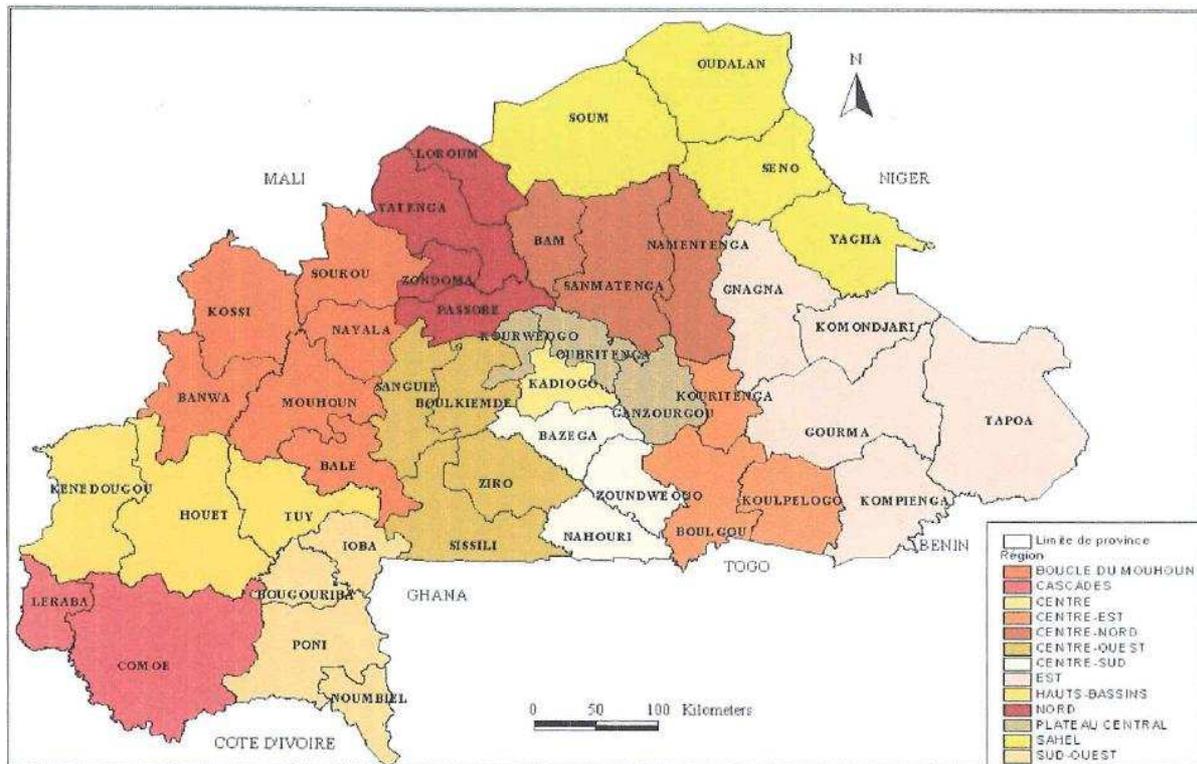
Du point de vue géologique, le Burkina s'étend sur trois grands ensembles géologiques de l'Ouest africain. Le climat est soudano-sahélien. L'étude des situations climatiques des 35 dernières années permet de détecter des signes d'une crise qui se manifeste par la baisse de la pluviométrie, la disparition d'espèces végétales, l'apparition de phénomènes tels que les grandes sécheresses, les inondations, des vents de sables, etc. Le Burkina Faso est un pays d'anciennes pratiques agraires et agro-pastorales dont les activités ont eu des conséquences et des effets considérables sur l'environnement naturel. C'est pour cette raison que la gestion durable des ressources naturelles est l'une des priorités de l'Etat

2.1.1. Histoire

Le Burkina est constitué de formations politiques érigées en royaumes⁷¹. C'est à la fin du XIXe siècle que des crises essentiellement politiques vont permettre la décomposition des royaumes favorisant les intérêts de la colonisation. Le pays va devenir un territoire militaire, puis membre de la colonie Haut-Sénégal et Niger, puis colonie Haute-Volta. Par la suite, la colonie est supprimée pour être démembrée entre la Côte d'Ivoire, le Soudan (Mali) et le Niger. En juin 1947, la colonie va être reconstituée sous la pression de ses ressortissants ; elle devient membre de l'Union Française et évolue dans le cadre des institutions françaises jusqu'à son indépendance en Août 1960. Sous le régime de la loi cadre (1956-1958) quatre partis arrivent sur la scène politique du pays et vont le conduire à la république. C'est en 1960 (5 Août) que fut proclamée son indépendance par le président de la première République. Depuis, le pays va connaître de nouvelles histoires politiques et de l'instabilité. Le 4 Août 1984, la Haute-Volta devient Burkina Faso « Pays des Hommes Intègres ». Il sera découpé en 30 provinces. Dix années plus tard dans le cadre de l'organisation de la décentralisation, un ensemble de lois furent prises et le pays sera divisé en provinces. Sur le plan administratif le Burkina compte aujourd'hui 13 régions, 45 provinces, 351 communes et plus de 8000 villages.

⁷¹ Le lecteur intéressé par l'histoire et la construction du Burkina pourra se reporter aux travaux de Binger, LG, 1892 « Du Niger au Golfe de Guinée » Hachette, Paris, Tome I, p.513 ; Augustin, JP., 1994, « La Haute-Volta à l'épreuve du territoire : création, suppression et reconstruction », Géographies des colonisations XV-XXe siècles », s.dir. M. Bruneau, D. Dor, l'Harmattan, Paris, pp. 399-409 ; Kambou-Ferrand, JM., 1993, « Peuples voltaïques et conquête coloniale 1885-1914, Burkina Faso », l'Harmattan, Paris, p.478

Carte 3 : Régions administratives du Burkina



2.1.2. Situation économique

Le Burkina Faso est souvent présenté comme l'un des pays les plus pauvres, sous des réformes structurelles et macroéconomiques. Avec un PIB de 242\$US en 2000 (World Bank, 2004)⁷², il se classe parmi les pays en développement les moins avancés, 169^{ème} sur 173 en 2002 selon l'indice de développement humain (UNDP, 2002)⁷³.

Le Burkina Faso dispose pourtant d'un certain nombre de potentialités : le potentiel humain, artisanal et agro-pastoral. Ces potentialités qui, en principe, devraient servir de moteur à une croissance socioéconomique soutenue, se heurtent à un certain nombre de problèmes, parmi lesquels on peut citer le manque d'ouverture maritime, l'insuffisance d'infrastructures socio-économiques et sanitaires adéquates, la désertification, le chômage, l'immigration.

De même, comme la plupart des pays de la sous-région ouest africaine, le Burkina Faso a été très touché par la crise économique mondiale, l'institution des programmes d'ajustements

⁷² World Bank (2004) Human Development Network Development Data Group <http://devdata.worldbank.org/hnpstats> Washington, World Bank, par Ridde, op. cit

⁷³ UNDP (2002), Human development report 2002. New York, UNDP: 251

structurels et la dévaluation du franc CFA. Tous ces phénomènes ont eu pour conséquence la baisse du pouvoir d'achat, lequel a une incidence sur la santé des populations notamment dans le recours et l'accès aux soins de santé.

A l'heure actuelle, le Burkina ne peut se passer de l'aide extérieure. Celle-ci constitue la principale source de financement des investissements. En 2003, l'aide s'élevait à 133,3 milliards de francs CFA, soit 31% de l'ensemble des recettes. L'aide la plus importante est celle des grandes institutions internationales dont le FMI, la Banque mondiale, le Fonds Européen de Développement (Atlas du Burkina, 2005 : 92)⁷⁴.

2.1.3. Situation démographique

A ce jour, le Burkina Faso dispose de trois recensements généraux de sa population ; le dernier en date est de 1996. La population est estimée à 13,2 millions d'habitants en 2003 (Atlas du Burkina, 2005)⁷⁵. Mais selon les résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006⁷⁶, publié en juillet 2007, la population totale du Burkina est établie à 13 730 258 habitants.

Le niveau de fécondité reste très élevé ; l'indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants moyen par femme à la fin de sa vie féconde) est estimé à 6,8, l'un des plus élevés de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, après le Mali (7,1) et le Niger (8,0) (Atlas, du Burkina, 2005). Le taux de mortalité de 19‰ est en augmentation depuis l'apparition du sida en Afrique. Il est plus élevé en milieu rural. Le Burkina fait partie des pays où le taux de mortalité est le plus élevé en Afrique de l'ouest : Guinée, 16‰, Libéria, 17‰, Guinée-Bissau, Mali et Niger, 20‰, Sierra-Léone, 21‰, (Atlas de l'Afrique, 2005 : 80)⁷⁷. La mortalité maternelle toujours élevée est de 484 femmes pour 100 000 naissances vivantes. La fécondité élevée peut être considérée comme une des réponses à la forte mortalité maternelle et infantile. Quant au taux brut de natalité, également un des plus élevés, il est à un niveau approximatif de 47‰. Le taux d'accroissement naturel est de 2,38%. Du recensement de 1996 à celui de 2006, on note un accroissement annuel moyen de la population de 341 965 personnes; depuis cette date, l'augmentation de la population est de 350 000 habitants par an (INSD/ BF, 2006)⁷⁸ ; ceci conduit à une augmentation rapide de la population.

⁷⁴ Atlas de l'Afrique, op. cit.

⁷⁵ Atlas de l'Afrique, 2005, op.cit.

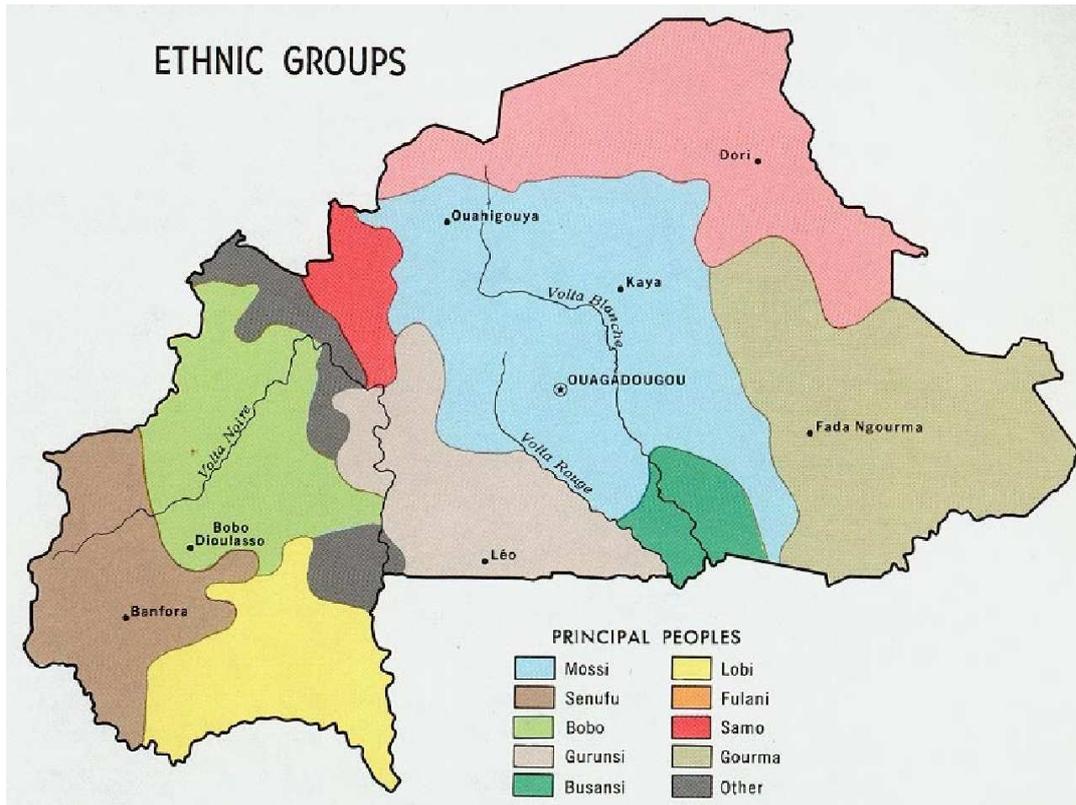
⁷⁶ INSD, 2006: Burkina Faso, RGPH, 2006

⁷⁷ Atlas de l'Afrique, 2005, op. cit.

⁷⁸ INSD/ BF, 2006, op. cit.

Loin d'être homogène sociologiquement et politiquement, la population burkinabè présente une grande diversité de statuts sociaux, culturels et politiques, hérités d'un passé tout proche et encore agissant. Les Moosé sont majoritaires démographiquement ; ils représentent près de la moitié de la population totale et occupent le centre, une partie du nord et l'est du pays.

Carte 4 : Implantation des ethnies



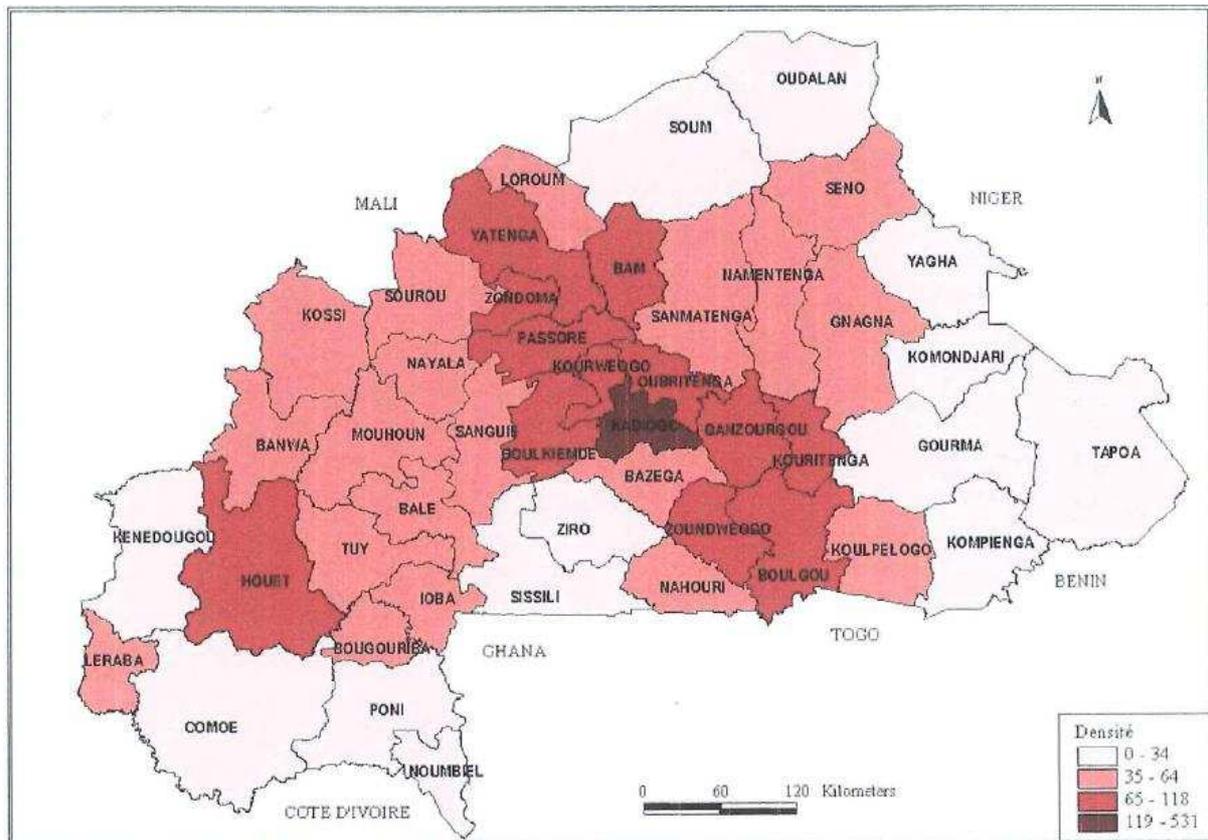
Il existe donc une grande diversité linguistique qui est pour le pays une richesse réelle mais également un souci d'unité politique que les gouvernements essaient de préserver. En effet jusqu'à nos jours, on observe que la stabilité sociale est une réalité au Burkina contrairement à d'autres pays voisins qui connaissent des guerres interethniques avec de lourdes pertes de vies humaines. On le doit plus à des pratiques culturelles, telles que la parenté à plaisanterie qui existe dans la plupart des ethnies et dont nous avons fait état dans la partie introductive de notre travail.

La structure par âge de la population montre une prédominance des femmes. Elles représentent 51,8% de la population totale contre 48,2% pour le sexe masculin, soit un rapport

de masculinité de 93,1 hommes pour 100 femmes (INSD, 2006)⁷⁹. Ce rapport est plus élevé en milieu rural où vivent près de 85% de la population, 91 hommes pour 100 femmes.

L'information disponible montre que la population burkinabè se caractérise par sa jeunesse, 54,9% de la population ont moins de 17 ans. Par ailleurs, la population est très inégalement répartie sur le territoire national. Avec une densité moyenne d'environ 40,5 habitants au km², celle-ci peut varier de 5,8 (dans la Kompienga) à et 335,8 habitants au km² (dans le Kadiogo) selon les régions. Les zones à faible densité correspondent aux régions du sud-ouest, sud et nord-est. A priori, on peut dire que la population demeure rurale et inégalement répartie selon les régions : 20% des habitants sont établis en zone urbaine contre 78,7% en zone rurale (RGPH, 2006)⁸⁰. Les disparités peuvent s'observer sur la carte suivante :

Carte 5 : Densité de la population



Source : *planete-burkina.com*, 2009

⁷⁹ INSD, 2006, op. cit.

⁸⁰ RGPH, 2006, op. cit.

2.2. Situation sanitaire nationale

2.2.1. Historique sanitaire

Cette partie est largement inspirée des travaux de I. Gobatto (1999), Nitiéma, Dadjoari et al., (2004). Après l'indépendance (1960), la santé des populations est restée précaire dans l'ensemble du pays; dès lors, le développement du secteur sanitaire va devenir un enjeu politique et social. De grands organismes internationaux tels que l'OMS, l'Unicef, ont proposé des politiques susceptibles d'apporter une amélioration. Face à l'importance du problème ainsi que des moyens économiques désormais limités, les gouvernements qui se sont succédés depuis les années soixante ont dû réorganiser leurs politiques de santé. Sous l'influence des grands organismes internationaux, ils ont dû définir des priorités en tenant compte des orientations imposées de l'extérieur⁸¹. L'accent est mis sur l'accès des populations aux structures de soins publics. Des besoins sont recensés afin de permettre l'élaboration et la mise en place de plans.

Au cours des décennies, les stratégies sanitaires vont se multiplier ; cette évolution va s'étaler sur quatre périodes spécifiques:

2.2.1.1. De 1960 à 1978 : La politique postcoloniale

Pendant longtemps le Burkina a connu différentes réformes sanitaires, liées à de stratégies successives. Après l'indépendance (1960), la situation sanitaire des populations est restée précaire. Aussi le secteur occupera-t-il une place de choix dans les investissements des gouvernements qui vont se succéder. L'objectif principal est de parvenir à un niveau sanitaire plus satisfaisant pour la majorité des populations. L'accent est mis sur l'accès des populations aux structures de soins modernes. Des besoins sont recensés pour la mise en place de plans.

A partir de 1960 et jusqu'en 1970, la stratégie principale consistait à lutter contre les grandes maladies endémo-épidémiques de l'époque postcoloniale. Des infrastructures socio-sanitaires sont implantées dans les grandes villes. Parmi les objectifs prioritaires fixés, il y avait le

⁸¹ A ce propos on peut revenir sur l'exemple cité par I. Gobatto : la France sous le mandat de de François Mitterrand avait décidé d'augmenter ses financements en faveur du tiers-monde dans le domaine de la santé mais en précisant « en modifiant les orientations (...) en donnant notamment une priorité aux soins de santé primaires, aux actions de santé intégrées et à la formation de médecins, mais aussi des personnels de santé, acteurs de base de l'éducation sanitaire » *Le Monde*, 3 février 1982. De même, en 1995, chercheurs en santé publique, bailleurs de fonds, se sont attachés à définir, sous l'égide de l'OMS, la notion de « nouvelle santé publique (OMS, 1996) adaptée au contexte de l'Afrique subsaharienne. OMS, Rapport sur la santé dans le Monde, 1996, cité par I. Gobatto, « Etre médecin au Burkina Faso », l'Harmattan, 1999, p. 100

développement des services de santé de base ainsi que l'amélioration des besoins individuels notamment en milieu rural.

L'offre de soins mise en œuvre n'était pas organisée autour des besoins des populations mais plutôt en fonction de critères d'importance numérique de la population, de la satisfaction des normes internationales ou encore de la rentabilité des investissements (A. Meunier, 1999)⁸².

Par la suite, des outils de planification ont été créés pour faire face à la récession économique et à la détérioration sanitaire. C'est alors que les premiers plans quinquennaux vont commencer à apparaître. Le système de santé comprenait dix secteurs médicaux. Les principes sont orientés vers une éducation sanitaire des populations (campagnes de prévention, de vaccinations, soins curatifs, ...).

Malgré les efforts entrepris et les actions engagées, les années qui suivent la déclaration d'Alma Ata, n'apportent pas les résultats escomptés. Les disparités entre les régions sont encore importantes comme l'a noté I. Gobatto (1999)⁸³, « *de trois à vingt six* ». Mais de manière générale, le niveau de satisfaction en infrastructures sanitaires est presque atteint en 1993 (90%). Toutefois cela ne signifie pas que le niveau de santé général s'améliore par cette voie⁸⁴.

En dépit des efforts pour améliorer et accentuer le développement sanitaire, les résultats étaient peu satisfaisants et les inégalités entre les régions encore importantes.

Un deuxième plan va être défini et va afficher une volonté de réduire les inégalités. Mais c'est sans compter sur les aides internationales dont le Burkina est dépendant. Avec la crise économique, le pays va être mis sous les programmes d'ajustement structurel (PAS). Suite à la récession économique, les priorités vont être portées sur le développement de l'économie laissant libre cours à la détérioration de la santé. Une situation qui va contribuer à la création de méthodes de planification et de plans de développement sanitaires. Dès lors, l'accent est mis sur des programmes de contrôle des grandes endémies et le développement de services de soins de base.

⁸² Meunier A. (1999), *Système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*, Edition l'Harmattan.

⁸³ Gobatto I. (1999), *op. cit.*, p.110

⁸⁴ INSD "L'analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, 1996, Ouagadougou. L'analyse montre que l'incidence des consultations est faible (40%). L'étude montre une corrélation entre les zones géographiques et le taux de fréquentation. Les zones où il existe plus d'infrastructures présentent une fréquentation plus élevée que dans les zones rurales (46 et 37%). Les centres de Ouagadougou et Bobo Dioulasso ont les plus hautes incidences de consultations ; les régions du nord et le centre-nord ont les taux de fréquentations les plus faibles.

On peut retenir de cette période que la politique sanitaire était surtout préventive et l'Etat seul responsable du système sanitaire. La politique reposait essentiellement sur des structures de soins publics et les services offerts étaient gratuits.

2.2.1.2. A partir des années quatre vingt : La politique d'auto ajustement structurel et révolution démocratique

Cette période qui se situe entre 1980 et 1990 a connu deux régimes. Le premier, la Révolution Démocratique et Populaire (RDP) a défini quatre grandes lignes : la santé à la portée de tous ; la réalisation d'une protection et d'une assistance maternelle et infantile ; une politique d'immunisation contre les maladies transmissibles, à l'aide de campagnes de vaccination ; une de sensibilisation des masses, à l'acquisition de meilleures habitudes d'hygiène (ministère de santé, 1987). Un discours d'Orientation Politique tenu en 1983 permet de traduire les orientations de façon plus active, et qui prévoit le lancement d'un programme élargi de vaccination (PEV) constituant une des voies d'approche préconisée par l'OMS pour atteindre la santé pour tous jusqu'à l'an 2000, ainsi que la sensibilisation des Burkinabè pour l'acquisition de bonnes habitudes d'hygiène. On peut également citer « l'opération commando » en 84 qui a permis de vacciner plus de 80% des enfants contre la méningite, la fièvre jaune et la rougeole. Et enfin, l'opération « un village, un poste de santé primaire (PSP) », en 1985, 1986. Les Burkinabè, très mobilisés à cette époque, ont construit de nombreuses infrastructures sanitaires.

La politique s'engage alors dans une nouvelle redistribution des établissements publics de soins, en faveur du milieu rural. Les actions sont davantage tournées vers les communautés, et leur participation est fortement sollicitée. Des agents de santé villageois, et des auxiliaires sont formés et constituent des équipes mobiles pour effectuer des actions préventives et dispenser des soins élémentaires de base, dans les villages. On forme plus de 7000 agents villageois et accoucheuses villageoises. Plus proches des populations, ces structures sont considérées comme adaptées pour entraîner des changements de comportement.

De même, de 1984 à 1986, 1500 pompes à eau sont construites chaque année. Le plan quinquennal (86-91) de ce régime n'a pas connu le succès escompté à cause des difficultés économiques dues au refus des bailleurs de fonds internationaux d'accorder leur aide. Il faut dire que les priorités définies ne concordaient pas avec les principes des organismes internationaux, aussi le plan a-t-il rencontré de grandes difficultés de mise en œuvre. L'échec de cette politique a même été récemment analysé (Nitiéma, Dadjoari et al., 2004, cité par V.

Ridde, 2007 : 65). Celui-ci confirme l'idée que ce sont les organismes internationaux qui orientent les politiques de l'Etat, ce qui laisse peu de marge de manœuvre à ce dernier.

En 1987 un coup d'état va mettre fin à la politique révolutionnaire. La période suivante est surtout marquée par une politique de soins primaires. Elle met l'accent sur le rapprochement des services de soins aux populations, en milieu rural. L'objectif principal visait à réduire les inégalités sanitaires entre les populations urbaines et rurales, entre riches et pauvres, entre hommes et femmes. De nombreux investissements ont été effectués afin d'étendre les services de soins à tous et d'en faciliter l'accès.

2.2.1.3. Les années 1990 : Les programmes d'ajustements structurels

Cette période donna lieu à une politique dite « de rectification ». Un plan quinquennal est défini pour la période 91-95 en même temps qu'une politique de population. Le plan suit les lignes préconisées à la conférence d'Alma-Ata. Il prévoit la construction de 5000 postes de santé primaires, 155 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), structures de base du développement des soins de santé primaires. Plus de 100 maternités, 80 centres hospitaliers régionaux (CHR) sont aussi programmés. Des activités de santé maternelle et de planning familial doivent être intégrées dans tous les centres médicaux (CM) et la création de directions de la santé de la mère et de l'enfant est également prévue.

Ce plan a également privilégié le programme élargi de vaccination afin de prémunir l'ensemble des enfants contre les maladies de la petite enfance.

Il a enfin engagé une réflexion sur la dimension sociale et culturelle de la santé et de la maladie. De longues réflexions sur les systèmes de santé dans différents pays, dont le Burkina Faso, ont montré que les individus ont des valeurs, des représentations qui participent à définir leurs itinéraires thérapeutiques (Gobatto, 1999)⁸⁵. Le Burkina va valoriser la médecine traditionnelle, ainsi l'Etat va préconiser l'utilisation de la pharmacopée mais il va établir un contrôle par le système scientifique. Par ce biais il montre son intérêt pour les populations en reconnaissant une place au savoir traditionnel.

Le pays va adhérer à l'Initiative de Bamako⁸⁶. Les soins curatifs de premiers recours et les médicaments essentiels génériques (MEG) apparaissent comme deux composantes

⁸⁵Gobatto I.(199) op. cit : 107

⁸⁶ L'initiative de Bamako est souvent perçue comme une politique permettant de dynamiser les structures sanitaires ; avec pour principe de généraliser l'accès aux soins de base

primordiales pour relancer le processus d'amélioration de la santé. C'est en 1993 que les autorités burkinabè vont l'adopter dans un arrêté du ministère de la santé. C'est sous l'initiative des organismes internationaux que le programme a été défini et adopté par les ministres de la santé des pays d'Afrique, dont le Burkina Faso. Concrètement, un stock de médicaments essentiels génériques est constitué par les organismes, et offerts aux populations, mais il est géré par des comités de gestion des centres de soins (dispensaires), dont les membres sont issus de la communauté. Les médicaments doivent être ensuite vendus aux malades avec une marge de bénéfice. D'autre part, les actes médicaux sont désormais payants. La marge de bénéfice ajoutée aux paiements, permettra de racheter les médicaments pour reconstituer le stock initial et améliorer l'accès aux soins et la qualité des services. Le but étant que l'Etat ne finance plus, à terme, que les salaires du personnel de santé. Les composantes ainsi définies constituent de nouvelles perspectives du développement sanitaire devant permettre d'augmenter l'adhésion des populations au système de soins modernes.

Les infrastructures de santé s'étoffent dans la logique d'une meilleure répartition en nombre et en qualité entre les zones urbaines et les zones rurales. Une politique d'approvisionnement des médicaments est adoptée avec à l'appui, une liste nationale. Une centrale d'achat de médicaments est également créée. Le Burkina s'est doté d'une politique pharmaceutique nationale sous l'initiative de l'OMS (ministère de la santé, 1996)⁸⁷.

2.2.1.4. Les années 2000 : La politique nationale sanitaire

La quatrième période commence en l'an 2000. Une nouvelle politique de santé a été instituée : la Politique Sanitaire Nationale (PSN). Son objectif général, une fois encore, est d'améliorer l'état de santé des populations. Elle comporte un plan opérationnel, adopté pour la période 2001-2010, appelé Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Pour sa mise en œuvre, des plans triennaux seront élaborés. Le premier couvre la période 2003-2005, la précédente (2001 -2003) ayant servi de transition.

Les différentes stratégies sanitaires mises en œuvre au Burkina ont entraîné presque à chaque fois des réorganisations au niveau des systèmes de santé. Certains auteurs pensent à un choix de société. Encore, faut-il que les pouvoirs publics du pays soient en mesure de choisir. Rappelons que le Burkina Faso dépend énormément de l'aide extérieure. La santé publique va être imposée dans les communautés à travers son système.

⁸⁷ Ministère de la Santé, 1996, « Document cadre de politique pharmaceutique nationale », Ouagadougou, p.17

Les deux dernières périodes caractérisent la volonté des pouvoirs politiques de rendre les soins accessibles à toutes les populations. Les priorités d'actions restent centrées sur la lutte contre les grandes maladies endémiques. En revanche, le concept de santé de la reproduction va remplacer celui de santé maternelle et infantile. Les politiques procèdent également à la réorganisation du système de soins publics, avec la mise en place de districts sanitaires et des réformes hospitalières.

2.2.2. Une organisation pyramidale du système sanitaire

L'organisation du système public s'appuie encore sur le modèle colonial dont l'objectif était essentiellement d'entretenir la main-d'œuvre locale. Elle est axée sur trois services que sont les services des troupes coloniales, les établissements hospitaliers et la police sanitaire. Le système était organisé autour de dix secteurs médicaux, centrés sur les départements administratifs définis à l'époque coloniale. Les services offerts étaient des soins curatifs et préventifs, dispensés au sein de centres fixes et, dans le cadre de la lutte contre les grandes maladies endémiques, des équipes mobiles de dépistage, de traitement et de vaccination. Cette organisation est encore d'actualité. Elle accorde une place de choix aux campagnes de masse, tout en ne perdant pas de vue les priorités d'approches hospitalo-centriques. Au fil des années, l'organisation va connaître des changements, suivant en cela l'évolution sociopolitique que le pays a connue. La réorganisation du système sanitaire est définie par le document de programmation sanitaire national (PSN)⁸⁸. Du point de vue administratif, le système comporte quatre niveaux⁸⁹ :

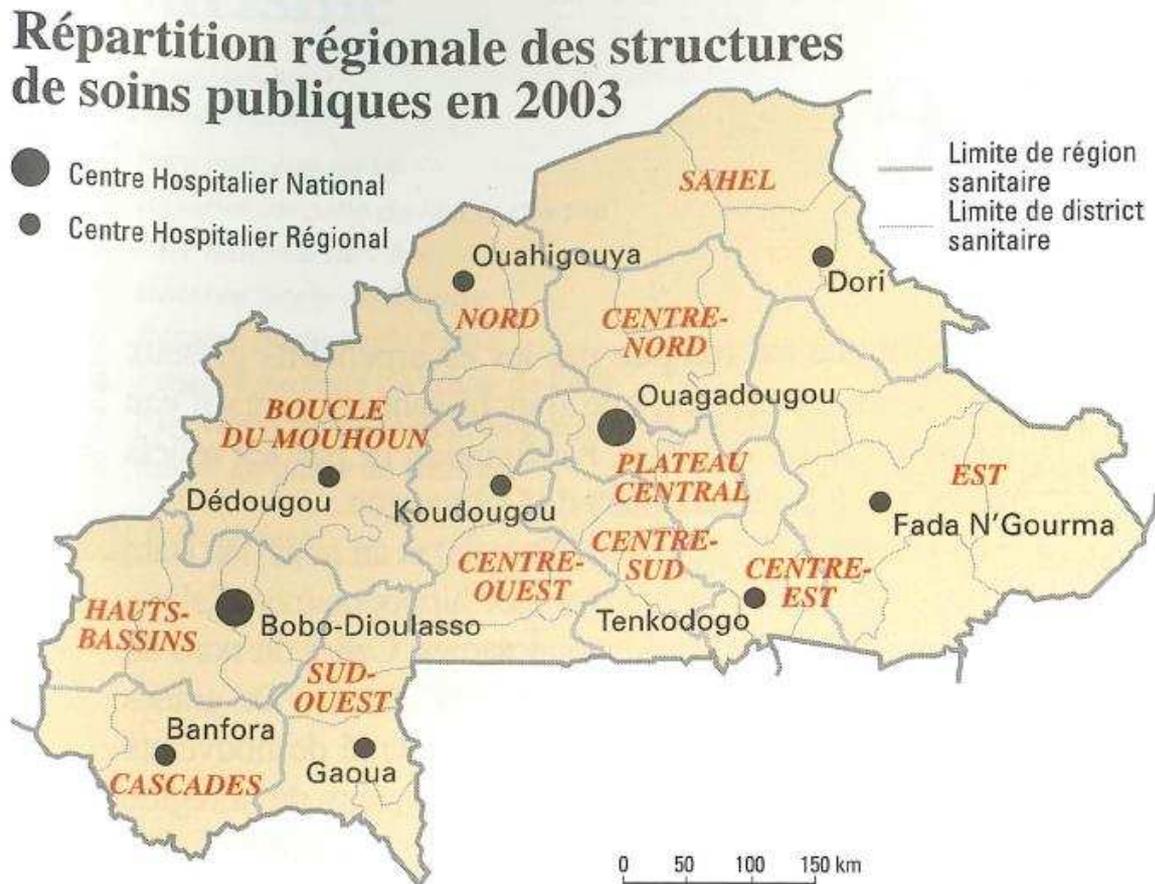
Un premier niveau, dit central, représente le cabinet du ministre de la santé (MS), les directions centrales et le secrétariat général. Ils sont chargés de l'élaboration des stratégies politiques en matière de santé, de la mobilisation des ressources et de la gestion. Le deuxième niveau est le niveau intermédiaire, représenté par les directions régionales de santé (DRS). Depuis 2002, ces derniers sont au nombre de treize ; ils assurent la mise en œuvre de la politique nationale au niveau régional et sont chargées de la coordination et l'appui des districts sanitaires. Le troisième niveau est le niveau périphérique, il comporte au total soixante trois districts sanitaires qui gèrent les crédits alloués par le niveau central pour l'achat de matériels et services. Il assure également le suivi des structures de santé de base.

⁸⁸ Révisé par la commission sur la programmation sanitaire au séminaire national de la santé tenu à Ouagadougou du 31 janvier au 4 février 1984, tel que cité par I. Gobatto, 1999 :127.

⁸⁹ Ridde, V., *Equité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 69

Le quatrième niveau est le niveau communautaire, où se situent les centres de santé et de promotion sociale (CSPS).

Carte 6 : Carte sanitaire du Burkina Faso



Source : Atlas de l'Afrique, 2005, op.cit

En ce qui concerne l'organisation pratique du système proprement dit, précisons que le district sanitaire est le niveau opérationnel le plus décentralisé.

2.2.3. Les offres et les services de santé

Au Burkina, les services de santé sont assurés par le secteur public, privé et le secteur traditionnel.

2.2.3.1. Le secteur public

Le système de santé du Burkina s'insère dans la stratégie de soins de santé définie par l'OMS.

Sur le plan opérationnel, le système sanitaire se structure de manière suivante :

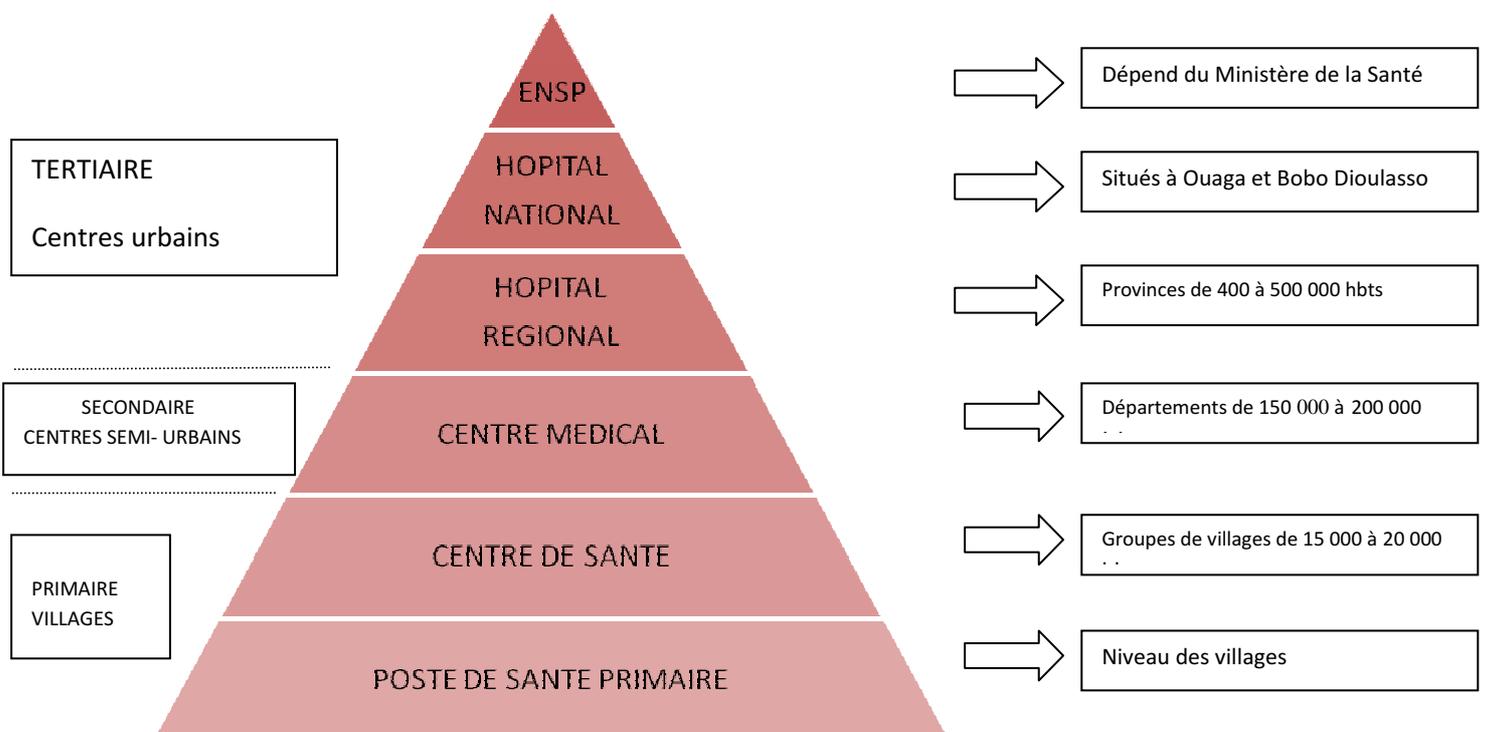
- Un niveau central, constitué des services centraux (directions et programmes nationaux) et les centres hospitaliers nationaux (CHN)

- Un niveau intermédiaire où sont les centres hospitaliers régionaux (CHR)
- Le niveau périphérique comprend les CSPS, les CM et les CMA.

Les postes de santé primaires, qui auparavant faisaient partie du système en tant que premier niveau de soins de base, sont exclus du niveau périphérique depuis 1992.

Du point de vue du fonctionnement, le système de santé burkinabè intègre les stratégies de soins développées par l'OMS. Le système est hiérarchique et pyramidal. Chaque niveau est représenté au niveau des provinces.

Figure 1: Types de structures et organisation des formations sanitaires



Source : PNDS, Ministère de la santé, 2003⁹⁰

Les CSPS regroupent les dispensaires et les maternités sur le même site. Ils constituent les structures de santé les plus décentralisées qui offrent les soins de base, c'est-à-dire les consultations curatives, les accouchements et les activités de prévention. Ils sont gérés par deux infirmiers, un agent itinérant de santé et une accoucheuse auxiliaire. Ils ont une capacité d'accueil de 6 lits pour garder des malades en observation. Ils couvrent des zones de 15 000 à

⁹⁰ Ridde, V., 2007, « Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso » éd. L'Harmattan., p.69

20 000 habitants. Les CM fonctionnent en complémentarité avec les CSPS, ils disposent de quelques lits d'hospitalisation. Ce sont les majors des CSPS qui supervisent les agents de santé communautaire (PSP).

Les centres médicaux, avec antenne chirurgicale (CMA), généralement implantés en ville (chef lieu de province ou département), ont les mêmes attributions que les dispensaires et ont sous leur contrôle les CSPS. Ils assurent la prise en charge des urgences médico-chirurgicales comme les césariennes, les interventions pour les grossesses extra-utérines, les appendicectomies et les cures des hernies. Ils peuvent accueillir entre 40 à 60 malades et offrent également les mêmes activités que celles dévolues aux CSPS. Ils interviennent sur des territoires de 150 000 à 200 000 habitants. Ils disposent de plus de ressources (un laboratoire, une ambulance d'évacuation, ...) et sont tenus par deux médecins, huit infirmiers, un agent itinéraire de santé et deux accoucheuses. Ils constituent le premier niveau de référence dans le district sanitaire.

Les CHR sont les niveaux supérieurs de la hiérarchie au niveau provincial. Ils concentrent le plus d'agents qualifiés. Le CHR a une capacité d'accueil d'au moins 140 lits, assure en plus, des activités d'ophtalmologie, de chirurgie. Il sert de référent et de recours aux centres médicaux, aux CMA et aux CSPS. Il y a un CHR pour 885 000 habitants. La norme, OMS, étant de 850 000.

CHN et CHU, ils sont au nombre de trois et se situent à Ouagadougou (2) et Bobo Dioulasso (1). Ils forment le niveau public de soins de santé publics le plus élevé du Burkina. Ils constituent les références pour les soins et services spécialisés et servent de centres de formations pour les différentes catégories de personnel et de recherche.

On peut dire que les structures de soins publics se répartissent en quatre paliers : a) les CSPS, les dispensaires et les maternités isolées qui sont les premiers lieux de contact entre les services de santé et les populations, b) les CM et les CMA qui constituent le premier palier de référence, c) les CHR, le deuxième niveau d) les CHU, qui forment le troisième niveau de référence.

Les structures sont liées les unes aux autres et fonctionnent de manière pyramidale; chaque niveau dépend théoriquement d'un échelon supérieur. Ainsi, chaque structure doit diriger ses malades vers son niveau supérieur direct lorsque le problème de santé à traiter dépasse ses compétences techniques. Le tableau qui va suivre illustre l'évolution de ces infrastructures.

Tableau 2 : Evolution des infrastructures et des ressources humaines sanitaires

Années	1967	1977	1987	1997	2007	2009
Personnel de santé						
Médecins	53	85	280	nd	441	483
Pharmaciens	12	9	nd	104	65	88
Infirmiers d'Etat	108	320	779	1514	2338	2757
Sages-Femmes/Maïeuticiens d'Etat	38	100	292	460	604	833
Infrastructures sanitaires						
CH	2	5	11	11	12	12
CM	12	41	55	73	75	73
CSPS	nd	nd	136	751	1270	1373
Formations sanitaires privées	1	2	62	148	302	320

Sources : INSD (Annuaire statistique séries longues, 1996 ; DGSS (Annuaire statistiques) ; DEP/ Santé : Rapports annuels de 1996 à 1996⁹¹.

Le tableau donne à voir la situation des infrastructures sanitaires. On y constate une augmentation significative du nombre de soignants, surtout pour ce qui concerne les infirmiers et sages femmes, passant respectivement de 108 en 1967 à 2757 en 2009 et de 38 à 833 pour la même période. Leur nombre est multiplié par 20 fois. Quant aux médecins, ils sont passés de 53 à 483, soit une augmentation de 900%.

Cette évolution s'observe également au niveau des établissements de soins. La plus remarquable est celle des centres de soins de santé primaires (CSPS) et les formations sanitaires privées. Alors qu'ils étaient au nombre de 751 en 1997, par exemple, ils sont passés à 1373 en 2009, soit une augmentation de plus de 180%; leur nombre a pratiquement triplé en une dizaine d'années.

Outre ces structures, d'autres services de santé participent à l'offre de soins au sein de leurs propres institutions. Parmi celles-ci, on peut citer le service de santé des forces Armées Nationale, ainsi que l'Office de Santé des Travailleurs ou la Caisse Nationale de Sécurité

⁹¹ INSD, « La santé d'après les enquêtes statistiques nationales : une synthèse des résultats disponibles depuis l'indépendance au Burkina Faso », ministère de la santé, septembre 2010

Sociale. Il est donc à souligner que dans l'ensemble le nombre d'établissements de soins de santé et du personnel s'est accru considérablement. Cela ne signifie pas pour autant que le niveau sanitaire s'est vraiment amélioré, car l'incidence des consultations, entendu comme la proportion des malades ayant consulté une structure de soins de santé, reste globalement faible. Ce qui nous conforte dans notre questionnement de départ.

Il convient de souligner enfin, que jusqu'à l'adoption de l'IB⁹², les soins de santé publique étaient pratiquement gratuits. Le système d'assurance maladie au Burkina est un régime d'assurance sociale qui couvre uniquement les prestations de maternité. Seules des femmes salariées peuvent en bénéficier. Un régime spécial est également mis en place pour les fonctionnaires. Le système est financé par les employeurs uniquement. Le système de protection sociale est embryonnaire et constitué de dispositifs divers sur les mutuelles et de micro-assurances santé en faveur de groupes minoritaires de la population.

Pour les soins plus spécialisés et pour les cas où les compétences n'existent pas au niveau national, certains malades peuvent bénéficier de transfert vers d'autres pays comme la France.

Outre le système public, les soins de santé sont également assurés par le secteur privé.

2.2.3.2. Le secteur privé

Ce secteur s'est développé ces dernières années. Cela se traduit par la création d'établissements privés de services ophtalmologiques, de cliniques privées et des pharmacies, disposant de personnels de formation paramédicale. Bien qu'il n'existe pas de statistique récente (Nougatara, Ouédraogo et al. 2001)⁹³, on peut s'en faire une idée avec les chiffres du ministère de la santé selon lesquels, le nombre de formations privées est passé de 106 en 1991 à 155 en 1996, soit une augmentation de 50% en cinq ans. Quant aux pharmacies, pour la même période, elles sont passées de 40 à 69.

⁹² Initiative de Bamako (IB), une des politiques de santé publique pour relancer les soins de santé publique dans les pays du Sud dont le Burkina Faso

⁹³ Nougatara A., Ouédraogo J. et al., 2001, «Evaluation des liens entre les programmes d'ajustement macroéconomique, la réforme du secteur de la santé et l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé. Rapport global du Burkina Faso », Ouagadougou, Montréal, Ministère de la Santé, Association Burkinabè de Santé Publique, CRDI, Université de Montréal, p. 1999.

Le tableau ci-dessous permet de visualiser leur répartition.

Tableau 3 : Répartition des formations privées de soins

Régions	A but NL	A but non lucratif						Total
		Association	Confession. Musulman	Confession. Catholique	Confessionnel protestant	ONG	Sous-Total	
Boucle du Mouhoun	5	0	0	1	0	0	1	6
Cascades	5	0	0	1	0	0	1	6
Centre	140	18	5	8	4	8	43	183
Centre Est	5	0	0	2	0	0	2	7
Centre Nord	0	0	0	5	1	1	7	7
Centre Ouest	10	2	0	3	1	0	6	16
Centre Sud	1	0	0	1	1	0	2	3
Est	3	2	0	2	3	1	8	11
Hauts Bassins	57	6	1	3	4	5	19	76
Nord	5	3	2	0	0	0	5	10
Plateau Central	0	0	0	2	0	0	2	2
Sahel	4	0	0	0	0	2	2	6
Sud - Ouest	5	0	0	2	0	0	2	7
Total	240	31	8	30	14	17	100	340

Source : Ministère de la santé, 2007

Ce tableau permet de voir la répartition des structures de soins privées. Le secteur privé comprend des cliniques et des institutions de soins d'associations/Ong à but non lucratif ou confessionnel. Dans chaque région se trouvent plusieurs provinces dont les chefs-lieux sont des villes⁹⁴. Les villes sont souvent les lieux choisis pour l'implantation des centres de soins ; et d'une manière générale ce sont les plus grosses qui sont privilégiées. Ainsi, on peut voir que le secteur privé ne fait pas l'exception. En effet, du tableau sus-présenté il ressort que ce sont également les régions du Centre (Ouagadougou) et des Hauts bassins (Bobo-Dioulasso)

⁹⁴ Nous précisons pour le lecteur, les principales villes par région qui sont souvent citées dans les travaux ou études. La boucle du Mouhoun (Dédougou), les Cascades (Banfora), le Centre (Ouagadougou), Centre-est (Tenkodogo), Centre-Nord (Kaya), Centre-ouest (Koudougou), Centre-sud (Manga), Est (Fada), Hauts-Bassins (Bobo-Dioulasso), Nord (Ouahigouya), Hauts Plateau (Ziniaré), Sahel (Dori), Sud-ouest (Gaoua).

qui concentrent le plus de structures privées. Les rares établissements observés en milieu rural sont gérés par des associations ou des Ong religieuses.

En 2002, on en dénombrait 27 et 185 formations privées. Et on observait également une inégale répartition, avec 60% à Ouagadougou et 26% à Bobo (ministère des finances et du Budget, 2003)⁹⁵. Selon le rapport d'analyse des résultats du recensement des établissements privés de soins réalisés en 2007 (ministère de la santé, 2007), les structures privées emploient près de 1789 agents permanents de santé soit 5,26% agents par établissement privé. Le nombre de pharmacies est estimé à 116.

La situation n'a guère changé puisque le tableau ci-dessus confirme cette situation. Des résultats similaires sont également soulignés par d'autres études qui montrent que les répartitions géographiques des structures privées sont fortement inégales, puisque 89% des formations privées et 80% des pharmacies se trouvent dans les deux grandes villes de Ouagadougou (la capitale) et Bobo Dioulasso (Bodart, Servais et al., 2001, tel que cité par Ridde (2007 :71). De même que le personnel technique de santé représente 60,26%. Il est constitué en majorité d'infirmiers. A l'image de cette mise en place, dans les structures privées, les agents sont également concentrés dans les régions du Centre et des Hauts Bassins.

2.2.3.3. Le secteur Traditionnel

La médecine traditionnelle cohabite avec la médecine moderne. Rappelons que les besoins en soins sanitaires des populations étaient assurés, avant la période coloniale, par la médecine traditionnelle. L'organisation coloniale a voulu l'intégrer à son système de santé, en cherchant à exploiter les plantes de la médecine locale. Cette pratique va se poursuivre après l'indépendance. Cette forme de médecine était seulement tolérée selon le code de la santé des années 1970. Toutefois c'est à partir de cette période que les organismes internationaux ont exprimé leur intérêt pour créer une institution de recherche sur les substances naturelles (IRSN). Par la suite, des mesures prises pendant le régime de la Révolution⁹⁶ ont contribué au renforcement et à la promotion de la médecine traditionnelle. De plus, une structure mise en place au sein du Ministère de la santé est chargée de la recherche pharmaceutique. Les

⁹⁵ Ministère des Finances et du Budget/ BF, 2003

⁹⁶ Suite à la création de l'Institution de Recherche sur les Substances Naturelles, en 1978, c'est sous le régime de la Révolution en 1984, qu'a été mis en place une Direction de l'Approvisionnement et de la Pharmacopée Traditionnelle ; de même qu'entre 1984 et 1989, ce gouvernement a encouragé la création de cellules de pharmacopée traditionnelle dans les structures décentralisées du système de soins et la constitution d'associations de tradi-praticiens de santé. La médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été ensuite adoptées par la loi n°23 / 94/ADP du 19/5 / 94 portant Code de la Santé Publique

autorités ont également encouragé l'organisation des tradipraticiens au niveau des provinces. Les guérisseurs sont répertoriés et bénéficient d'une autorisation d'exercer librement par les autorités compétentes. En 2004, la politique nationale de santé a défini une orientation en matière de médecine traditionnelle et de pharmacopée. Elle est basée sur la nécessaire collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne pour la couverture des besoins sanitaires de la population. Les malades utilisent aussi bien les soins de santé modernes que ceux de la médecine traditionnelle. Aujourd'hui encore, la présence de la médecine traditionnelle est déterminante dans le champ des soins. Les guérisseurs sont reconnus et largement consultés au Burkina comme d'ailleurs dans de nombreux pays africains. Ils disposent d'une légitimité dans l'élaboration de diagnostics et dans la dispensation de soins. I. Gobatto (1999)⁹⁷ soulignait à ce propos, dans le cadre d'une de ses études réalisée en 1999 sur les médecins au Burkina, que tous les professionnels médicaux enquêtés, s'accordent à dire que « *les tradipraticiens ne sont pas à ignorer* ». Ils existent pour et par les malades, qui y ont largement recours, que ce soit avant, pendant ou après les traitements biomédicaux. Ceci revient à dire que la pratique de la médecine traditionnelle est loin d'être négligeable.

De ce qui précède, il est indéniable que des efforts significatifs ont été faits pour améliorer la santé des populations. En effet, le nombre d'établissements de soins, notamment les CSPS, a considérablement augmenté depuis l'indépendance, comme on peut le voir dans le tableau précédent (p.67). Le nombre d'hôpitaux nationaux sont de 2 et les hôpitaux régionaux de 10. Le nombre de centres hospitaliers nationaux qui est de 2, n'a pas augmenté, on peut dire que les autres structures ont été augmentées. Plus 14,5% pour les centres hospitaliers régionaux, 2,6% pour les CM, 9,1% pour les CSPS selon A. Meunier (1999 : 51).

En 2003, les structures se composaient comme cela : 2 HN, auxquels s'est adjoint un centre hospitalier national pédiatrique (situé à Ouagadougou, la capitale), 12 HR, 38 CMA, 33 CM, 1147 CSPS, 93 dispensaires et 28 maternités (Atlas, du Burkina, 2005)⁹⁸. La couverture sanitaire du pays s'est bien intensifiée même si on observe d'importantes variations entre les

⁹⁷ Gobatto, I., 1999, p.165

⁹⁸ Atlas de l'Afrique, 2005, op. cit.

régions⁹⁹. Et on peut dire qu'il y a eu une volonté d'assurer une meilleure répartition quantitative et qualitative entre zones urbaines et rurales.

Cette évolution des infrastructures montre une hausse, surtout perceptible au niveau des structures de base, telles que les CSPS, dont le nombre a considérablement augmenté entre 1987 et 2009. De plus, l'offre de soins publics est sous-tendue par une offre privée et traditionnelle. Par ailleurs le budget sanitaire national a connu une augmentation. Une hausse qui s'explique en partie par l'apport du privé, des Ong et des structures d'appui aux mutuelles de santé. Mais cela ne signifie pas que la situation sanitaire s'améliore par cette voie. L'augmentation des structures n'a pas entraîné l'augmentation attendue dans les recours aux soins publics. On peut visualiser l'état de l'utilisation des formations sanitaires sur les données figurant dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Utilisation des formations entre 1997 et 2007

Années	1994	1998	2003	2005	2007
Milieu de résidence					
Urbain	12,3	5,2	5,8	9,9	9,3
Rural	5,1	2,5	3,8	6,3	5,6
Sexe					
Masculin	6,5	2,8	4,0	6,8	5,8
Féminin	6,0	5,3	4,4	7	6

Sources : INSD, Enquête prioritaire 1998 ; Enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages, 2003 ; Enquêtes QUIBB entre 2005 et 2007¹⁰⁰.

Malgré un déficit de données précises et récentes, les résultats consignés sur le tableau ci-dessus permettent de conclure à une amélioration de l'état de santé de la population dans son ensemble. En effet, en quinze ans, le nombre de structures sanitaires (CSPS notamment) a pratiquement doublé, passant de 577 en 1990 à 1148 en 2004. De même le taux de fréquentation des services de soins est passé de 18% en 1995 à 34,1% en 2004. Le ratio nombre d'habitants par centre de soins de base a également connu une amélioration, de 14690

⁹⁹ Les régions de l'ouest, du centre et les deux plus grandes villes du pays sont bien desservies en infrastructures sanitaires que le nord et le nord-est, le centre-nord (qui connaissent également les plus faibles niveaux de fréquentation.

¹⁰⁰ INSD, op., cit

habitants pour un CSPS en 2000, ce nombre est passé à 11082 en 2004 (annuaire statistique, DEP/ Santé). Selon la norme de l’OMS, il faut pour un CSPS 10 000 habitants. Le rayon moyen d’action théorique¹⁰¹ est passé de 9,4 km en 2000 à 8,3 km en 2003. Il reste cependant élevé dans certaines régions comme le Sahel ou l’Est, environ 14 km. C’est aussi dans ces régions que l’on rencontre également les ratios nombre d’habitants par CSPS, les plus élevés, 14 576 et des taux de fréquentation compris entre 14 et 28%.

Les résultats d’enquêtes réalisées par l’INSD montrent une baisse du niveau de morbidité passant de 15,7% en 1994 à 5,8 en 2004. Le taux de mortalité est passé de 32% dans les années 60 à 14,8 en 1996 (INSD et EBCVM, 2003). La mortalité maternelle de 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998 était de 566 en 1993. La mortalité infantile est de 83%. L’espérance de vie quant à elle, est passée de 42 ans en 1975 à 54,1 ans en 1996¹⁰².

2.2.4. Etat de santé de la population

Au Burkina, le taux de morbidité général est estimé à 15,8% (EDS, 2003). Cette morbidité est principalement liée à la persistance des maladies endémo-épidémiques y compris le Sida. Le paludisme reste la première cause en plus des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques.

En examinant la population par groupes socioéconomiques, le taux de morbidité le plus élevé est relevé auprès des personnes vivant dans des ménages dirigés par les salariés du secteur privé (30%), des inactifs (11%) et des salariés du public. Le taux le plus faible se rencontre chez les agriculteurs et aides familiaux ainsi que les apprentis, environ 7%, au cours de la période de référence (INSD, 2007)¹⁰³. Le taux de morbidité des différents groupes a été appréhendé à travers la proportion de personnes ayant été malades ou blessées au cours des quinze derniers jours qui ont précédé l’enquête sur les conditions de vie des ménages. Le faible taux enregistré au sein des ménages d’agriculteurs, des aides familiaux et des bénévoles peut s’expliquer qu’au cours de la période d’enquête, très peu de personnes se sont déclarées malades ou blessées.

¹⁰¹ Le Rayon Moyen d’Action Théorique est le rayon moyen autour duquel la population se trouve en rapport au centre de santé de base le plus proche (CSP, dispensaire ou maternités)

¹⁰² Tableau de bord de la santé au Burkina Faso en 2004, p. 10

¹⁰³ INSD, « Analyse des résultats de l’enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages », 2007, p.39

De même, il apparaît que le milieu de résidence est un critère discriminant dans l'accessibilité¹⁰⁴ aux services de santé. Car le temps mis pour atteindre un service de soins, diffère selon le milieu de résidence, la région, le groupe socioéconomique, le sexe, ... Ainsi, plus d'un tiers de la population burkinabè se trouve à plus d'une heure de la formation sanitaire la plus proche. En effet, le nombre de personnes vivant en zone urbaine située à 15 minutes d'un service de santé est deux fois plus élevé que celui des zones rurales, respectivement 34,9% et 15%. De même la proportion de personnes en zone rurale se situant à plus d'une heure d'un centre de santé le plus proche est presque neuf fois supérieur à celle des personnes vivant en milieu urbain, soit 42,9% et 5,1%. Ces différences semblent s'expliquer, d'abord, par la concentration des centres de santé en milieu urbain par rapport au milieu rural ; puis aussi du fait de la disponibilité en nombre et en qualité des moyens de transport dont bénéficient les gens habitants dans les villes.

Il ressort également une grande différence dans l'utilisation des services de santé entre les groupes socioéconomiques. Le quintile des populations les plus pauvres utilise deux fois moins les services que le quintile des populations les moins pauvres. C'est ce dont témoigne cet interviewé dans le récit qui va suivre¹⁰⁵ : « Vous aurez bien construit des milliers d'hôpitaux, avoir les médecins et infirmiers les plus compétents, des gens viendront s'adosser aux murs de ces mêmes hôpitaux et dispensaires pour mourir car ils n'ont pas d'argent pour y entrer ». L'essentiel n'est pas de disposer d'infrastructures sanitaires. Il faut pouvoir y accéder grâce aux moyens financiers dont ne disposent pas la majorité de la population.

Le taux de mortalité de la population burkinabè est de 15,2‰. Le Burkina fait ainsi partie des pays où le taux de mortalité est le plus élevé en Afrique de l'ouest : Guinée, 16‰, Libéria, 17‰, Guinée-Bissau, Mali et Niger, 20‰, Sierra-Léone, 21‰, (Atlas de l'Afrique, 2005 : 80)¹⁰⁶. La mortalité maternelle toujours élevée est de 484 femmes pour 100 000 naissances vivantes. La fécondité élevée peut être considérée comme une des réponses à la forte mortalité maternelle et infantile.

Les principales causes de décès dans les établissements sanitaires sont par ordre d'importance, le paludisme grave (34,3%), la méningite (14,7%), la broncho pneumonie (7,3%), la diarrhée

¹⁰⁴ Appréhendée par le temps mis pour atteindre le service de santé le plus proche quelque soit le moyen de transport utilisé

¹⁰⁵ Tel que cité par M. Kagambèga M. (2011) L'Assurance maladie au Burkina Faso : de la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires. Thèse de doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, p. 100

¹⁰⁶ Atlas de l'Afrique, 2005, op. cit.

(2,6%), la dysenterie (2%), l'anémie (7,6%), les morsures de serpents (4,1%) et le VIH/Sida (1,8%).

Dans l'ensemble, l'offre de soins reste caractérisée par une insuffisance à la fois quantitative et qualitative et de fortes disparités sociales et entre régions.

2.2.5. Caractéristiques générales de la situation sanitaire burkinabè

Sur le plan sanitaire, la majorité des districts de santé ne sont pas opérationnels¹⁰⁷. Ce déséquilibre existe également au niveau des différents échelons qui composent le système de santé. Le pays doit encore faire face à une insuffisance quantitative et qualitative des services de santé. En effet, les services dispensés sont limités par les moyens techniques et humains. En 2002, le pays disposait d'un niveau élevé des ratios population/ personnel de santé, soit 1 médecin pour 37 699 habitants (1/ 10 000, norme OMS), 1 infirmier pour 3822 habitants (1/5000, norme OMS), 1 sage-femme pour 25 903 habitants (1/5000, norme OMS) (Atlas du Burkina, 2005)¹⁰⁸.

Tout cela aggrave les insuffisances fonctionnelles que connaît le système de santé. Des écrits sur son dysfonctionnement arguent que le système est malade (Bodart, Servais et al., 2001). Des propos renforcés par d'autres auteurs qui relèvent, dans le cadre de l'initiative de Bamako que, des dispositions légales de prise en charge des pauvres, mêmes lorsqu'elles existent, ne sont pratiquement jamais appliquées (Girard et Ridde, 2000 ; Ridde et Girard, 2004)¹⁰⁹.

Par ailleurs, l'un des objectifs principaux des mesures d'ajustement mises en œuvre et qui visait la réduction des inégalités d'accès aux soins entre milieux urbains et ruraux et entre les femmes et les hommes, n'a pas été pas atteint (IMF, 2003). Ceci parce que, les inégalités entre les catégories de populations et des disparités régionales persistent.

De même, les analyses attestent de problèmes d'accès et d'accessibilité. Selon le ministère de la santé, Ouagadougou (la capitale) et Bobo-Dioulasso (deuxième grande ville), qui comptent 16% de la population, bénéficient de 57% des médecins et 55% des sages-femmes, alors que les autres régions du pays (84%) se partageaient le reste. Ce déséquilibre existe également au

¹⁰⁷ Ministère de la santé, 2003, « Cadre et directives de planification 2004 », Ouagadougou, MS/SG/DEP

¹⁰⁸ Atlas de l'Afrique, 2005, op. cit.

¹⁰⁹ Girard J.E. et Ridde V. (2000), *L'accès aux soins pour les indigents dans un contexte africain de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako*. Conférence internationale : Financement des services dans le pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie ; 3 nov.-1^{er} déc. ; CNRS/CERDI, Clermont-Ferrand, France ; Ridde V et Girard J.E. (2004) Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé Publique* 15(1) : 37-51.

niveau des différents échelons qui composent le système de santé, ainsi que les disparités entre les hommes et les femmes.

De surcroît, on observe que les activités sanitaires sont plus denses dans le centre et dans l'ouest. Pendant que le nord et l'Est connaissent les plus faibles investissements. On peut dire que ce sont les régions les plus pauvres qui bénéficient des subventions publiques par habitant les plus faibles (UNDP, 2003 : 126). Les politiques de santé sont perçues comme des politiques de renforcement des soins de santé¹¹⁰. Mais dans la réalité elles servent à renforcer des lieux de pouvoir, car ce ne sont pas les lieux les plus à risques d'un point de vue sanitaire, qui sont les mieux équipés en infrastructures. D'après A. Meunier (1999)¹¹¹, la localisation des structures de soins de base répond à la notion d'aménagement du territoire puisque un grand nombre de dispensaires servent de point d'appui à l'organisation administrative, ils précèdent la fonction politique. La quantité des structures dans une zone, témoigne alors de la considération de l'Etat pour celle-ci. Plus il investit, plus la zone lui est importante. Il investit moins ou relâche son action dans les espaces moins importants dans sa politique de développement. Cette situation relève donc de choix politiques¹¹².

Le Burkina reste l'un des pays les plus pauvres (définis comme ceux pour lesquels la part des dépenses privées dans les dépenses de santé est la plus élevée). Une enquête de 1998 (Banque mondiale, 2003)¹¹³, révélait une dépense moyenne en santé de 6300F CFA par habitant et par an ; environ 3,2% de l'ensemble des dépenses annuelles du pays. Une autre étude dans le pays estimait à 6,2% les dépenses faites par les ménages pour leur santé (Shaw et al., 1995)¹¹⁴. La part que constitue la dépense publique sans l'aide extérieure est en augmentation ; de 25% en 1990, elle est évaluée à 30% en 1999 (Banque Mondiale, 2004)¹¹⁵. Pour autant l'allocation réservée au ministère de la santé dans le budget global de l'Etat ne répond ni aux recommandations de l'OMS, ni à l'engagement de l'Etat à atteindre un maximum de 10% (ministère de la santé 1996). Cette part est en baisse depuis cinq ans.

¹¹⁰ OMS / Afro, 1978, rapport préparatoire d'Alma Ata, « d'une manière générale et à en juger par l'expérience de la région africaine, il faut un puissant désir de changement et une volonté nationale bien affirmée pour traduire dans la pratique la notion de soins de santé primaires »

¹¹¹ A. Meunier op. cit. p.67

¹¹² CHR Ouahigouya, « Avant projet-Projet d'établissement 2003-2007 », Ouahigouya, Centre Hospitalier, 2003, p. 25.

¹¹³ Banque Mondiale, «Santé et pauvreté au Burkina Faso : progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté », Washington, 2003, p. 99

¹¹⁴ Shaw, P. et al., 1995, « Le financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne par la tarification des services et l'assurance », Banque Mondiale, Washington DC, USA.

¹¹⁵ Banque Mondiale, «Le financement de la décentralisation au Burkina Faso », Rapport sur la coopération pour le développement, Burkina Faso, 2004.

En 2002, seulement 7,09% ont été alloués au ministère de la santé. Après une augmentation de 11% entre 1996 et 1999, en vue de lutter contre le sida (ministère des finances et du budget, 2003), l'allocation est en baisse depuis quatre années (9,2% en 2004), bien loin des 13% souhaités pour 2006 (ministère de l'économie et du développement, 2004)¹¹⁶ et largement en dessous des normes définies par l'OMS (10%). On peut dire que les défis sanitaires restent de taille. Selon même le rapport de la Banque Mondiale¹¹⁷, la tendance des indicateurs de santé inscrit le pays dans une trajectoire qui l'éloigne des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour 2015.

La qualité des soins dans les services de santé ne répondent pas souvent aux attentes de la population. A ce propos, le Ministère de la santé disait, dans un bilan sur la problématique de la qualité des soins que « les services de soins sont caractérisés par le mauvais accueil, la mauvaise organisation dans les soins entraînant entre autre, une mauvaise perception des populations vis-à-vis de ses services de soins »¹¹⁸.

Ce constat est confirmé par des enquêtes anthropologiques qui ont réussi à identifier plusieurs problèmes relatifs aux comportements des soignants, concernant l'accueil, les violences verbales ou physiques ou tout simplement d'écoute des patients (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002).¹¹⁹ Ces auteurs qui ont analysé la perception de la qualité des soins de santé dans les capitales de pays africains tels que la Côte d'Ivoire (Abidjan), le Sénégal (Dakar) et le Niger (Niamey) perçoivent la qualité des services bien négative, lorsque les patients ne disposent d'aucune relation particulière avec les professionnels de santé du centre qu'ils fréquentent.

Concernant l'utilisation des services, les taux de fréquentation sont restés faibles et ont même baissé à certains moments : 22,8% en 1991, 18,2% en 1995 dans son ensemble. Cette sous-utilisation est également observée dans le nombre limité des consultations, 0,5% par habitant et par an, et un taux d'hospitalisation de 5,9 pour mille. Il apparaît que des raisons financières y sont une barrière. La pauvreté influence le choix du recours aux soins de santé. En effet, au Burkina, des études ont montré que l'utilisation des services de soins ont subi des baisses

¹¹⁶ Ministère de l'Economie et du Développement, 2004, «Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté », Ouagadougou, Burkina Faso, 124p.

¹¹⁷ Rapport, Banque Mondiale « Santé et pauvreté au Burkina Faso », 2003

¹¹⁸ Ministère de la santé / Burkina, « Plan National de Développement Sanitaire », 2006-2010, p.26

¹¹⁹ Jaffré, Y., JP. Olivier de Sardan, Y Diallo, Y. Touré et al., « Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique su projet « santé urbaine » (Unicef-Coopération Française). Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. Paru en 2003 sous le titre : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris : 289

significatives lors de la restauration directe du paiement des soins par les patients (Yonli, 1998 ; Ridde, 2003)¹²⁰. D'autres travaux dans le pays vont dans le même sens (Haddad, Nougara et al., 2004)¹²¹.

Toutefois, une attention particulière est accordée à la santé des femmes et des enfants (toujours couplés), dans les politiques sanitaires du pays.

¹²⁰ Yonli, L., « Etude sur la fréquentation des services de santé dans la région sanitaire de Kaya », Ouagadougou, Direction régionale de la santé de Kaya, SCPB, PI : 62

¹²¹ Haddad, S., Nougara, A. et Ridde, V., «Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », Santé, Société et Solidarité 2 : 199-210

3. APPROCHE SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE DES FEMMES

3.1. Contexte socio-économique

3.1.1. Caractéristiques des femmes

Les femmes burkinabè représentent 51,8% de la population du pays. D'après les résultats du recensement de la population de 2006 (INSD, 2006), plusieurs éléments caractérisent la population féminine. Elles assurent 60% de la production agricole et 90% des charges domestiques. La proportion des chefs de ménages de sexe féminin est de 11%.

Sur le plan de l'éducation Plus de 80% de la population burkinabè ne sait ni lire, ni écrire. 76,2% de femmes sont sans instruction ; 16,7% ont un niveau du cycle primaire (12,6% en milieu rural et 30% en milieu urbain). Le tableau ci-dessous matérialise l'évolution des agents femmes dans les services publics.

Tableau 5: Indicateurs des évolutions des agents de sexe féminins dans les formations publiques (1996-2002)

Catégories	1996	2000	2001	2002
Cadres supérieures (A, P)	18,7%	18,2%	18,6%	18,6%
Cadres moyens (B)	25,2%	25,4%	25,2%	25,2%
Personnel d'appui (D, E)	24,6%	28,6%	28,3%	28,3%
Total	22,7%	23,9%	23,7%	23,7%

Comme le montre le tableau, les effectifs sont faibles et au fil des années, l'évolution n'est pas assez significative. Alors qu'au niveau des cadres moyens, le nombre n'a pas augmenté, chez les cadres supérieurs, il a même baissé. On peut avancer que très peu de femmes accèdent aux postes de responsabilités. Plus de 80% des postes à responsabilités politico-administratifs sont occupés par les hommes contre seulement environ 15% de femmes. La faible scolarité serait l'une des explications à cette sous-représentation des femmes dans l'emploi moderne. Dans le secteur privé les effectifs ne sont pas meilleurs. Selon la CNSS, seulement 12 200 femmes y travaillent sur 57 800 hommes (soit 17,43%). Le secteur informel est celui où se retrouvent plus les femmes (69%). Sur 900 000 personnes identifiées dans ce

secteur, 500 000 sont des femmes (CNSLP, 2000). La situation peut être visualisée sur le tableau suivant :

Tableau 6 : Répartition des professions par sexe et selon le milieu

Zones	Urbaine		Rurale	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Professions				
Agricole	36,9%	53,8%	97,9%	97,3%
Administration cadres supérieurs	3,6%	1,1%	0%	0%
Administration cadres moyens	3,8%	3%	0,3%	0,1%
Manceuvres/ouvriers	7,5%	5,2%	0,3%	0,1%
Commerce	13,3%	24,5%	0,6%	1%
Artisanat	16,4%	4,3%	0,4%	1,2%
Services domestiques & divers	10,2%	7,1%	0,2%	0,2%
Autres	8,3%	1%	0,3%	0,1%

Source : Coopération au Développement des Pays-Bas, Les femmes du Burkina Faso et la coopération néerlandaise, 1985-1995.

Ce tableau permet de voir les secteurs où se concentrent les activités des femmes. Ainsi, on trouve une forte participation des femmes dans les emplois agricoles beaucoup plus en zone rurale que urbaine 53,8% des femmes en ville contre 97,3% en zone rurale. Les femmes sont plus investies également dans le commerce et l'artisanat. Elles sont plus nombreuses en milieu urbain qu'en campagne respectivement 24,5% et 4,3% contre 1% et 1,2%. Quoiqu'il en soit en milieu urbain comme rural, on note une forte participation des femmes dans au marché du travail. Elles jouent un rôle important dans la production des biens.

Du point de vue religieux 51,2% sont de religion musulmane, 9,8% catholiques, 2,1% protestantes et 8,0% animistes. On estime à 3 302 636 les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), soit 37,6% de la population féminine.

Au niveau matrimonial, on estime à 63,1% de femmes de 12 ans et plus étaient en union en 2006¹²². La proportion d'hommes polygames est de 14% en milieu urbain et 32,7% en milieu rural. Le nombre moyen d'épouses par homme marié est de 1,4. Le nombre d'épouses par homme polygame 2,3 ; 88, 3% des adolescentes de 15 à 19 ans sont mariées en milieu rural soit 10,9% des femmes mariées. 26,2% de ces adolescentes mariées vivent dans des ménages

¹²² INSD, RGPH, 2006, op. cit.

polygames. 35,4% sont femmes au foyer en milieu urbain contre 64,6% en milieu rural. Les femmes âgées de 60 à 70 ans représentent 4,5% de la population féminine et 42,9% d'entre elle travaille encore. Les femmes handicapées représentent 47,2%.

3.1.2. Accès aux ressources

Nous avons vu que les femmes participaient pour 60% dans les activités agricoles. Celles-ci ne génèrent que 4,7% de revenus. Les femmes dans le secteur agricole ne sont pas souvent propriétaires des terres qu'elles exploitent. Elles sont dans une position qui ne leur permet pas d'investir dans un long terme, les terrains exploités. Outre l'agriculture, les femmes exercent aussi dans le petit commerce et l'artisanat, classés dans le secteur informel. Ils procurent aux femmes 28,5% de leurs revenus. La même situation est observée au niveau des offres de crédits.

En effet, au Burkina, plusieurs organismes de crédits existent mais ils ne sont pas accessibles aux femmes. Car, les principes pour prévaloir à un crédit sont conditionnés par des garanties. Des garanties dont les femmes ne disposent pas souvent. Les crédits spécifiques destinés aux femmes sont octroyés par les ONG et Associations. Ce sont des petits crédits qui ne permettent pas à leurs bénéficiaires d'entreprendre de gros projets d'investissements ou de faire de grosses affaires.

Enfin, les femmes n'ont de contrôle sur leur temps. Elles sont les femmes responsables des travaux domestiques du ménage, d'entretien des membres de la famille. Et au-delà de ces attributions, elles multiplient aussi les activités économiques de façon concomitante pour se procurer des revenus. Entre les deux elles ne disposent pas de temps propre pour elle.

Au niveau économique, 15, 5% des femmes sont très pauvres, 24,1% sont pauvres, 20,0% sont de niveau de vie moyen, 22,8% riches et 17,6% très riches. Selon un rapport sur la situation socioéconomique des femmes (RGPH, 2009), celles-ci constituent 51,7% des groupes très pauvres. Pourtant leur participation active dans tous les secteurs socioéconomiques est bien reconnue. Mais cette implication n'a pas une incidence positive sur leur condition de vie quotidienne. Cette pauvreté est un phénomène beaucoup plus accentué en milieu rural, 52,3% contre 19,8% en milieu urbain.

De cette présentation, on peut conclure que les problèmes des femmes sont multiples et la l'état d'extrême pauvreté ne fait qu'aggraver leur situation. Les conséquences de cette situation ont des répercussions graves sur l'état de santé des femmes. Ce faisant, les autorités

burkinabè ont jugé la situation préoccupante. Elles ont donc été amenées à entreprendre des actions pour réduire les inégalités et améliorer la situation. Parmi ces actions, une lettre d'intention de politique de Développement Humain Durable (1995-2005). Une nouvelle orientation va être élaborée et axée sur le concept de sécurité humaine. De même en Mai 2000, le Burkina adopte le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Objectif, favoriser la croissance économique équitable de 7 à 8% pour une croissance du PIB par tête d'habitant, d'environ 5% pour la période 2000-2004. Mais dans les pratiques, la problématique du genre n'a pas été prise en compte dans la mise en œuvre des programmes. Les résultats ont été jugés insuffisants et l'impact des actions entreprises, faibles. Toutefois dans les discours et les objectifs affichés, une attention particulière va être accordée à la question de la santé des femmes.

3.2. Situation sanitaire des femmes

3.2.1. Historique et actions sanitaires

Au Burkina Faso, la priorité donnée aux femmes fait suite aux initiatives des grands organismes internationaux, en 1975, suite aux débats et conférences mondiales sur les femmes¹²³. Les politiques nationales vont être amenées à porter une attention nouvelle à la question des femmes. Ainsi, dans la perspective de lutte contre les inégalités dont sont victimes les femmes, l'Etat a adopté l'approche genre¹²⁴. A cet effet, plusieurs documents d'orientation nationale politique et de développement vont être élaborés. A savoir : la lettre d'Intention de Politique de Développement Humain Durable (LIPDHD) ; le Plan National de Bonne Gouvernance ; le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) ; la

¹²³ La décennie mondiale organisée par les Nations-Unies entre 1975 et 1985 a vu se dérouler plusieurs conférences et rencontres internationales à l'endroit des femmes ; on peut citer Mexico, 1975, Copenhague, 1980 ; Nairobi, 1985. Et 10 années plus tard, des travaux d'évaluations des actions en faveur des femmes à Beijing (1995).

¹²⁴ Le genre a fait son apparition au Burkina par la coopération canadienne qui a organisé la formation des ONG et créé un réseau « Genre et Développement ». Cette initiative a pris de l'importance après la conférence de Beijing, avec la création en 1997 par l'Etat du Ministère de la promotion de la femme. Le « genre » ou « l'approche genre » est issu de l'anglais Gender, est un concept sociologique désignant les rapports sociaux de sexe et de façon concrète, l'analyse des statuts, rôle sociaux, les relations entre les hommes et les femmes. Il permet l'analyse des rapports de pouvoirs entre les femmes et les hommes basés sur l'assignation des rôles socialement construits en fonction du sexe. Cette répartition des rôles entre hommes et femmes est source d'inégalités et limite la liberté des femmes à jouir des droits humains. L'objectif de cette approche est de promouvoir l'égalité des hommes et des femmes en prenant en compte les différences et la hiérarchisation socialement construits.

Prospective Burkina Faso 2015 ; le Pan Stratégique Genre et Développement Agricole au Burkina Faso.

A la suite de ces politiques qui posent en toile de fond, le cadre du développement du pays, des programmes vont être définis et des actions menées en faveur des femmes. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer entre autres, l'organisation de la journée de concertation entre les femmes et le chef de l'Etat en 1994 afin de définir les préoccupations majeures des femmes; l'organisation d'un forum national en 2000 pour identifier et prioriser les actions pour la promotion de la femme et de la petite fille ; en 1997 et 2006, trois plans nationaux d'action pour la promotion de la femme avec des programmes prioritaires inscrits dans les douze domaines de préoccupations définies lors de la conférence de Beijing ; la création d'un fonds d'Appui aux Actions Rémunératrices des Femmes (FAARF) ; l'adoption du plan d'action national pour l'accès des femmes aux services agricoles ; élaboration de plan d'actions visant à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes ; projets de soutien aux activités économiques des femmes rurales¹²⁵.

Ces actions vont également contribuer au développement d'organisations de la société civile de lutte pour les droits des femmes. En matière de santé, les organisations internationales vont faire des problèmes de santé des femmes une priorité en matière de santé publique. Au Burkina en particulier, les gouvernements successifs ont dû réorganiser leur politique, en intégrant la question du genre. La question de la santé se trouve être un enjeu particulièrement important. Les politiques s'appuient sur la mise en place de stratégies sanitaires, de structures et d'équipements sociaux. Le système de santé va être repensé en faveur de la femme et de l'enfant (toujours pensés ensemble). Il intègre des activités de prévention, de soins curatifs, des actions d'information et de sensibilisation d'une part, et de création de maternités et de dispensaires d'autre part (surtout en zone rurale). L'ensemble des actions et des projets vont bénéficier des subventions de l'Etat, de ses partenaires, des organismes internationaux, des Ong et des associations d'aide au développement.

L'offre de soins destinée aux femmes va donc être le reflet des politiques sanitaires qui ont caractérisé la vie du pays, dont nous avons déjà fait état dans les chapitres précédents. Suivant les différentes périodes définies, on peut distinguer les interventions qui ont concerné les femmes.

¹²⁵ Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso, « Situation socio-économique des femmes », Recensement Général de la population et de l'Habitation (RGPH)-2006, Ouagadougou, octobre 2006, p.36

Ainsi, au cours de la période post-coloniale 1960-1978, trois principaux objectifs sont privilégiés, dont celui du développement de services de santé de base pour l'ensemble de la population, qui insiste sur la protection maternelle et infantile. Les activités mises en place sont axées sur la surveillance durant les grossesses, l'éducation sanitaire et nutritionnelle des mères.

De 1979 à 1990, la gravité de la situation sanitaire d'ensemble va conduire à la définition d'une nouvelle politique. Elle donne naissance à la déclaration d'Alma Ata¹²⁶ qui préconise la mise en œuvre d'une politique mondiale de « soins de santé primaires » (I. Gobatto, 1999)¹²⁷. Cette période a été marquée par une relative stabilité politique.

Tout d'abord, avec le Conseil National de la Révolution (CNR), 1983. Ce régime a conduit à une nouvelle ère dans la politique sanitaire du pays. Les femmes vont occuper désormais une grande place dans le discours officiel. Le principal objectif à atteindre est la santé pour tous. Les problèmes de santé des femmes font partie des priorités. Une des actions prioritaires à leur endroit, est la mise en place d'une assistance maternelle. Elle constitue une priorité.

Un coup d'état met fin au régime en 1984. Par la suite, la politique de rectification poursuit les mêmes objectifs que le régime précédent. L'accent est mis sur les activités préventives, les campagnes de vaccination de masse. Une direction de la santé et de la famille est également chargée de la conception, de la planification, des programmes relatifs à la santé des mères et des femmes. Cette direction travaille en lien avec le ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. Elle intervient contre les pratiques de l'excision, les violences faites aux femmes, qui ont un impact indéniable sur la santé des femmes.

A partir de la fin 90, le pays va adhérer à la politique de l'Initiative de Bamako (IB). La politique va privilégier la santé maternelle et infantile. Elle favorise la création de maternités, de dispensaires, et le développement de la médecine préventive. Au même titre des activités de planification familiale vont être intégrées dans tous les centres médicaux (CM).

¹²⁶ Déclaration d'Alma Ata, 1978, P.3, stipule « l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale toute entière au cours des prochaines décennies, doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale ».

¹²⁷ Gobatto, I., 1999, op. cit., p.104

En 1991 la première politique nationale de population a été adoptée (Dabo, 1995 ; Kobiané 1995, Coulibaly et al., 1996)¹²⁸, en faveur du contrôle de la fécondité. De même, la question de la maternité est au centre des préoccupations sanitaires dans les pays en développement comme partout ailleurs dans le monde (Ouédraogo, I.B., 2005)¹²⁹. Des conférences internationales organisées par l’OMS, par la Banque Mondiale et la FNUAP, ont conféré un tournant important à la maternité sans risque (MSR)¹³⁰. La question va désormais faire l’objet d’un programme (2001-2005), dont l’objectif principal est la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle. Ce programme concerne 17 pays en Afrique dont le Burkina. Chaque pays participant a été sommé d’élaborer un plan d’action pour la lutte contre la mortalité maternelle. Au Burkina Faso, et dans d’autres Etats, des politiques et des stratégies sont adoptées, en vue de parvenir aux objectifs issus des conférences (Ministère de la santé, 1998)¹³¹.

Les orientations issues des débats internationaux sur les femmes, ont également conduit le Burkina à souscrire aux conclusions et recommandations pour la promotion des conditions des femmes. Le pays s’est ainsi engagé à mettre en œuvre dix priorités issues des recommandations de Beijing : Interventions en faveur des femmes et de l’enfant (toujours couplés), dont la maternité à moindre risque pour la période 1998-2000 et prévention contre la transmission du sida mère-enfant. L’accent est également mis sur les actions de prévention, les services communautaires de base, les consultations prénatales, les suivis postnataux. Un programme multisectoriel de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles/ VIH/ Sida,

¹²⁸ Drabo, Keffing, 1995, « Politiques démographique en matière de fécondité dans les pays de l’Afrique Subsaharienne francophone », Abidjan, 21p. Communication présentée au Séminaire International Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique, Abidjan, Côte d’Ivoire, 16-19 mai 1995, ENSEA- Orstom ; Kobiané, Silas, 1995, « Transition de la fécondité et planification familiale au Burkina Faso, quelques données et réflexions », Abidjan, 14p. ‘Communication présentée au Séminaire International Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique, Abidjan, Côte d’Ivoire, 16-19 mai 1995, ENSEA- Orstom ; Coulibaly Salif, Dicko Fatoumata, Traoré Seydou Moussa, Sidibé Ousmane, Seromsse Michka, Barrere Bernard, 1996, « Enquête démographique et de santé, Mali 1995 – 1996 » Cellule de la planification et de statistique, ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, Direction nationale de la statistique et de l’informatique, Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA, 375p.

¹²⁹ Ouédraogo, I. B., 2005, «Analyse situationnelle du système de référence au service gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo Burkina Faso», mémoire CES, UFR/SDS, Université de Ouagadougou

¹³⁰ En 1987 une conférence internationale organisée par l’OMS, Banque Mondiale, FNUAP a porté sur la maternité sans risque (Nairobi (Kenya) ; En 1989, lors d’une conférence à Niamey au Niger, il a été reconnu que « un nombre important de femmes meurent misérablement dans de grandes douleurs, faute de services de santé appropriés vers lesquels elles auraient pu être dirigés préventivement ou en urgence », République du Niger (Niamey), 1989, Conférence Régionale sur la Maternité Sans Risque pour l’Afrique Francophone au Sud du Sahara, Rapport final, p.14 (Allocution de Mr Stanislas Adotevi, Directeur Régional de l’Unicef pour L’Afrique).

¹³¹ Ministère de la santé, 1998 (septembre), «Stratégie nationale pour une maternité sans risque, 1998-2000, Burkina Faso ».

a été mis en place pour la période 2001-2005, avec quatre grands axes : renforcement des mesures de prévention de la transmission, qualité de la prise en charge globale des personnes infectées, promotion du partenariat national et international, et coordination sectorielle. Pour chacun de ces axes, les femmes constituent des groupes prioritaires.

Un autre plan d'action, prenant en compte les conclusions de Beijing II, est élaboré pour une période allant de 2003 à 2007. De nombreux acteurs sont sur le terrain et travaillent aux côtés des institutions étatiques pour la prise en charge de la santé des femmes¹³².

Une grande partie des investissements a été consacrée aux structures destinées aux femmes (dispensaires, maternités, ...). Ainsi en 2003, on dénombrait 1147 CSPS (regroupent dispensaires et maternités sur le même site) ; 93 dispensaires seuls ; 28 maternités seules (Atlas du Burkina 2005). Nous avons déjà donné les détails dans un tableau précédent qui permet de visualiser ces évolutions (cf. p.59). Nous le rappelons ici pour relever surtout, l'accroissement considérable du nombre des structures de soins de base, 1373 en 2009 et 73 maternités. Près de 320 centres privés s'occupent également de la santé des mères et des enfants contre 62 en 1997 sont créées.

L'un des objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹³³ fixés en septembre 2000, lors de l'une des plus grandes rencontres des chefs d'Etats membres des Nations Unies, consistait à œuvrer pour une réduction de $\frac{3}{4}$ du taux de mortalité maternelle d'ici l'an 2015. Dans ce contexte comment a évolué la santé des femmes?

3.2.2. Taux de mortalité infantile

La mortalité infantile est un indicateur de l'état sanitaire de la population et surtout un révélateur du statut des femmes et parfois des différences de traitement opérées entre les petites filles et les petits garçons. Au Burkina le taux de mortalité infanto-juvénile est de 184‰ ; celui de la mortalité infantile est de 83‰ et enfin 111‰ pour la mortalité juvénile (EDS 2003)¹³⁴. Les motifs de décès dans les formations sanitaires des enfants de moins de 5 ans sont principalement le paludisme grave, la méningite, l'anémie, la malnutrition, les broncho-pneumonies et les diarrhées. Le tableau ci-dessous permet de visualiser la distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de cinq ans.

¹³² Presse, Sidwaya-Burkina Faso, 2002, article, http://www.santetropicale.com :actualites0702_7.html

¹³³ OMD, 2000, Rapport du projet Objectif du Millénaire, Ouagadougou, Burkina Faso

¹³⁴ Tableau de Bord de la Santé au Burkina Faso, 2004, p. 11

Tableau 7: Distribution des maladies, causes de décès

Maladies	Taux de décès (%)
Paludisme grave	20%
Rougeole	2,8%
Méningite	12,4%
Diarrhée	3,1%
Traumatisme	3%
Asphyxie	5%
Pneumonie	21%
Prématurité	6%
Néonatale	3%
Congénitales	2%
VIH/Sida	1%
Autres	21%

Source : Burkina Faso, Analyse de la situation sanitaire 2010, www.afro.who.int consulter le 28/01 /2013

Comme on peut l'observer sur ce tableau, les données montrent que chez les enfants de moins de 5 ans, les décès sont dus deux fois sur cinq au palu grave, aux pneumonies ainsi qu'à la méningite.

3.2.3. La mortalité maternelle

Le taux de morbidité maternelle est de 5,9% ; celui de la mortalité est 484 pour 100 000 naissances vivantes. Une évaluation du ministère concerné, dix après des actions prises pour améliorer la situation, a montré que le taux de mortalité maternelle est en hausse. Des données récentes publiées par l'OMS et l'UNICEF¹³⁵ vont également dans ce sens ; elles montrent en effet des taux de 930 pour 100 000 naissances vivantes. Et cette mortalité touche essentiellement des jeunes primipares de 15 à 20 ans et les femmes de plus 40 ans. Le tableau ci-dessous nous donne quelques détails au fil des années.

Tableau 8: Décès maternels dans les formations sanitaires.

Années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	424	329	408	473	474	437	678	383	366	336	379	392	378	374	431

Source : DEP/ Ministère de la santé, annuaire statistique de 1990 à 2004

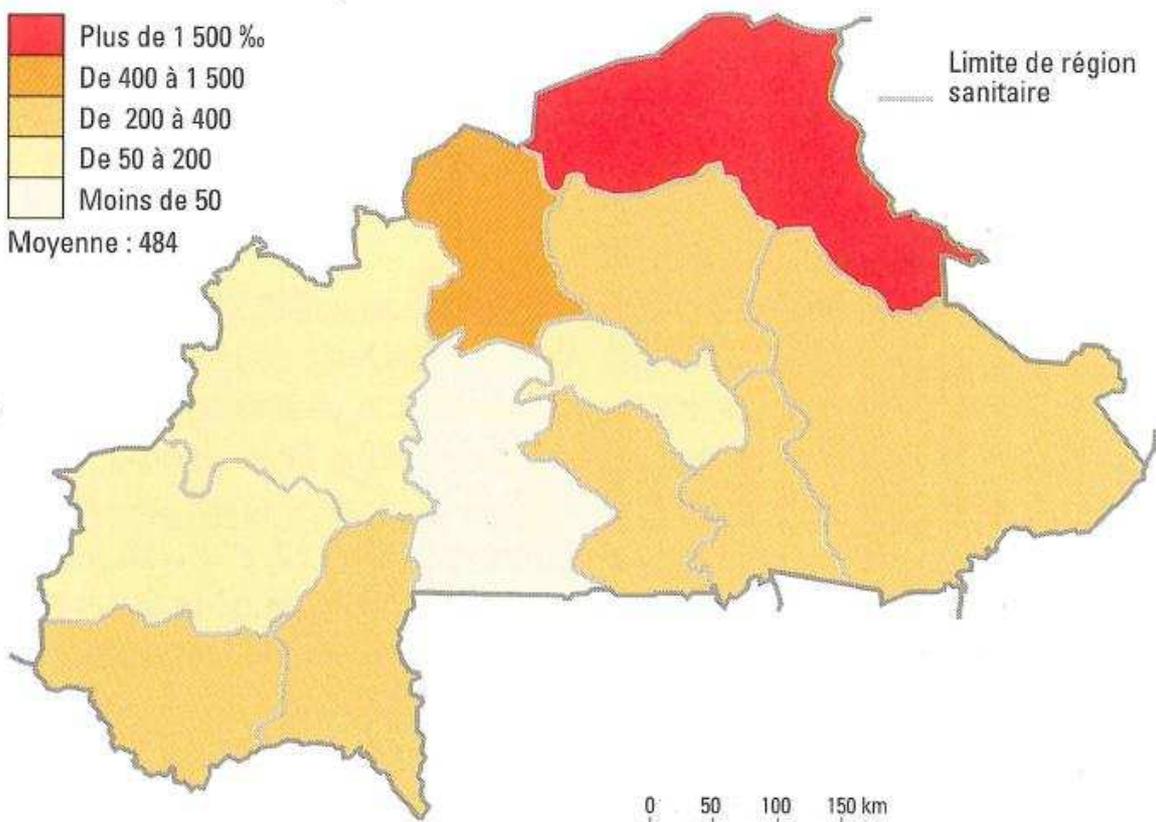
¹³⁵ <http://www.santetropicale.com/resume/114802.pdf> (consulter 01/2012), p.453

Près d'un millier de femmes décèdent dans les formations sanitaires du Burkina. Le tableau montre également que les taux n'ont pas sensiblement évolué au fil des années. D'une manière générale le taux est presque stable malgré l'augmentation des structures de soins de santé. Les principales causes identifiées relèvent des infections (29,2%), hémorragie (11,9%), complications d'avortements (10,2%), rétention placentaire (9,5%), rupture utérine (4,5%), éclampsie (3%), présentation vicieuse (2,7%), disproportion foetopelvienne (1,5%) et autres (27,4%)¹³⁶.

Mais ces résultats ne doivent pas faire oublier les différences sociales et entre les régions. Selon la répartition des taux de décès (DEP, 2004), les régions de l'Est, du Sahel et de la boucle du Mouhoun enregistrent les plus grands nombre de décès maternels, respectivement 100, 64 et 47 par an.

Carte 7 : Répartition des taux de mortalité maternelle par région

Taux de mortalité maternelle dans les structures de soins



Source : Atlas de l'Afrique, op.cit

¹³⁶ DEP/ Santé, Annuaire statistiques 2002 à 2004,

Les principales causes de ces décès sont liées aux infections, aux hémorragies, aux complications d'avortements, à la rétention placentaire, aux ruptures utérines, aux éclampsies, anémie. Les raisons souvent identifiées sont le manque d'accès aux services d'urgence obstétricale, les dystocies, la faible couverture prénatale, le faible niveau d'instruction des mères ainsi que la faible utilisation des structures sanitaires.

A cela s'ajoute la maladie du Sida et les maladies sexuellement transmissibles (IST). En ce qui concerne les ISF et d'après un rapport de la DEP (2005)¹³⁷, il est notifié 50,27 cas d'ISF pour 100 000 habitants dans la population générale en 2002. Ils sont passés à 78,29% en 2006. Les femmes étaient les plus touchées en 2002, 74,33%. Ce taux est passé à 82,25% en 2006.

Le tableau qui va suivre permet de visualiser la situation selon le sexe.

Tableau 9 : Indice des cas d'IST selon le sexe, en 2006

Sexe	Effectif	Population estimée	Indice (%0)
Masculin	19 413	6 613 439	2,9
Féminin	89 853	7 251 225	12,4
Total	109 266	13 944 664	7,8

Source : Bilan général de la mise en œuvre du PNM 2007, décembre 2007

Comme le montre ce tableau l'indice de cas d'IST est plus élevé chez les femmes que les hommes, respectivement 12,4%0 contre 2,9%0. Selon le rapport du Comité National de lutte contre le Sida et les IST (CNSL-IST)¹³⁸, 119 964 cas d'IST ont été notifiés en 2008, soit un indice global de 8,1 pour 1000. Sur ces cas, le taux est de 13,1 pour 1000 chez les femmes et 2,8 pour 1000 chez les hommes en 2008. Et le nombre de cas d'IST est en augmentation chaque année, de 6,8 en 2005, il est à 8,1 en 2007. Certaines IST peuvent avoir des conséquences sanitaires graves sur les malades à savoir la stérilité, les grossesses extra-utérines, des décès prématurés, les maladies chroniques et certains cancers de l'utérus). Les pathologies les plus fréquentes sont la syphilis, la gonococcie, la chlamydie, le trichomonas, le chancre mou. Elles figurent parmi les causes les plus fréquentes de morbidité dans le monde. Dans les pays en voie de développement près de 240 000 femmes meurent chaque

¹³⁷ Ministère de la Santé du Burkina, Annuaire statistique-santé 2006, Direction des Etudes et de la Planification, Ouagadougou, juin 2005, 171pp

¹³⁸ Onusida/PNUD-Burkina Faso, Rapport sur l'estimation des ressources et dépenses de lutte contre les VIH et le Sida en 2008 au Burkina Faso, rapport final CNSL-IST, Ouagadougou, octobre 2009, p. 21

année à la suite de cancer de l'utérus du aux IST. En Afrique la prévalence de la syphilis chez les femmes se situe entre 4 et 15%, (OMS, 2007)¹³⁹.

Outre leur ampleur, les IST constituent une porte d'entrée à l'infection au VIH et à la transmission du Sida. La plupart des infections provoquent des ulcérations et des plaies qui favorisent les contaminations. Au moins 40% des d'infections connues du VIH pourraient s'expliquer par des IST¹⁴⁰. Des études montrent que 35% de porteurs d'IST sont positifs du VIH¹⁴¹.

Les femmes sont aussi particulièrement touchées et sont infectées de manière croissante. En effet, sur 5 144 malades du VIH/Sida connus, 64,3% sont des femmes, (Rapport préliminaire de l'EDSBF, 2003). Et sur cent femmes enceintes six à sept sont infectées par le VIH et deux à trois d'entre elles le transmettront à leur enfant en l'absence de mesures préventives. Les ¾ des femmes atteintes sont âgées de 15 à 40 ans. Selon un document récent de l'INSD (2010)¹⁴² sur 10 hommes infectés, il y a 15 femmes infectées. Le CNSL-IST quant à lui a notifié qu'en 2008 sur 120 000 adultes vivants avec le VIH, 61 000 étaient des femmes. Près de 172 452 femmes sont enceintes sont touchées par le programme de protection de la transmission mère-enfant (PTME) mais seulement 1419 ont bénéficié des services PTME.

Ce que nous pouvons retenir des chiffres relevés sur le Sida est qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui sont infectées par le VIH. Ainsi, la dissémination de la maladie et son impact affectent de manière inégalitaire et disproportionnée les femmes.

Par ailleurs, dans la population féminine de 15 à 20 ans, le pourcentage de femmes excisées est de 63,3%, 74,6% de 20 à 24 ans, 77,9% de 25 à 29 ans. De même il est relevé l'usage du tabac chez 10,3% de femmes de 15 ans et plus.

Malgré une amélioration significative en infrastructures sanitaires, les services de soins semblent loin d'atteindre leur utilisation maximale. En effet, dans l'ensemble, les taux de fréquentation des services de santé est 34%; celui des accouchements assistés à 32% (DEP/santé 2004). La couverture des soins anténatals, au moins quatre visites, est de 18%. Le taux pour les femmes n'effectuant pas de visite prénatale est de 26,2%.

¹³⁹ OMS, Stratégie mondiale de lutte contre les IST 2006-2015-Rompre la chaîne de la transmission. ISBN 978 92 4 25 63474, 2007, 72p.

¹⁴⁰ OMS, op. cit. 2007.

¹⁴¹ Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation du Burkina Faso, Pratiques d'enseignement au VIH/Sida dans les classes, Guide d'expérimentation de l'Education préventive contre les IST/VIH/Sida, p.21

¹⁴² INSD, Enquête démographique et de santé et indicateurs multiples, Rapport préliminaire, Ouagadougou, Burkina Faso, 2010, p. 38

La prévalence contraceptive de 13,7% (INSD/ EDS, 2003) mais l'utilisation de la contraception est de 17% (1/10 femme utilise la contraception en milieu rural). La proportion des besoins insatisfaits en matière de planification familiale est estimée à 28,8%.

Le taux brut de natalité est estimé à 45‰ pour l'ensemble du pays avec 38‰ en milieu urbain et 48‰ en milieu rural. Le nombre moyen d'enfants nés par femme est de 4,6 au niveau urbain et 6,8 en zone rurale. Ce taux est de 4,1 à Ouagadougou (capitale), 4,5 à Bobo (seconde ville importante) et 5,1 dans les autres villes. Ces chiffres sont la résultante de la faible utilisation des méthodes contraceptives. 28,6% de femmes ont déjà utilisé une méthode de contraception et 20% une méthode moderne en 2003 (INSD et ORC. MACRO, 2003).

L'espérance de vie à la naissance en amélioration est évaluée à 54,2 ans (contre 54,1 pour les hommes). Malgré cet indice positif, le taux d'utilisation dans les différents services de santé connaît une variation souvent inégale entre le milieu urbain et rural mais aussi selon le sexe. Inégalités qui jouent plutôt en défaveur des femmes.

Tableau 10: Utilisation des formations sanitaires entre 1997 et 2007, milieu et selon les sexes

Années	1994	1998	2003	2005	2007
Milieu de résidence					
Urbain	12,3	5,2	5,8	9,9	9,3
Rural	5,1	2,5	3,8	6,3	5,6
Sexe					
Masculin	6,5	2,8	4,0	6,8	5,8
Féminin	6,0	5,3	4,4	7	6

Sources : INSD, Enquête prioritaire 1998 ; Enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages, 2003 ; Enquêtes QUIBB entre 2005 et 2007¹⁴³.

Comme nous l'avons déjà souligné dans les chapitres précédents, les données nationales ne manquent pas pour montrer que les taux d'utilisation des services de santé publique sont faibles et encore très loin des objectifs que s'est fixé le ministère concerné, c'est-à-dire augmenter le taux d'utilisation jusqu'à 70%.

Le tableau ci-dessus permet de visualiser les différences d'utilisation entre le milieu urbain et le milieu rural ainsi que selon le genre. Si dans les développements précédents on a pu

¹⁴³ INSD, op., cit

constater une expansion des actions en faveur des femmes et leur espérance de vie plutôt meilleure, on peut aussi observer leur faible utilisation des services de santé. Elle est fluctuante et parfois en baisse, entre 1998 à 2003 (4,4%). Alors qu'elle semblait remonter en 2005 avec un taux estimé à 7%, celui-ci a chuté à 6%, en 2007. Bien que le droit à la santé soit garanti à tous d'une manière générale, la situation des femmes reste préoccupante.

Situation qui nous amène à réitérer la question : comment se fait-il que l'offre de soins de santé, somme toute encore insuffisante, ne rencontre pas une forte demande, alors que les besoins définis à travers les enquêtes nationales sont bien réels ?

En comparaison, la situation est quasiment la même dans les autres pays de la sous région et, au-delà. 90% des décès maternels interviennent dans les pays en développement (PNUD, 2003)¹⁴⁴. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique de l'Ouest. Des estimations de l'OMS (2000)¹⁴⁵ attestent que dans sa vie, une femme vivant en Afrique subsaharienne a une chance sur seize de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement. Le risque pour une femme vivant dans un pays développé est d'une chance sur deux mille huit cents.

Le recours aux soins, parmi les femmes enceintes est de 63% en Afrique contre 97% en Europe, 95% en Amérique du nord, 73% en Amérique Latine et aux Caraïbes et 65% en Asie (OMS, 1998)¹⁴⁶. Parmi les pays concernés par les mortalités maternelles les plus élevées figurent, le Niger, le Tchad, le Mali et le Burkina Faso. C'est dans ces régions d'Afrique subsaharienne que les femmes recourent le moins aux soins obstétricaux existants (Beninguise, 2001)¹⁴⁷. L'une des raisons avancées de ce faible accès, est la discontinuité des soins (Béninguise et Nikiéma, 2005)¹⁴⁸.

Comparés aux pays développés, les indicateurs montrent des évolutions considérables. En effet, dans les pays industrialisés où la couverture obstétricale atteint 100%, celui des pays en développement est d'environ 50% (Rayston, 1990 ; Abou Zahre, 1991)¹⁴⁹. C'est en Afrique que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé, avec une couverture obstétricale de 34%. Il est de 49% en Asie.

¹⁴⁴ PNUD, 2003, op. cit.

¹⁴⁵ OMS, 2000, op. cit.

¹⁴⁶ OMS, 1998, op. cit.

¹⁴⁷ Beninguise, G., op. cit.

¹⁴⁸ Beninguise, G., Nikiéma B. et al. (2005), La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique Centrale et de l'Ouest. Niveaux, schémas et facteurs associés, Projet ARC6 A4F, Montréal (Canada), p.7

¹⁴⁹ Rayston E. et S. Armstrong (1990) La prévention des décès maternels, Genève, OMS :11-27 ; Zahre, A. et al. (1991) Maternal mortality : a Global Factbook, Genève, OMS : 1-56

La situation sanitaire suscite encore des inquiétudes : si on peut avancer que certaines politiques ont permis d'améliorer la couverture sanitaire, et parfois l'efficacité des services dans certaines régions, l'équité dans l'accès aux soins n'est toujours pas atteinte. Malgré les efforts pour augmenter les infrastructures de soins publics et réguler les distances d'accès (pour rapprocher les populations des établissements sanitaires), l'importance du faible accès est désormais un fait chez les femmes.

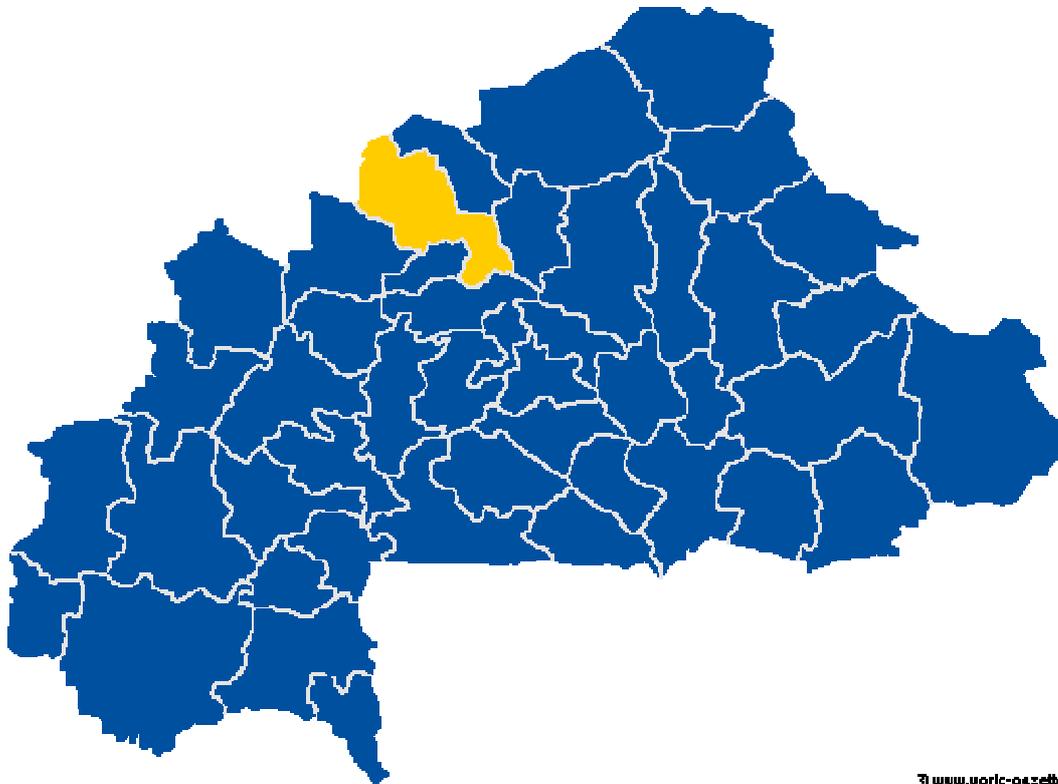
C'est à travers l'exemple du Yatenga et à partir de données locales que nous approfondirons ce bilan global de la santé des femmes ; on ne peut se dispenser d'une analyse plus fine pour essayer de comprendre et d'expliquer les contraintes qui se posent sur l'offre et sur la demande en soins de santé.

4. LE YATENGA, LIEU SPECIFIQUE DE LA RECHERCHE

4.1. Caractéristiques de la province

Cette recherche se focalise sur la province du Yatenga, dans la commune de Ouahigouya et plus précisément sur les femmes que nous observerons lors de leur quête de soins de santé. Plus ou moins directement, de nombreux éléments influencent l'état de santé et le comportement thérapeutique de cette population. Il est donc nécessaire pour nous de décrire le contexte spécifique ce contexte.

Carte 8: Localisation du Yatenga



www.world-gazetteer.com

4.1.1. Histoire

Les Yardsé peuplent la partie nord du Burkina, la province du Yatenga ; ils font partie des mossi. Le Yatenga couvre une superficie de 7103 km² et compte environ 443967 habitants. Royaume avant la colonisation au XVIIIe siècle, il tient son nom de son fondateur (Naaba Yadega). Le chef- lieu de la province est Ouahigouya qui signifierait « venez vous prosterner devant moi » ; le roi montrait ainsi clairement la soumission qu'il attendait de ses sujets.

Le territoire s'étendait depuis la frontière du Mali jusqu'à la province du Passoré (Yako) et englobait l'actuelle province du Bam et une partie de la province du Sanmatenga (Kaya).

En 1895, il fut placé sous tutelle française. En 1902, le royaume a été intégré au territoire Sénégalie – Niger, puis en 1904 au territoire du Haut-Sénégal -Niger. La même année le cercle de Ouahigouya fut créé. L'administration française a tracé les limites du Yatenga en englobant la totalité des commandements villageois qui relevaient du Yatenga Naaba.

Avec le démembrement de la colonie de Haute -volta en 1932, le Yatenga fut rattaché à la colonie du Soudan-français. Cette région a connu des départs, des arrivées, des brassages et des interférences de cultures. En 1984, le Yatenga comptait 19 départements, le 24 avril 1996, une session de l'Assemblée Nationale de la 4^{ème} république a voté des lois portant création et modification des limites territoriales de provinces. Aujourd'hui, cette province compte 13 départements, 4 communes et 406 villages avec les nouvelles lois de l'Assemblée Nationale du 24 Avril 1996 (loi n° 09 ADP / portant création de 15 nouvelles provinces). La région du Yatenga compte 4 districts sanitaires dont Djibo (Soum), Titao (Loroum), Ouahigouya (Zandoma et Yatenga) et Séguénéga qui englobe le reste de la province du Yatenga.

Le Yatenga connaît une grande influence de l'islam, qui représente 95,4% de la population, suivi des animistes 2,7, des chrétiens 1,9% (source : INSD / Enquête démographique 1991).

La population est très jeune, 48,63% de la population avait moins de 15 ans en 1996. Quant au rapport sexe, les femmes représentent, pour la même année, 53,16% de la population. L'âge moyen du mariage est de 18,7 ans pour les femmes et 28,9 ans pour les hommes. Le taux de natalité est de 45,7‰. La taille moyenne des ménages est de 6,72 (source INSD, décembre 1999). Le taux de fécondité 213,8‰ en 1996.

En termes d'éducation, on distingue l'enseignement primaire, secondaire et l'alphabétisation. On estime que l'offre d'éducation reste en deçà de la demande. Le taux de scolarisation est estimé à 48,94% en 2001 selon la Direction de l'Enseignement du Yatenga. Ce taux cache une disparité entre les sexes et entre les départements. En 2000 -2001 par exemple, s'agissant du taux de scolarisation global, il était de 66,90% pour les garçons, contre 33,10% pour les filles. Le taux d'abandon est toutefois en baisse, et passe de 14,65% en 1997 contre 11,23% en 1999.

Le Yatenga se trouve classé parmi l'une des six provinces, les plus pauvres (ministère de l'économie et du développement, 2004).L'économie de la province est basée sur des activités agropastorales fortement tributaires des conditions naturelles peu favorables. Les activités qui

procurent le plus de revenus sont les cultures maraîchères, l'élevage et le commerce. Les migrations constituent, d'une manière générale, un aspect important de la démographie pour le Yatenga qui est une région répulsive.

Le climat est continental sec soudano- sahélien; caractérisée par :

- une saison sèche, de novembre à avril comportant une période froide de novembre à février, avec des vents de direction nord-sud (l'harmattan) et sud -ouest.
- une saison pluvieuse de mai à octobre, qui varie d'une année à l'autre. Les amplitudes thermiques sont également variables : 45°C en avril pour les maximales et 15°C en février pour les minimales.

Les précipitations pluviométriques sont peu abondantes et irrégulières, avec des interruptions brusques autour de juin-juillet. Le réseau hydrographique se limite aux retenues d'eau et barrages réalisés dans la province.

La région est donc exposée à des sécheresses répétées, principales raisons qui orientent les populations vers des activités commerciales. Le Yatenga est connu pour sa tradition commerciale. Il possède un réseau commercial dense et dynamique, qui va au -delà de ses frontières nationales.

Au cours de l'histoire de cette province, les souverains moose ont permis aux Yarsés de s'implanter dans leur royaume, situé dans la zone intermédiaire, entre le sahel au nord et la forêt au sud, c'est-à-dire le Yatenga, qui rappelle le, fait partie de l'ensemble moose. Les Yarse sont des « étrangers » musulmans venus de Mandé / Mecque, qui s'installent en tant que commerçants musulmans ou marabouts.

Les Mossé ont eu besoin de participer au trafic commercial pour s'ouvrir au monde extérieur. Les Yarsé se sont trouvés au bon endroit au bon moment. Mais très tôt les souverains ont perçu le danger qu'ils encourraient, à dépendre d'étrangers.

Dès lors, ces éléments « étrangers » serviront de modèle à la société autochtone pour former ses propres marchands. Ils se convertissent à l'islam et se livrent aux activités commerciales. Ils deviennent Yarsé. Le processus d'intégration des Yarsé est accéléré par l'ouverture de leur communauté. Jusqu'au XVIIIe siècle on assiste à un important phénomène d'intégration. Des études de M. Izard (1985)¹⁵⁰ sur le Yatenga, 1980, montrent les différents changements

¹⁵⁰ Izard, M., 1985, « Le Yatenga précolonial », éd. Karthala

d'identité lignagère effectués au profit des groupes Yarsé. Le principal mobile est l'activité commerciale. Ceci expliquerait également le développement de l'activité, et son importance dans la région.

Le Yatenga compte des groupes ethniques autochtones comme les Dagomse, Kurumba, Peulh, Manacé, Yarsé, etc., annexé par les souverains Mossés.

Les distinctions telles que, les autochtones, les gens de pouvoir, des gens de la terre ainsi que les forgerons, sont employées pour rendre compte des différenciations internes parmi les populations. Il n'y a pas de distinction entre les gens de pouvoir et les gens de la terre, d'un point de vue du pouvoir moose, à l'exception des forgerons.

Le Yatenga est l'une des régions où l'on observe un grand développement du système des castes telles que celle des forgerons. Ceux-ci étaient déjà présents au 18^e siècle, à l'arrivée des princes fondateurs. Ils furent persécutés. Certains ont été réduits en esclavage, d'autres soumis à des mesures discriminatoires. Beaucoup ont dû fuir. Leurs descendants aujourd'hui, exercent une grande influence dans des centres importants de la région.

On peut également, citer les Zorom. Selon une source orale, ce nom viendrait d'un terme péjoratif qui désigne un étranger ou un gourmand. Ils seraient co-fondateurs de Ouahigouya, le chef lieu aujourd'hui de la province du Yatenga.

Nous sommes en présence d'une société à pouvoir centralisé avec une organisation sociale très hiérarchisée, en « gens du pouvoir » constituant une sorte de noblesse, tenants du pouvoir politique traditionnel, les chefs de terre, tenants des droits sur la terre, ce sont les autochtones, enfin les pauvres, les esclaves.

L'identité d'un groupe est donnée par ses membres. Elle situe un moment de l'histoire. Elle procède d'une identité antérieure qui renvoie à une identité encore plus ancienne. Cependant, il est enregistré des changements lignagères. Selon l'étude de Michel Izard¹⁵¹, p.79, on dénombre 125 cas explicites. Il y a par exemple un premier type, de « gens du pouvoir » à « forgerons », qui est un changement de statut fonctionnel, le statut ethnique restant invariant. Un deuxième type, « gens de la terre » à « forgerons » (changement de statut fonctionnel également), enfin un troisième type, « gens du pouvoir » à « gens de la terre », également changement de statut fonctionnel.

¹⁵¹ Izard, M., 1985, op.cit. p.79

Ces mutations n'admettent pas la réciprocité. Le système politique des Moose met en œuvre des procédures de desquamation du groupe des « gens du pouvoir », dont des éléments sont sans cesse expulsés du centre (lignage royal) vers la périphérie, par déperdition de pouvoir.

Dans les cas rencontrés de mutations concernant les gens du pouvoir, ce ne sont jamais des membres du lignage royal qui deviennent gens de terre ou forgerons mais ceux situés généalogiquement au plus loin par rapport à la dynastie royale. L'opération qui transforme des membres, « gens du pouvoir », en « forgerons », ressemble dans le contexte spécifique du Yatenga à une marginalisation radicale. En d'autres termes, on peut dire que quoiqu'il en soit de la sacralité des forgerons, ceux-ci ont une position sociale inférieure.

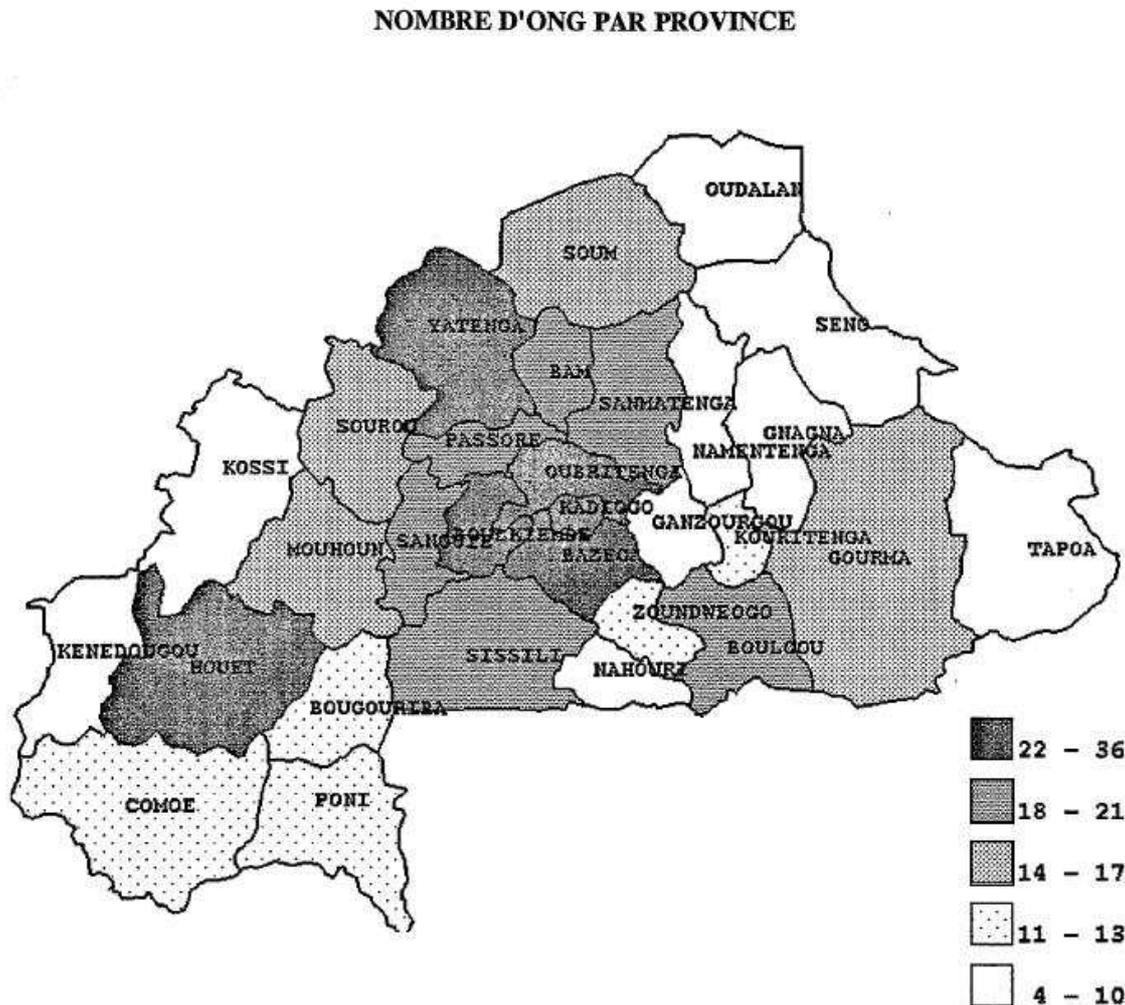
Pour la mutation « gens de la terre » à « forgerons », il existerait une réciprocité. Mais cette réciprocité n'est pas interprétée de la même manière. En effet, chez les « gens de la terre » comme chez les « gens du pouvoir », le fait de devenir forgerons procède d'une véritable malédiction. Or le propre des groupes, comme celui des forgerons est d'être clos sur eux-mêmes, du fait de l'endogamie qui leur est imposée de l'extérieur. Il est plus facile d'y entrer que d'en sortir malgré le peu d'attrait de ce changement de statut.

Aujourd'hui la caste est devenue un système de ségrégation qui infériorise les forgerons. On justifie l'endogamie des forgerons en disant que tous les membres d'une caste qui ont des relations avec eux, les femmes notamment, auront la peau brûlée à leur mort. Selon O. Dieudonné¹⁵², la dépréciation des forgerons est un phénomène récent, lié à leur perte d'influence qui est provoquée par l'apparition, sur le marché, de fer importé. Ils ont ainsi perdu la maîtrise des moyens de production, et leur rôle économique s'est considérablement amoindri. En Afrique en général, les seules activités vraiment nobles sont l'agriculture et l'élevage. Aujourd'hui, par conséquent, une fille « noble », ne saurait épouser un forgeron.

Le Yatenga est une région très défavorisée par la nature. La sécheresse, la désertification et la malnutrition des populations, sont les raisons principales qui incitent un grand nombre d'ONG et d'associations à s'y investir.

¹⁵² Ouédraogo, Dieudonné, (1974), «Réflexion sur les forgerons du Yatenga », p.10

Carte 9 : Carte de densité des partenaires au développement et ONG



Source : Piveteau A, « Ong et Développement au Burkina Faso. Présence majeure et effets mineurs », Centre ORSTOM de Ouagadougou, Document n°6, Juin 1994, p.11

La société Yadega, est une société dynamique, caractérisée par une importante mobilité sociale, qui bouscule les normes sociales traditionnelles.

Quand bien même les Yadesé font partie des Mossi, il apparaît une différence dans la structure des deux groupes. Il semble que les Mossi du nord (Yadesé) ont une tendance à organiser un pouvoir très centralisé et guerrier « le royaume du nord s'est construit sur un modèle plus centralisé, et sans doute selon un ordre plus militaire, en raison de la proximité d'un islam agressif prêchant son idéologie conquérant à des royaumes dont la pression

s'exerçait fortement aux frontières ». ¹⁵³ Il est peu enclin au développement de pouvoirs régionaux. La domination des sous -groupes sociaux est la résultante de cette organisation.

Les Mossi forment l'un des groupes les plus structurés. Ils ont une mentalité respectueuse de l'autorité, « *aimant s'effacer devant leurs chefs en présence desquels ils adoptent des attitudes humbles, même humiliantes, face contre terre, obéissant toujours, exécutant tout ordre dès qu'il émane d'une autorité supérieure.* » (Balima, A.). ¹⁵⁴

4.1.2. L'organisation sociale

L'organisation sociale se caractérise en trois grands points : une organisation sociale hiérarchique rigoureuse et qui cherche la stabilité, une croyance à l'inégalité innée entre les humains, indispensable à la cohésion sociale, et l'importance de la solidarité sociale (même si celle-ci commence à s'effriter).

Contrairement à l'ensemble des Mossi, il est intéressant de souligner la distinction faite dans la structuration entre les Yadesé (au nord) et les autres Mossi (au sud). Il apparaît que l'organisation sociale se reproduit dans celui des villages, mais celle du nord est construite sur un modèle plus centralisé (Savonnet-Guyot, 1986) ¹⁵⁵. Cependant, l'auteur attire l'attention sur la tendance à une vision féodale de cette société. Toutefois, elle insiste sur la spécificité de ce groupe peu enclin à laisser se développer des pouvoirs annexes et / ou régionaux.

Dans cette société la croyance à l'inégalité intrinsèque des rapports entre les membres de la société est réelle et constitutive de l'ordre social. Ainsi pour A. Badini (1994 : 110) ¹⁵⁶ « le régime d'inégalité intrinsèque entre les hommes, comme fondement de l'autorité des instances supérieures sur les éléments inférieurs, est un des éléments majeurs de la croyance moaga (population d'étude) ». On croit ici, comme chez beaucoup d'autres peuples, qu'une inégalité est nécessaire à la vie sociale. A côté du fait que « *même les doigts d'une main, n'ont pas la même longueur* ». Les Mossi affirment que *silgra riti wili gyèse singa pinda* ¹⁵⁷. Il

¹⁵³ Savonnet-Guyot, C., 1986, « Etat et société au Burkina : essai sur le politique africain », éd. Karthala, Paris, p. 110

¹⁵⁴ Balima A, cité par Ridde, V., op., cit. p. 142, citant un rapport du PNUD, 2000, p.136.

¹⁵⁵ Savonnet-Guyot, 1986, op. cit.

¹⁵⁶ Badini, A., 1994, « Naître et grandir chez les Moosé traditionnels », Paris- Ouagadougou, SEPIA - ADDB

¹⁵⁷ Ce qui signifie "L'épervier mange pendant que la branche sur laquelle il s'est posé le regarde sans avoir à partager ce repas ; cela existe depuis longtemps.

existe de nombreux adages ou dictons qui reconnaissent, affirment les inégalités physiques, morales, inégalités de statut, de sexe, matérielles, individuelles des hommes : Rogdo bela yibu pa fugd tabu yé¹⁵⁸.

F. Pacere (1999)¹⁵⁹ va plus loin, affirmant que l'organisation Mossi dénote d'une rigueur totale. Toutefois il va souligner également que l'équilibre du Mogho (pays mossi), demeure fragile. L'organisation mossi a certes évolué ces dernières années, mais elle reste très ancrée dans son histoire, dont la « *structure sociale et politique particulièrement cohérente est capable de résister aux tentatives de déstabilisations extérieures* » (Laurent, 1995 : 22)¹⁶⁰. Pour l'auteur, si certains régimes (tels que la colonisation, révolution, ..) ont contribué à assouplir l'emprise des chefs mossi sur la population et l'état coutumier, la fin de cette période a provoqué un retour en arrière (p. 24).

On peut dire que le système de valeurs repose sur le fait que les individus de la société, et partant les membres de la famille, ne sont pas égaux par nature. L'inégalité entre les personnes a un caractère inné ou divin. La présence divine est souvent invoquée pour expliquer l'origine des inégalités (Savonnet-Guyot, 1986)¹⁶¹. Par conséquent, il est délicat de vouloir aller à l'encontre de cet état de fait.

Les inégalités sont souvent perçues comme une volonté d'entraide, faisant que les plus forts (puissants) viennent en aide aux plus faibles. La recherche de la stabilité à travers un consensus incite les individus à ne pas passer outre.

Le système organisationnel de la société montre des relations hiérarchiques très présentes, tant sur le plan politique que social.

4.1.2.1. Le système de parenté

Les différents groupes sociaux qui existent dans le Yatenga sont des sociétés lignagères. Les différents segments de lignage sociaux des Moose présentent un même système lignager (patrilinéaire), un même système matrimonial, et un système de parenté quasi identique.

Le lignage désigne tout groupe social de descendance dont les membres ne peuvent contracter de mariage entre eux. Le lignage est un être social, qui a son histoire et sa spatialité, il est le

¹⁵⁸ Traduction : deux marmites de même taille et grosseur égale ne peuvent se servir de couvercle l'une l'autre ; ce qui suppose qu'il faut une plus petite que l'autre pour en servir de couvercle.

¹⁵⁹ Paceré F. (1993 : 93) par Kagambèga M. op. cit

¹⁶⁰ Laurent, P-J., 1995, «Les pouvoirs politiques locaux et la décentralisation au Burkina Faso », Louvain-La-Neuve, Paris, Academia, l'Harmattan

¹⁶¹ Savonnet-Guyot, C., 1986, op.cit., p.227

fondateur. Les membres du même lignage portent le même nom-devise qui les distingue des autres unités segmentaires.

Le lignage n'est pas uni-local. D'autres unités, plus restreintes, procèdent de clivages internes au quartier. Chacune de ces unités a son propre doyen. Dans la majorité des cas, la chefferie de quartier se transmet suivant la filière collatérale (au profit du plus ancien des frères cadets), bien que des ayants-droit au patrimoine, soient les enfants en ligne directe. Le groupe Moose repose sur une organisation lignagère en nombreuses ramifications locales.

Les mariages existent sous trois formes principales : le mariage par consentement mutuel, le mariage arrangé, et le lévirat ou l'héritage des veuves. Dans le deuxième et le troisième cas, tout refus de la part de la fille ou la veuve est considéré comme une désobéissance et peut entraîner un rejet des sujets par leur famille.

Par ailleurs, le mariage entre les Mossi (autochtones) et forgerons, reste peu toléré à cause des principes coutumiers. L'épouse reste une personne étrangère du groupe du mari alors que l'enfant est la propriété de ce dernier (Taverne 1999).¹⁶²

Aux yeux des Mossi, la femme a toujours été considérée comme complémentaire de l'homme. La position sociale de la femme, (subordonnée, inférieure), fait que malgré l'importance de son rôle dans la reproduction, elle n'intervient pas comme élément de l'organisation sociale. Elle s'efface derrière l'homme, qui est, soit son père, soit son frère ou son mari. Bien que dans la société moderne ces droits coutumiers soient remis en cause et que l'identité collective soit en mutation, en raison de nombreuses influences extérieures (Laurent 1998), il n'en demeure pas moins que ces droits restent les fondements de la société Mossi.

L'une des valeurs principales dans la société est l'appartenance au groupe social et / ou familial. L'individu ne peut se concevoir en dehors de celui-ci. Chez les Mossi, le don est à l'origine de la création des liens sociaux, permettant ainsi l'existence d'une communauté, d'un "*être ensemble* » comme dirait Laurent (1998)¹⁶³. De ce fait il existe une forme de solidarité pour les membres du groupe. Elle est la forme de protection sociale pratiquement inexistante dans le système public burkinabè.

¹⁶² Taverne Bernard (1999), « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : Lévirat et sida au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 14(2), p. 87-105

¹⁶³ Laurent, P.-J., « Une association de développement en pays mossi, le don comme ruse », Karthala, Paris, 1998, p. 235

4.1.2.2. La solidarité chez les Mossi

La solidarité est un élément essentiel des liens sociaux. Elle se manifeste par des comportements de coopération réciproque entre les membres d'un groupe ou de soutien à un membre. Au Mali, Vuarin (1993)¹⁶⁴ a noté que la solidarité est inexistante pour les personnes qui ne sont pas intégrées à un groupe ou qui y sont étrangères. De même, un ouvrage sur l'Afrique des individus (Marie, 1997)¹⁶⁵, précise que l'éthique de la solidarité est plus que jamais présente dans cette période de crise et ceci pour trois raisons : elle demeure la seule forme de sécurité sociale accessible, elle doit perdurer au nom d'investissements anciens, car personne n'est à l'abri d'une dégradation de sa propre situation enfin, elle reste un principe incorporé dans les habitus de la société.

Au Burkina, à l'instar de nombreux autres pays d'Afrique, la solidarité est reconnue pour le maintien des liens sociaux dans les communautés qui la composent. La croyance à l'inégalité intrinsèque des relations entre les membres de la société et notamment entre les hommes et les femmes constitue la base de la vie sociale. La solidarité se décline sous diverses formes allant du don, à l'entraide entre les individus d'un groupe. Le don est un facteur de création de lien entre les membres d'une société. Il est générateur de « l'entre-soi » (Laurent, 1998). Il illustre un phénomène de protection (voire de dépendance) des personnes, et participe en ce sens, à la cohésion sociale. Dans un pays comme le Burkina où il n'existe pas de sécurité sociale pour tous ou d'assurance maladie, la solidarité reste la seule forme accessible.

Toutefois des recherches montrent des changements sociaux. La cohésion sociale disparaissant au fur et à mesure de l'affaiblissement des principes d'autorité, entraînerait des dégradations des formes de solidarités traditionnelles (Kohler, 1971, tel que cité par Ridde, 2007, p. 143).

Certains auteurs parlent d'éclatement de la notion de grandes familles. C'est le cas de Hannequin (1990)¹⁶⁶, lorsqu'il réalise une étude dans un village Mossi. En somme, pour l'auteur, les valeurs traditionnelles sont plus présentes dans les esprits que dans les faits.

Pourtant, selon Laurent (1996), « l'entre-soi » ou « l'être ensemble » reste plus intense dans le groupe Mossi que partout ailleurs. Il reposerait sur l'invention de nouvelles règles de vie

¹⁶⁴ Vuarin, R., 1993, Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie ? Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales. J. Brunet-Jailly, Paris, France, Karthala-ORSTOM : 299 - 316

¹⁶⁵ Marie A., L'Afrique des individus, Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris, 1997, Karthala

¹⁶⁶ Hannequin, B. « Etat, patriarcat et développement : le cas d'un village mossi du Burkina Faso » in *Canadian Journal of African Studies*, 24 (1) ; 37 – 49.

commune et sur la valorisation des échanges oblatifs qui créent des liens entre individus (p. 92). Au nom d'une considération ancienne qui veut que personne ne soit à l'abri d'une dégradation de sa propre situation, la solidarité reste un principe gravé dans les esprits et pousse les individus à maintenir les liens sociaux.

Chez les Mossi, le sociologue Bernard Ouédraogo (1990)¹⁶⁷ a consacré un ouvrage sur l'entraide. Il explique comment la colonisation a entamé la destruction traditionnelle et créé de nouvelles classes sociales, mais il montre également la persistance des associations traditionnelles qui cherchent à maintenir des rapports égalitaires et une solidarité sociale.

Ceci nous laisse à penser que dans la société Mossi en général, et chez les Yadesé en particulier, la solidarité est une valeur encore présente, tout au moins dans les mentalités.

4.1.2.3. L'ethnie en question, un groupe spécifique

La variable ethnique s'avère importante à prendre en compte, dans la mesure où l'on a déjà fait observer que les rapports de genre peuvent différer d'une ethnie à une autre. L'un des objectifs de notre recherche, est de mettre en évidence des pratiques propres à un groupe par rapport à son mode de vie, aux règles et valeurs qui le régissent.

Les Yaadesé font partie de l'ethnie Mossi. Les Mossi sont un groupe où les rapports sociaux sont très inégalitaires. C'est un groupe social fortement hiérarchisé, au sein duquel les rapports sociaux de sexes, très discriminatoires envers les femmes, ont été souvent relevés dans de nombreux travaux, (Kobiané, 2007 : 228)¹⁶⁸.

Pourtant, nous leur trouvons des spécificités par rapport à ce groupe. L'« ethnie » est surtout l'objet des ethnologues et des historiens, qui ne peuvent éviter de rencontrer cette question lorsqu'ils étudient les peuplements, les traditions orales, les formations étatiques, les cultures, les idéologies, ou encore les réseaux économiques. Chaque fois, on est confronté à des classements ethniques qui semblent s'imposer, comme le cadre même des recherches à entreprendre. Le mot français « ethnie » n'a été employé que depuis le début de ce siècle à l'occasion de débats sur la façon de qualifier des communautés culturelles sans les réduire à la vision biologique véhiculée par le terme de race, ou de simple regroupement linguistique.

¹⁶⁷ Ouédraogo, B.L., *Entraide villageoise et développement. Groupement paysans au Burkina Faso*. Paris, 1990, L'Harmattan

¹⁶⁸ Kobiané, F., (2007), *Ethnies, genre et scolarisation au Burkina Faso*, *In Genre et Sociétés en Afrique*, Ined, pp. 220-259 : 228

La définition des identités ethniques pose de délicats problèmes d'interprétation des sources, et de remise en cause des listes toutes faites. On assiste alors, dans certains cas, à une véritable « déconstruction » des critères linguistiques, culturels, spatiaux, généalogiques et historiques habituellement admis pour parler d'ethnies (*s.dir.* J-P Chrétien, Gérard Prunier, 1989 :6)¹⁶⁹.

La rigidité des classifications livrées par les ethnologues des sociétés dites traditionnelles est remise en question. Les débats portent sur les racines des identifications des ethnies dans l'Afrique précoloniale, les regroupements socio- culturels.

C'est le propos que tient Assimi Koanda (1989)¹⁷⁰ sur les Yarsé qui se sont intégrés aux Mossi au XVI^e siècle. Selon lui, ce groupe ne se distingue de l'autre que par la religion.

Les souverains Mossi avaient permis aux Yarsés de s'installer dans leur royaume pour des raisons économiques (commerciales). Les Yarsés étaient nécessaires à leur projet parce que commerçants avertis. Et dans la mesure où ils ne remettaient pas en cause l'ordre social, ils étaient associés à la vie du pays hôte. Les mariages entre les Mossi (non musulmans) et Yarsé (musulmans) étaient acceptés de part et d'autre.

L'apparition des Yarsé s'est faite entre le XIX^e et le XX^e siècle, lorsque le royaume mossi a perdu son indépendance à la suite des conquêtes coloniales françaises. Quand l'administration coloniale s'est installée, elle a constaté la présence d'une minorité musulmane parlant la langue Moore. Elle en fit un groupe ethnique. Pour Assimi Koanda, il n'en est pas un, parce qu'il n'y a pas de fondement pour que les Yarsés forment une ethnie.

Le Yatenga était un ancien royaume du Burkina, « pays de Yadega ». L'histoire du Yatenga comme Etat indépendant s'achèvera en 1895 avec la signature par le Yatenga Naaba Baogo (roi) d'un traité plaçant son royaume sous protectorat de la France (Michel Izard, 1985).

Le Yatenga fut fondé par Naaba Yadega, un prince du royaume de Wagodogo (Ouagadougou). En 1904, il fut intégré au territoire Sénégal-Niger. Avec le démembrement de la Haute -Volta (Burkina Faso), il fut rattaché au Soudan français.

¹⁶⁹ Jean Pierre Chrétien et Gérard Prunier (*s.dir.*) « Les ethnies ont une histoire », 1989, éd. Karthala/ ACCT

¹⁷⁰ Koanda Assimi, 1989, « La religion musulmane : facteur d'intégration ou d'identification ethnique : le cas des Yarsé au Burkina Faso », in (*dir.*) J-P. Chrétien et G. Prunier, Les ethnies ont une histoire Karthala-ACCT, 1989. p. 125-157)

La province actuelle du Yatenga, où se situe mon terrain d'étude, tire son nom de l'ancien royaume Mossi. C'est une société au pouvoir politique centralisé avec une organisation sociale propre, très hiérarchisée (monographie du Yatenga, 2006)¹⁷¹. Ce qui me permet de le désigner comme un peuple à part, un groupe autonome au sens de S. F. Nadel (1971 :45)¹⁷², pour qui une ethnie ou tribu est un groupe unitaire dont les membres revendiquent leur appartenance à un tel groupement. Ce propos se trouve renforcé par P. Mercier (1968 : 421) qui offre également une définition proche de celle de Nadel, dans son étude sur l'ethnie Somba, où il parle de « *la coïncidence d'un groupe, quelque hétérogène qu'il soit, mais ayant réalisé au moins l'unité linguistique avec un espace.* »¹⁷³.

Il poursuit en disant, « *l'ethnie comme n'importe lequel de ses composants n'est qu'un segment sociogéographique d'un ensemble plus vaste, et il ne faut pas l'envisager isolément* » mais « *... la replacer dans l'ensemble d'un paysage ethnique régional envisagé dans une perspective historique* » (1968, 73-76).

Cette précision n'est pas contradictoire avec les historiens qui s'accordent à rattacher les Yadesé à l'ethnie Mossi, G. Nicolas (1973 : 104). En effet, ce dernier pense que l'univers ethnique est constitué d'une mosaïque de lignages et que « *une ethnie peut correspondre à une ou plusieurs tribus ou nations, comme une culture ou une civilisation* ». Pour lui « *une ethnie n'est ni une culture ni une société, mais un composé spécifique, en équilibre plus ou moins instable, de culturel et de social* » (1973 :107).

Sans rentrer dans les polémiques, la complexité et le flou qui caractérisent le cadre ethnique, je me tiendrai au fait que les Yadesé ont un territoire, une tradition de descendance, une culture et un nom commun culturel. Les anthropologues sont d'accord sur les critères au moyen desquels une tribu, en tant que système d'organisation sociale, peut être décrite : un territoire commun, une tradition de descendance commune, un langage commun, une culture commune et un nom commun. Tous ces critères formant la base de l'union de groupes, tels que les villages, les lignages, etc. (J. Honigmann, 1999)¹⁷⁴.

¹⁷¹ Monographie du Yatenga, 2006, op. cit.

¹⁷² S.F. Nadel, Byzance noire, 1971, cité in « Au cœur de l'ethnie : Ethnies, tribalisme et état en Afrique », s. dir. Jean-Loup Amselle et al., éd. La Découverte / Poche, 1999, p.16

¹⁷³ P. Mercier, 1968 « monographie sur les Somba du Bénin », cité in « Au cœur de l'ethnie : Ethnies, tribalisme et état en Afrique », (s. dir.) Jean-Loup Amselle et al., éd. La Découverte / Poche, 1999, p.17

¹⁷⁴ J. Honigmann, article in A. Dictionary of the social Sciences, 1964, p. 729, cite par M. Godelier (1973, 102), cite in « Au cœur de l'ethnie : Ethnies, tribalisme et état en Afrique », (s. dir.) Jean-Loup Amselle et al., éd. La Découverte / Poche, 1999, p.17

Par ailleurs, les Yadesé entretiennent une relation de parenté avec les Gurmantché (à l'Est du Burkina) qui n'existe pas avec l'ethnie Mossi dont ils semblent faire partie. Un lien qui pourtant me sera utile sur le terrain. Des sociologues ont observé que cette forme de relation est très développée au Burkina. Elle va constituer pour moi un angle d'entrée que j'aborderai par la suite dans le cadre méthodologique.

Ces critères permettront de définir et de considérer la société Yadega comme un groupe spécifique. Ils suivent les résultats de la remarquable étude de Jean Bazin intitulée « *A chacun son Bambara* » selon laquelle les découpages taxinomiques en ethnies et en langues « relèvent d'un plus coup de force que du savoir » et ne désignent finalement « aucun ensemble objectivement déterminable ». Dans ces conditions, l'objectif n'est pas de décrire en vase clos l'ethnie Yadesé mais de saisir la dynamique et les éléments qui animent cet agrégat historique.

4.1.2.4. Les femmes Yadesé

Le rapport hommes/ femmes indique que les femmes représentent 53,16% de la population (INSD, 1999)¹⁷⁵. Dans une étude récente sur les inégalités scolaires filles/garçons, F. Kobiané (2007)¹⁷⁶ a fait un essai de classification des groupes ethniques au Burkina, selon leurs spécificités dans les rapports de genre. D'après l'auteur, chez les Mossi (dont font partie les Yadesé), la femme n'a pas de pouvoir de décision évident, même si elle peut avoir des ressources propres. Les rapports sociaux entre les genres sont le résultat de la division des pratiques selon les distinctions basées sur l'opposition féminin/masculin. C'est ce qu'explique D. Bonnet (1995)¹⁷⁷ dans article consacré à la femme burkinabè (notamment Mossi). L'auteur précise que même si la situation de la femme semble évoluer, parce qu'elle n'est plus perçue dans un rôle figé, il apparaît toujours vrai qu'au premier chef, sa place sociale, surtout en zone rurale, dépend de sa capacité à procréer.

Ainsi, chez les Mossi, la femme qui assure une descendance au groupe de son mari reçoit des petites filles comme aides ménagères et intervient dans le choix des alliances matrimoniales de la famille de son mari ; après sa mort, elle est susceptible de transmettre une parcelle de son énergie vitale à un de ses petits-enfants. D'étrangère dans la famille, elle acquiert le statut

¹⁷⁵ Monographie du Yatenga, op. cit., 2006, p. 20

¹⁷⁶ T. Locoh, 2007, (*s.dir.*), « Genre et sociétés en Afrique, implications pour le développement », Ined, Paris

¹⁷⁷ Bonnet Doris, « Etre femme au Burkina Faso : de la construction du « Genre » en pays mossi » in « Place des Femmes : Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des Sciences sociales », EPHESIA, éd. La Découverte, Paris, 1995, p.286 - 289

de parente. Celle, en revanche, qui ne connaît qu'avortements spontanés ou stérilité, peut se voir accusée de sorcellerie et chassée du village.

On peut dire que la valeur de la femme de même que son statut dépendent encore de sa fécondité, de son esprit de coopération et de sa force de travail. Sa place sociale tient de prime abord à ses capacités à assumer les rôles que lui assigne la société.

Ces propos ne semblent pas si éloignés de ceux de Sœur Marie-André du Sacré Cœur (1939 :27), pour qui « la femme mossi, en dépit de certaines libertés très limitées que lui laisse la coutume, est restée depuis des siècles dans un état de déchéance qui répugne à la dignité naturelle de la personne humaine ». Ce propos, très daté et quelque peu excessif, fait pourtant écho à certaines pratiques encore persistantes du statut de la femme mossi. Ces pratiques ont pu être observées par d'autres travaux plus récents. En effet, M. E. Gruénais (1985 : 236)¹⁷⁸ citant Lallemand (1977 :231) explique à propos des débuts de la vie conjugale d'une femme Mossi, qu'elle est sous le signe « du sadisme social », organisé par les « belle - mères » de la mariée. Instabilité, faible intégration dans la famille du mari, soumission totale, etc.

Si les mouvements féministes et les projets de développement des ONG/Associations suscitent de l'espoir, luttent pour l'évolution des conditions de vie des femmes et vers une égalité hommes / femmes, la vie est encore rythmée par le poids des traditions.

D'ailleurs, en Afrique, les travaux portant sur les femmes ont particulièrement étudié leur rôle et la division du travail. L'un des résultats le plus manifeste de ces études met l'accent sur le statut inférieur des femmes par rapport aux hommes, les pratiques discriminatoires et / ou inégalitaires (Richard et al., 2007 ; Marie-France Lange, 2007).

Ces résultats doivent toutefois être utilisés avec prudence quant à leur possible généralisation. En effet, on a tendance à considérer les femmes (du Sud), comme un groupe homogène. Pourtant il nous faut nuancer ce propos. Certains anthropologues rendent compte de rapports sociaux de sexes qui ne sont pas aussi discriminatoires qu'on a souvent tendance à les présenter (Dacher et Lallemand, 1990 ; Retel-Laurentin, 1979)¹⁷⁹. De même, une étude

¹⁷⁸ Gruénais M. E. (1985) Aînés, aînées cadets, cadettes. Les relations/ cadets chez les Mossi de Centre (Burkina Faso) In Abélès Marc et Collard Chantal (Ed.), Âge, pouvoir et sociétés en Afrique, Montréal-Paris. PM-Editions Karthala pp. 219-245

¹⁷⁹ Dacher M. et Lallemand S. (1990) Prix des épouses, valeur des sœurs, Paris l'Harmattan

relativement récente (Nignan, 1993) relève la nature libérale de la femme gourounsi, au Burkina ; ces femmes ont un certain pouvoir économique et de décision.

Même s'il est vrai que la femme Yadega fait partie du groupe Mossi, on lui reconnaît une grande influence sur le plan social. En effet, elle est considérée comme le meilleur moyen de communication entre les lignages. En milieu traditionnel, c'est chez la première femme du roi que se trouve placé l'esprit (fétiche) des ancêtres. Elle est en même temps épouse et conseillère du roi. Elle participe aux grandes prises de décisions. Elle nomme les héritiers du roi et peut s'opposer à l'exécution de personnes jugées coupables. Elle exerce les fonctions royales au décès du roi jusqu'à la nomination du nouveau roi.

Parmi les princesses, est choisie la médiatrice de la paix. Elle est la gardienne de l'endroit qui abrite les esprits des ancêtres. Elle incarne aussi le mystère de la vie. On lui cède le passage lorsqu'elle se déplace¹⁸⁰.

On peut donc dire que la société Yadega est une société dynamique, caractérisée par une importante mobilité sociale, bousculant les normes sociales traditionnelles. Alors que dans le système traditionnel mossi, les femmes sont habituellement soumises à leur mari, à la fois socialement et économiquement, chez les Yadesé, cela n'implique pas qu'elles soient totalement dépendantes. Selon la légende, développée en première partie, la Yadega serait une femme de caractère.

En effet, nous l'avons déjà expliqué au début notre travail, dans la partie concernant le choix du terrain. Mais rappelons que le mythe confère à la femme Yadega une position qui semble confortée par la société actuelle dans laquelle elle vit. Ainsi, P. Maïzi (1995)¹⁸¹ explique que les femmes en se mariant accèdent à des portions de terres cultivables à titre individuel. Ces espaces constituent pour elles, des lieux de liberté individuelle pour un travail et un produit personnels. Ce travail agricole n'est pas perçu comme un prolongement des activités ménagères par les femmes ; mais comme un droit inaliénable à exploiter seule une terre. L'identité d'agricultrice est ainsi construite en partie sur l'autonomie et la spécificité des travaux agricoles réalisés sur les surfaces de cultures individualisées. D'autres auteurs font également intervenir des paramètres différents qui agissent sur la représentation que les femmes se font d'elles-mêmes. Pour elles, être agricultrice, c'est aussi être épouse, mère,

¹⁸⁰ Monographie du Yatenga, op. cit.,

¹⁸¹ Op.cit

femme et rurale» (Albert, 1987 : 84)¹⁸². En d'autres termes, l'activité d'agriculture n'exclut pas pour les femmes qui l'exercent d'autres actions spécifiques parallèles.

Il existe aussi des groupes qui sont agricultrices et artisanes, des catégories de forgerons et potières ou de tisserands et fileuses. Dans le Yatenga les potières (épouses de forgerons) ou les fileuses (épouses de tisserands) se caractérisent par une spécialité technique, et de ce fait revendiquent une identité lignagère et professionnelle.

De même, il a été identifié des femmes spécialisées dans la production d'aliments préparés et commercialisés, des restauratrices sur les marchés, les vendeuses de galettes, qui tous les jours sans exception se rendent au marché ; les vendeuses de beignets, systématiquement présentes aux cérémonies villageoises sont nombreuses et organisées.

On peut dire que les femmes se reconnaissent plusieurs identités professionnelles. Outre le métier d'agricultrice, qui rentre dans une évolution historique des ressources et obéit à des règles sociales particulières, les femmes exercent aussi d'autres spécialités de façon régulière. Et tous les revenus sont utilisés pour satisfaire les besoins du ménage et constituer une épargne (Maïzi, 1995)¹⁸³. Même si les Yadesé font partie des Mossi, ils constituent donc un groupe spécifique à nos yeux.

4.2. Situation sanitaire

4.2.1. Infrastructures et équipements sanitaires

Le Yatenga fait partie de la région du nord qui compte quatre provinces le Lorum, le Passoré, le Yatenga et le Zandoma. Le district couvre une grande partie de la province du Yatenga et la totalité de la province du Zandoma. Il est situé au nord du Burkina Faso et se subdivise en trois zones médicales. La commune de Ouahigouya compte 14 secteurs. Actuellement, le District sanitaire du Yatenga dispose d'un centre hospitalier régional (CHR/ Hôpital), d'un CA, de deux CM, de 33 CSPS, de 16 dispensaires, de 7 maternités et de 33 dépôts pharmaceutiques (monographie de la province du Yatenga). Il couvre trois zones médicales : Gourcy, Ouahigouya et Thiou.

Le district sanitaire du Yatenga œuvre à l'application de la politique sanitaire nationale. Le système sanitaire est à l'image du pays et fonctionne également par référent.

¹⁸² Albert, C., 1987, « Une image sur papier glacé : l'agriculture d'Agri- Sept », in Lagrave, R. M., Ed. : 61- 85

¹⁸³ Op. cit.

Tableau 11: Répartition du personnel sanitaire dans la région

Personnel	Nombre	Ratio personnel/ nombre hbts
Médecins	10	1/ 56999 habitants (hbts)
chirurgiens	1	1/422 146 hbts
Chirurgiens dentistes	2	1/211 073 hbts
Gynécologue	1	1/422 146 hbts
IDE	58	1/7278 hbts
IB	59	1/7654 hbts
Sage femme/ maïeuticien	13	1/ 51840 hbts
Accoucheuses auxiliaires	25	1/16886 hbts
AIS	20	1/ 21107 hbts

Sources : monographie du Yatenga, p. 43 ; annuaire statistique 2006, DEP/ Santé,

Le tableau présente le ratio du nombre d'habitants par soignant. Le ratio du personnel de santé calculé dans le cadre du PNDS, 2001-2010 était de un médecin pour 30 086hbts, 1 dentiste pour 358 711hbts, un pharmacien pour 369 921hbts, un infirmier pour 3711hbts, une sage femme pour 24 869hbts. Comparativement à la moyenne nationale, les ratios au Yatenga, mentionnés sur le tableau ci-dessus, sont largement au-dessus, 1 médecin pour 56 999 hbts, 1 infirmier pour 7 278hbts. Ces ratios qui sont pourtant en évolution reste loin des normes préconisées par l'OMS, soit un médecin pour 10 000hbts ; un dentiste pour 12 000hbts ; un pharmacien pour 20 000hbts ; un infirmier pour 5 000hbts¹⁸⁴.

Outre le personnel de santé que nous venons d'identifier, la région du nord (y compris le Yatenga) compte désormais 1 CHR, 3 CMA, 12 dispensaires, 4 formations privées. A côté des structures de santé publique, un grand nombre d'Ong et d'associations interviennent directement auprès des populations. On dénombre aujourd'hui : 5 cabinets de soins, 2 pharmacies et 26 dépôts de médicaments (DRS de la santé, 2000). Selon le rapport d'analyse des résultats du recensement des structures privées de soins, que nous avons déjà cité (Ministère de la santé, 2007), le Nord compte 5 établissements à but non lucratif, 3 associatifs, 5 confessionnels (musulman, catholique, protestant). La région est parmi celles qui enregistrent un ratio nombre d'habitants par CSPP inférieur à 10 000 habitants pour un CSPP en 2004, avec toutefois de fortes disparités entre districts sanitaires.

¹⁸⁴ Ministère de la Santé / Burkina « Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010, p.26

Néanmoins, la situation sanitaire de la population reste préoccupante. Alors que le réseau sanitaire se densifie, le nombre de patients diminue dans les structures sanitaires publiques (A. Meunier, 2000 : 16).

4.2.2. Etat de santé de la population

Le taux de mortalité élevé de 18,5%¹⁸⁵, est imputable aux maladies infectieuses et parasitaires, à l'insécurité alimentaire, à l'insalubrité du milieu, au manque d'eau potable. En effet, ces dernières années ont vu la recrudescence de certaines maladies endémo-épidémiques telles que la méningite, la rougeole, les diarrhées, les parasitoses intestinales, les affections respiratoires, les maladies de peau, le paludisme, le ver de guinée, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH / Sida (monographie du Yatenga, p.35).

Dans la région nord du Burkina dont fait partie le Yatenga, le taux d'incidence du Sida notifié par le CNSL-IST en 2008 est de 3,8 pour 10 000 (soit une proportion de 9,5%). Rappelons que normes internationales estime que le taux d'incidence devient important à partir du moment où il atteint 3%. Le taux au nord dépasse bien ce seuil.

Dans la même zone les IST sont à 5 pour 1000 (soit 5,2%). Bien que ce dernier soit considéré comme l'un des plus faibles derrière les régions du centre qui atteint 19,3 pour 1000, les Hauts-Bassins (13,3 pour 1000), les Cascades (9 pour 1000), celui-ci n'est pas négligeable lorsqu'on sait que le nombre de cas augmente chaque année. Et qu'elles sont également la voie de transmission du VIH. L'écoulement vaginal et les douleurs pelviennes (spécifiques aux femmes) sont les plus fréquemment rencontrées. Au niveau national, elles sont réparties de la manière suivante sur le tableau ci-dessous.

Tableau 12: Répartition des cas d'IST selon le syndrome, en 2008

Pathologies/ syndromes	Nbre de cas	Incidence (%)
Écoulement vaginal	50 820	42,4%
Douleurs pelviennes	37 007	30,8%
Ulcérations génitales	12 154	10,1%
Écoulement urétral	10 186	8,5%

¹⁸⁵ INSD, « Analyse des résultats du recensement de la population de 1996 », Monographie du Yatenga, p. 29

Comme on peut le voir sur ce tableau, les principaux syndromes et les plus fréquents sont l'écoulement vaginal, les douleurs pelviennes, les ulcérations génitales et l'écoulement urétral. Sachant qu'il y a plus de femmes que d'hommes et que les IST affectent de manière disproportionnée les femmes beaucoup plus que les hommes, il y a des risques que les femmes du Yatenga soient plus affectées que les hommes, avec les conséquences que cela impliquent pour leur santé.

Le Yatenga se situe également dans une ceinture méningitique, et connaît des poussées épidémiologiques de certaines infections bactériennes et virales. Par ailleurs, les conditions d'assainissement sont faiblement développées surtout en zone rurale.

Il n'y a pas de données propres aux dépenses de santé par habitant. Cependant l'étude souligne que les populations du Yatenga sont soumises à une offre privée beaucoup trop élevée qui les oblige à s'adonner à d'autres pratiques de soins telles que l'automédication.

Aussi, leur état de santé se caractérise par une morbidité et mortalité élevée (141,9%0). L'activité vaccinale connaît une baisse dans la région, cela à cause de la faible continuité de cette activité de la part des services de santé.

Le niveau de fécondité dans la région est très élevé. Le taux brut est de 45,7%0 et varie selon le lieu de résidence, 47%0 en milieu rural contre 36%0 en milieu urbain. Pour l'ensemble de la province du Yatenga, il est de 46,1%0. Le nombre d'enfants par femme est de 6,5 par femme pour la région, dont 6,9 en milieu rural et 4,9 en zone urbaine. Le taux de contraception de 12,7% pourrait être l'une des explications possibles.

Par ailleurs 9% des adolescentes sont mariées. Cela explique également qu'elles deviennent mères très tôt et peuvent faire beaucoup d'enfants. En même temps elles courent au devant de divers problèmes de santé à la maternité.

Au cours de l'année 1997, 5898 femmes enceintes ont bénéficié d'une assistance lors de leur accouchement, soit un taux obstétrical de 12,8% ; 5 femmes ont trouvé la mort, soit une mortalité de 8,4/ 10 000 naissances vivantes. Mais ce taux est sous estimé compte tenu du faible taux d'utilisation des services de santé. Le taux de couverture obstétricale est de 18,25%.

La consultation prénatale a été assurée pour 10 020 femmes, soit un taux de couverture de 21,8%. Parmi ces femmes 10,10% seulement ont consulté au premier trimestre de leur grossesse. Ces indicateurs font classer la province parmi les régions qui enregistrent les taux les plus faibles (moins de 50%).

La mortalité néonatale de la région est de 51%0 ; la mortalité infantile de 104%0 ; la mortalité juvénile de 142%0. Le taux de fréquentation 31%. La couverture des femmes suivies au

moins deux consultations prénatales et le nombre total de femmes enceintes est de 32,3% en 2005.

Le taux d'accouchement dans un centre de santé est de 23,9% ; celui des vaccinations d'enfants de 12-23 mois est de 77,3% pour le BCG, 36,7% pour le DTcoq3, 40,3% pour la polio3et enfin, 47,3% pour la rougeole (INSD-EDS, 2003).

Enfin, au Yatenga plus de 45,8% des ménages ruraux s'approvisionnent en eau de puits ordinaires.

La situation sanitaire que nous venons de décrire, nous fait avancer que malgré une amélioration de la couverture sanitaire (infrastructures et personnel) et de la qualité, il n'en demeure pas moins que le Yatenga doit faire face à une très faible fréquentation de ses structures de soins publics. Le taux de fréquentation générale est de 26,4%. Le rayon d'action théorique en baisse reste cependant élevé, 14 km (Annuaire Statistiques, 2003, 2004, DEP / Santé). Malgré une accessibilité potentielle plutôt bonne, le taux moyen d'utilisation n'est que de 26,4%.

Au Yatenga, comme dans toute la région par ailleurs, les femmes et les enfants constituent les populations les plus vulnérables. Le taux de mortalité maternelle est compris entre 400 à 1500‰ (Monographie du Yatenga, 2006).¹⁸⁶ L'activité vaccinale est en baisse dans la région. Le taux de couverture obstétricale est de 12,8%. Le taux global de fréquentation des structures de soins est compris entre 20 et 30%.

Les efforts pour rapprocher les populations des établissements et en augmenter l'utilisation ne se sont pas traduits par un meilleur recours aux services de santé. Les structures existantes connaissent une sous-utilisation de leur pleine capacité. Les femmes sont encore peu nombreuses à utiliser les services de soins de santé. Du fait de leur statut social de subordination¹⁸⁷, les femmes ont un accès limité aux services sociaux de base comme la santé ou l'éducation. La pauvreté est également l'une des causes principales avancées pour

¹⁸⁶ Monographie du Yatenga, 2006, en ligne, <file:///c:/burk/mono.yatenga.html> (consulté Mars 2008)

¹⁸⁷ Il est reconnu que les rapports de genre ont un rapport sur le problème. Le genre étant une notion qui va bien au-delà des différences de sexe. Il se réfère au sein d'une société donnée, aux attentes et aux normes largement partagées concernant la conduite appropriée de l'homme et de la femme, leurs caractéristiques et leur rôle. C'est une construction sociale et culturelle qui distingue les femmes des hommes et définit la manière dont ils interagissent. Dans bien de sociétés par exemple, les normes de genre permettent à l'homme d'épouser ou d'être avec plusieurs femmes, de prendre les décisions dans la famille. Ainsi par rapport aux soins de santé on a souvent incriminé les facteurs socioculturels.

expliquer la faible utilisation des services de santé et de l'accès aux médicaments par les femmes (DEP, 2003)¹⁸⁸.

Compte tenu de la spécificité reconnue aux femmes Yadesé et des appuis de nombreux ONG et associations d'aide au développement présentes dans la région, on s'attendait à observer une situation différente, meilleure. Ce n'est pas le cas. D'où le paradoxe que nous allons maintenant interroger, par l'analyse des itinéraires thérapeutiques des femmes dans leurs pratiques quotidiennes.

4.2.3. La maladie chez les Mossi

La maladie est considérée, d'une manière générale, comme la manifestation d'un fait ou d'un événement social. Chez les Mossi (dont les Yadesé), plusieurs causes sont à l'origine de la maladie telles que la colère des esprits, la jalousie humaine, la mauvaise alimentation, etc. C'est pour ces diverses raisons que les individus du groupe entretiennent des relations avec leurs ancêtres. Aussi, pour mieux comprendre leurs comportements face à la maladie / santé, on a besoin de prendre en compte ces réalités culturelles.

Les ancêtres sont des parents qui sont morts dans la grâce. Ils incarnent la puissance surnaturelle ; leur invocation devant un autel des sacrifices présage un gage de succès. Selon P. Titinga (1981)¹⁸⁹, il ya trois types de morts, la mort clinique ou médicale, la mort officielle et la mort civile. Le plus important aux yeux de la population, c'est la mort civile, souvent suivie de funérailles ; elle marque la fin du repos de l'âme du mort, de l'esprit qui quitte la terre pour des fonctions bien précises. Mais l'esprit revient sur terre et a deux principales fonctions¹⁹⁰. D'abord une fonction de but, où l'esprit du défunt revient pour influencer la réalité sociale. Dans ce cas, une personne morte dont la vie sur terre ne s'est pas passée conformément aux coutumes est exclue et ne peut jouer ce rôle. Ensuite, une fonction de guide ; dans ce contexte, l'individu qui est mort devient actif, peut se réincarner et revenir sur terre.

Quoi qu'il en soit, dans l'esprit du mossi, les ancêtres vivent en haut et intercèdent auprès de Dieu pour résoudre les problèmes de humains qui eux, sont en bas. Les ancêtres ont la possibilité d'intervenir directement sur la vie privée. Et la vie privée, selon Pacéré, T.

¹⁸⁸ Ministère de la Santé-DEP, « Analyse stratégique des enjeux liés au genre au Burkina Faso », octobre 2003, p. 19

¹⁸⁹ Pacéré, T. F., « Ainsi, on a assassiné tous les moosé », édition Naaman, 1981, p. 41

¹⁹⁰ Idem, op. cit., p.41

concerne aussi bien une demande en vue de la guérison d'une maladie que le vœu d'effectuer un bon voyage.

Cette croyance et ce rapport aux ancêtres se retrouvent dans la manière dont la population Mossi se comporte au quotidien, notamment en matière de santé. La croyance aux pouvoirs ancestraux, en vue d'une guérison en cas de maladies ou de demande de protection, est très présente. Cet intérêt est observable dans la manière dont les soins sont donnés à l'enfant O. Christine (1999)¹⁹¹. En effet, l'enfant dès la naissance est sujet de nombreux soins. D'abord, le placenta, perçu comme le double de l'enfant qui naît, est soigneusement récupéré par une tante paternelle. De peur qu'il tombe entre les mains de génies malfaisants, et courir le risque que l'enfant décède, ce placenta est ensuite profondément enterré dans la cour paternelle.

Un ensemble de soins et de pratiques traditionnelles vont ainsi être donnés à l'enfant au cours de sa vie afin de le maintenir en bonne santé et de le protéger des maladies. Il est constitué de plusieurs remèdes. Ces derniers sont à base de plantes, de racines, de feuilles ainsi que d'écorces. Dans la conception populaire, la plante, préparée de diverses formes, a le pouvoir de guérir et de prévenir la plupart des maladies infantiles. Il y a également des ceintures de perles ou de fils de couleurs que les enfants portent autour de leur taille ou du poignet ou de la cheville, des bracelets de divers matériaux.

L'auteure précise que certains remèdes sont administrés sous formes de lavements, de bain, de massage ainsi que par introduction sous cutanée après avoir fait des scarifications à l'enfant (joue, avant-bras, cuisse, ...). La protection des lieux est également une forme de protection de l'enfant (encensement de la pièce à dormir, ...). La pratique a pour but d'éloigner les mauvais esprits qui pourraient agresser l'enfant.

Ce cheminement sanitaire est encore omniprésent dans les pratiques de soins chez les mossi, même si, par ailleurs, il n'y a pas d'ordre préétabli en ce qui concerne l'organisation des différents recours utilisés.

¹⁹¹ Ouédraogo Christine., « Pluralité des soins aux petits enfants : le cas des Moosé de la ville de Ouagadougou , Burkina Faso » in Les travaux de l'UERS, n°6, mai 1999

CONCLUSION PARTIELLE

Cette deuxième partie fait état du contexte général et du cadre spécifique dans lesquels s'inscrit la recherche. Dans un premier chapitre nous avons présenté tour à tour les caractéristiques historique, démographique, socio-économique du Burkina Faso dont la santé constitue l'enjeu majeur. Sur le plan économique, la partie nous enseigne que plus de la moitié de la population burkinabè vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette pauvreté est inégalement répartie entre les zones rurales (52,4%) et les zones urbaines (19,2%) ; entre les hommes et les femmes.

La situation sanitaire demeure préoccupante à cause de l'insuffisance des infrastructures et du personnel soignant, de la mauvaise qualité des soins, coût élevé des services. Le taux de morbidité reste élevé, 15,8%. Il s'explique par les maladies endémo-épidémiques, infectieuses, parasitaires ainsi que le sida.

L'étude d'une série de documents, de rapports et de travaux de recherche ont permis de rendre compte des évolutions. On peut retenir que le système national sanitaire a connu une amélioration significative. Pour cela, des grands organismes internationaux, tels que l'OMS et l'Unicef, ont eu à proposer des politiques successives. Au cours des dernières décennies, les autorités burkinabè ont donc été amenées à multiplier les stratégies et repenser le système sanitaire.

Le second chapitre est consacré au Yatenga, zone spécifique de notre recherche. Les mêmes caractéristiques sont présentées : situation historique, géographique, démographique, économique, sociale et sanitaire. En matière de santé, le taux de mortalité élevé de 18,5% est imputable aux maladies infectieuses, parasitaire, insécurité alimentaire et l'insalubrité. Le Yatenga est également situé dans une ceinture méningitique.

Le taux de fécondité également élevé est de l'ordre de 46,1‰. Le nombre d'enfants par femme est de 6,5 dans la région. Le taux de mortalité maternelle est compris entre 400 et 1500‰. Le taux global de fréquentation des services de soins se situe entre 20 et 30%.

Une troisième partie a porté sur les femmes. Nous retiendrons que la question des femmes et notamment leur santé, ne constituaient pas une préoccupation majeure jusqu'à l'année internationale qui va leur être consacrée. Puis d'autres grandes conférences internationales¹⁹² organisées par la suite, vont donner un nouveau tournant à la question. Au cours de ces

¹⁹² On peut citer la conférence d'Alma Ata en 1978 ; la conférence de Nairobi en 1987

rencontres, la réduction de la mortalité de la population en général et maternelle en particulier, ainsi que le développement des services de soins ont été reconnus comme étant une priorité en matière de santé publique, et notamment de la santé des femmes. Au Burkina Faso, l'influence de ces politiques a contribué à la mise en place de structures et d'équipements sociaux de soins de base, afin de favoriser l'accès aux soins de santé.

En dépit des insuffisances, des disparités et des inégalités observées sur le territoire national, régional et social, l'offre de soins de santé a augmenté, permettant ainsi au pays de disposer d'une couverture sanitaire de base plus dense. Dans le même temps, une attention particulière a été accordée à la santé des femmes. Ce faisant, une grande partie des investissements a servi à la mise en place de structures sanitaires destinées aux femmes (maternités, dispensaires).

Cependant, cela n'a pas entraîné une augmentation significative de recours aux soins. Nous avons noté le paradoxe d'une faible utilisation des équipements sanitaires publics existant par les populations en général et par les femmes en particulier. Il serait donc imprudent de réduire le niveau des recours aux soins de santé à une variable liée à l'offre de soins. Et aussi de conclure que les femmes ne profitent pas suffisamment des capacités mises à leur disposition.

Le constat de ce faible recours aux soins nous a conduit à une analyse au plus près du terrain afin d'examiner les pratiques de santé des femmes, d'identifier les raisons qu'elles invoquent, les caractéristiques sociales, culturelles et économiques qui sont les leurs.

UN FAIBLE RECOURS AUX SOINS DE SANTE

5. PARCOURS DE SOINS DES FEMMES YADESE

5.1. Les pratiques au quotidien

5.1.1. Les récits de soins

Le contexte sanitaire de la province du Yatenga a été présenté en première partie ; les conditions climatiques difficiles et défavorables, l'insuffisance de moyens et d'infrastructures socio-sanitaires ainsi que l'insécurité alimentaire, contribuent à faire de ce terrain un milieu favorable au développement de nombreuses maladies. Elles y sont des faits courants de la vie quotidienne. Blanc-Pamard (1992) le résume bien « la maladie n'est pas un phénomène accidentel ; elle fit partie du déroulement habituel du temps »¹⁹³. Les maladies auxquelles la population du Yatenga est sujette sont nombreuses. D'après la monographie du Yatenga, les principales causes de morbidité sont par ordre d'importance, le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les parasitaires, intestinales, les affections de la peau, de la cavité buccale, de l'appareil digestif, de l'œil, de l'appareil uro-génital, les otites¹⁹⁴. Malgré l'ancienneté de cette étude, les maladies identifiées correspondent à celles faites d'après les statistiques du District Sanitaire de Ouahigouya (2007). Elles ont été recensées lors des consultations dans les centres de soins.

Essayer de comprendre le comment et le pourquoi du comportement des femmes vis-à-vis des services de soins de santé nous amène à tenter de saisir la façon dont les femmes procèdent aux soins lorsqu'elles tombent malades. Pour cela, il est nécessaire d'établir leur parcours de soins. Commençons par décrire ces femmes hospitalisées et diagnostiquer les maladies déclarées par celles-ci.

Commençons par cette femme, Ramata 7, âgée d'une soixantaine d'années, musulmane, non scolarisée, 3 coépouses, agricultrice. Nous étions dans le bureau des sages femmes ce matin là, lorsque deux hommes arrivèrent soutenant de part et d'autre une femme gémissant de douleurs au ventre. Elle ne pouvait ni se tenir debout, ni s'asseoir. Les deux hommes la couchèrent sur le sol et elle se recroquevilla sur elle-même. Une sage femme que nous appellerons Azara, les a accueillis et a tenté de savoir ce qui se passe. Elle parle d'un air détaché et égal ; mais la malade ne pouvait parler tellement elle souffrait de douleurs. Ce sont donc les deux hommes qui répondaient aux questions de la sage femme qui tentait tant bien que mal, d'établir le dossier médical de la malade. La patiente dégageait une forte odeur

¹⁹³ Blanc-Pamard, 1992 tel que cité par K. Kagambèga, op. cit. p. 72

¹⁹⁴ Monographie de la province du Yatenga, 1997, op. cit

insoutenable de pourriture. Selon les deux hommes, qui se sont avérés être les enfants de la malade, expliquent qu'elle souffre ainsi depuis un moment (*un mois, six mois, une année ?... ils ne sauront pas le dire avec précision à l'agent de santé*). En tout cas, son état de santé était devenu très critique. D'après cette sage femme, il s'agit d'un prolapsus (sortie ou descente des organes génitaux) ; elle pense que la patiente est malade depuis un mois voire plus et que la famille a laissé traîner parce qu'elle essayait des soins traditionnels (guérisseurs). Elle explique : « *ces comportements sont fréquents ; les gens conduisent les malades dans les formations sanitaires que lorsqu'ils ont épuisé tous les recours sans obtenir les résultats attendus. Les malades arrivent alors épuisés et leur organisme est très affaibli (parfois entre la vie et la mort), des situations très fréquentes dans la région* ». Le cas de cette femme nécessite une intervention chirurgicale d'urgence pour remettre ses organes en place dans l'utérus, mais la sage femme doute que la patiente soit en état de supporter l'opération. En attendant, la patiente a été installée sur un lit, à même le matelas, dans une chambre attenante au bureau de l'agent de santé.

Dans ce même service maternité /gynécologie, je suis allée dans les chambres afin de m'entretenir avec les malades hospitalisées. La première chambre était en fait une grande salle pleine de femmes. Je fis un tour du regard de la pièce. La plupart des femmes présentes étaient couchées sur des lits en fer dont les matelas parfois déchirés étaient couverts de matière plastique. On pouvait s'en apercevoir parce qu'il n'y avait pas de draps. Des pagnes (morceaux de tissus d'à peine, 1,5m dont les femmes se servent généralement pour se draper) sont utilisés à la place de draps et se retrouvaient souvent froissés sous le poids des occupantes.

Ces dernières sont des femmes qui ont accouché sans trop de complications, pas de césarienne, juste parfois quelques agrafes au passage. Elles sont installées là pour passer leurs suites de couches « tranquilles » et aussi pour les premiers suivis de leurs nourrissons. Elles ont l'air parfois fatiguées mais heureuses d'avoir eu leur bébé.

Il y avait une dizaine de lits, disposés les uns à côté des autres, dans les désordre. Les affaires des patientes sont posées sur les lits et/ ou rangées sous les lits. La porte du dortoir était grande ouverte. En journée, les visiteurs défilaient : qui pour dire bonjour à l'accouchée, l'autre pour demander comment allait le bébé, qui pour apporter à manger (lorsque la malade résidait en ville ou avait de la famille), etc. Ils s'asseyaient au bord des lits ou se tenaient debout tout près, à côté ou à leurs pieds. C'est vrai que la venue d'un bébé est un heureux

évènement mais la pièce était assez bruyante. Les malades restaient seules lorsque le personnel médical entra pour les visites et/ou les soins.

Nous avons remarqué cette jeune femme tout au bout du dortoir, sur le dernier lit, près du mur ; elle n'avait personne à ses côtés. J'ai donc commencé mon entretien avec elle. La jeune femme s'appelle Salimata, elle a 19 ans, elle est tenancière d'un secrétariat public et vit chez ses parents. Elle est tombée enceinte d'un homme marié qui, elle l'espère, l'épousera un jour. En attendant, il ne lui avait pas encore rendu visite à la maternité depuis quatre jours (ni lui, ni aucun membre de sa famille d'ailleurs). Il a envoyé son ami prendre de leurs nouvelles (elle et son bébé). Mais elle explique que c'est lui qui paiera les frais d'hospitalisation, lorsqu'elle sera autorisée à rentrer chez elle. En attendant, c'est sa mère qui vient lui apporter ses repas quotidiens et s'occupe d'elle : « ... *je ne suis pas mariée, classe de CM2 avec obtention du certificat d'études primaires (CEPE), musulmane, tenancière d'un télé-centre (secrétariat public). Hospitalisée à la suite d'un accouchement difficile; elle a été référée par le CSPPS de son secteur, 7. Le père de son enfant est déjà marié et elle, en attendant son tour, vit chez ses parents. Pour son accouchement, c'est le frère de son futur mari qui est venu la conduire à la maternité de l'hôpital. Lorsque j'étais enfant, je me souviens que j'avais le palu; mes frères et sœurs aussi. J'ai connu des fièvres, la toux, le rhume mais je ne suis jamais allée à l'hôpital. A la maison, c'est mon père qui décide tout le temps de ce qui va se faire. C'est lui qui apporte les médicaments à ma mère pour soigner les enfants. Mais aujourd'hui, si je tombe malade ou si mon enfant est malade, j'irai tout de suite à l'hôpital* ».

Elle nous a aussi expliqué avoir reçu 6 à 7 agrafes parce que c'était son premier bébé et qu'elle a eu beaucoup de mal à l'accoucher par voie basse. Elle prévoit sa sortie de maternité dès qu'elle sera en mesure de mieux marcher ; du moins c'est ce que le personnel soignant lui a laissé entendre. Elle reviendra par la suite pour se faire retirer les agrafes. Dans sa chambre, aucun accompagnant; c'est seulement vers la fin de l'interview que j'ai vu trois visiteurs arriver, dont l'ami du père de son enfant.

J'ai poursuivi mes interviews avec les autres femmes accouchées, au fur et à mesure que je pouvais les rencontrer seules, sans visiteur, sans accompagnatrices. Deux lits plus loin, il y avait Fatou ; cette femme seule raconte son récit : « *Je m'appelle Fatou, j'ai 27 ans, je suis musulmane, j'ai un enfant, je suis scolarisée jusqu'en classe de 4^{ème}; je vis en concubinage avec le père de mon enfant; j'habite le secteur 13. Je suis ici pour raison d'accouchement difficile, césarienne; c'est l'ami et collègue de mon mari qui m'y a amenée parce que mon*

mari n'était là, affecté ailleurs. Je suis toujours allée me faire soigner à l'hôpital; j'ai été une fois retenue pour une crise de palu. J'ai 16 frères, mon père à 2 femmes. Quand j'étais chez lui, j'ai connu des maux de tête, de ventre, le palu et sûrement d'autres maladies que je ne me souviens pas parce que j'étais toute petite. En famille c'est mon père qui décide d'aller faire soigner un enfant à l'hôpital sinon après quand il y a des ordonnances ce sera difficile pour ma mère de trouver les médicaments prescrits. Il y a des maladies comme le rhume pour lesquelles on ne va pas à l'hôpital; si c'est le palu, dans notre famille, on va à l'hôpital et c'est le « vieux » (mon père) qui décide.

Depuis ma vie en couple quand je suis malade maintenant je ne reste pas à la maison; je vais tout de suite à l'hôpital ».

Contrairement à Fatou, Limata 1 était assistée par sa belle -mère qui dit s'en occupait comme de sa propre fille. L'air timide et réservée ; son mari était également présent. La raison de son hospitalisation est un accouchement difficile ; elle a fini par subir une césarienne. Son extrait est le suivant: « *Je m'appelle Limata 3, j'ai 17 ans, je suis mariée, j'ai un enfant, musulmane, pas de coépouse; agricultrice, non scolarisée. La raison de mon hospitalisation ici c'est un accouchement difficile, césarienne. Enfant, j'ai été souvent malade de: palu, diarrhée, maux de ventre, vomissements, douleurs au corps, plaies. Mais on ne va pas au dispensaire; c'est l'automédication: mon père rapporte des fois du marché des comprimés qu'il a achetés. Sinon le plus souvent ce sont des produits traditionnels, indigénats qui sont utilisés ».*

Un autre récit issu de Fatimata 1. Cette femme a accouché par césarienne. L'opération a été envisagée à partir des suivis de sa grossesse. Elle a accouché de jumeaux et a été installée dans une chambre d'environ 8 m² ; un deuxième lit était placé à côté du sien; mais elle a eu la chance d'avoir la chambre pour elle toute seule (au moment où je suis passée en tout cas). Elle y est depuis un jour; il n'y avait ni chaise, ni table, ni rangement, ni toilette, ni douche, ni draps. L'accouchée avait avec elle, sa mère et sa belle-mère. Elle était couchée dans le premier lit et ses accompagnatrices occupaient le deuxième. L'ambiance n'était pas très détendue. C'est sa mère qui s'occupait de tout, de nourrir les bébés en attendant que sa fille ait suffisamment de lait pour les allaiter. La belle-mère était juste spectatrice, comme une visiteuse. La mère de Fatimata 1 m'a dit que la belle-mère aura tout le temps et le loisir de s'en occuper dès que sa fille sera rentrée à la maison, chez son mari. En attendant, c'est elle qui a voix au chapitre et ne se gêne pas.

Etant donné que les deux femmes résident en ville, ce sont les deux familles qui se chargent d'apporter à manger, du linge propre, de rendre régulièrement visite. Comparée aux autres accouchées sus citées, Fatimata 1 est une patiente bien entourée. Elle pouvait récupérer tranquillement de son opération et se reposer, sa mère étant là pour veiller à tout. Voici son récit :

Je m'appelle Fatimata 1, 30 ans, je suis musulmane, mariée, 4 enfants, scolarisée niveau classe de 3^{ème}, pas de coépouse, ménagère.

Elle est hospitalisée pour accouchement par césarienne. L'interviewée était bien entourée de sa famille; sa propre mère et sa belle - mère sont ses accompagnantes. Puis elle a eu ses sœurs, ses cousins, ses belles - sœurs en visite. Les consultations prénatales avaient fait prévoir une césarienne; alors dès que mon ventre a commencé à me faire mal, je suis venue à l'hôpital. Mis à part cela, j'ai eu le palu, des démangeaisons, pertes blanches, le palu, ... et je suis allée trouver un médecin à l'hôpital pour me faire soigner. C'est l'homme le chef de famille; c'est pour cela que c'est lui qui prend les décisions. Des fois mon mari me consulte mais ce n'est pas souvent, ni à chaque fois. Mais il n'y a pas de problème pour qu'il accepte de me soigner, si je suis malade. Une femme qui travaille (salarisée ou qui a une source de revenu) peut gagner de l'argent pour elle - même et peut subvenir à ses besoins sans attendre l'avis de son mari. Elle peut par exemple se soigner vite et bien; elle peut bien s'épanouir dans sa vie. Par rapport à mes enfants, lorsqu'ils tombent malades, je commence par l'automédication (paracétamol, aspirine); si ça ne va pas 2 à 3 jours, je les amène au dispensaire. Chez mes parents j'ai attrapé le palu, la toux, le rhume, des maux de tête. C'est mon père qui dit à ma mère d'amener un enfant malade au dispensaire. La femme prend la décision seulement quand le mari n'est pas présent, s'il est absent.

Il faut souligner que lorsque j'ai demandé à m'entretenir avec Fatimata, sa mère ne voulait pas quitter la chambre sous prétexte qu'elle s'occupe de bébés. J'ai utilisé l'argument de la belle -mère, en faisant comprendre à la mère que si elle voulait être dans la pièce, il n'y avait de raison que la belle -mère soit la seule à sortir. Donc elles pouvaient rester toutes les deux. Mais comme la mère ne savait pas de quoi retournait l'entretien, elle ne voulait pas courir le risque que la belle-mère y assiste et surtout apprenne (sait-on jamais) des choses sur sa fille qui seraient plutôt intimes ou très personnelles. Alors elle s'est résolue à nous laisser toutes les deux sa fille et moi. Mais au bout d'une demi-heure, elle était de retour pour voir si tout allait bien. J'en profite pour échanger avec elle. Elle apprit que j'étais une parente à

plaisanterie et elle se laissa aller. Tu es comme ma fille s'enquit-elle. Après une courte présentation qui a fini de la mettre en confiance, je demandai à l'interviewer ; elle me répondit volontiers. Je l'appellerai Mame Fatima. Elle a une cinquantaine d'années (55 ans peut être même plus, je ne suis pas née dans une maternité, donc c'est à peu près dit-elle), non scolarisée, ménagère, veuve. Je lui ai demandé ce qu'elle fait lorsqu'elle tombe malade et voici sa réponse *« ça dépend, si par exemple c'est des maux de tête que j'ai, j'achète du paracétamol que je prends pour me soigner ; il y a partout dans nos marchés. Mais si c'est le palu, j'utilise des plantes médicinales. Je peux cueillir certaines feuilles de plantes que je peux bouillir pour boire et/ ou me laver ; sinon je les achète chez les guérisseurs (herboristes) au marché. Ces plantes soignent bien le palu. Ça coûte environ 200 FCFA (à peu près 20 centimes). Pourquoi n'allez-vous pas consulter à l'hôpital ou au dispensaire le plus proche de chez vous ? silence, puis elle répond, je ne sais pas. Est-ce à cause des frais, de l'argent ? non. Sinon pourquoi vous préférez aller chez le guérisseur ou l'herboriste ou les soigneurs traditionnels ? C'est une habitude ; et puis on est né et on trouve les choses comme ça, je tiens ça de mes parents et eux de leurs parents aussi et ainsi de suite, tu comprends. C'est beaucoup plus culturel et puis moi j'ai confiance à ces plantes pour ce genre de maladies que je t'ai dit. J'ai toujours fait comme ça, depuis près de 30 ans, voire plus ; et ça toujours marché. Mes enfants sont grands aujourd'hui, d'ailleurs tu viens de voir l'une d'entre eux. Ce n'est pas la première ; j'en ai sept. Certains vivent en France et d'autres pays par là-bas. C'est grâce à ces soins traditionnels qu'ils ont survécu aux nombreuses maladies infantiles et / ou courantes.*

Je vais quand même à l'hôpital mais c'est après avoir épuisé tout ce que j'ai comme recours thérapeutiques. Parce qu'à chaque fois que je suis allée à l'hôpital, je suis retournée chez moi avec des ordonnances, à chaque fois, sans compter l'argent qu'il faut payer pour se faire consulter. Mais ce n'est pas à cause de cela que je ne vais consulter souvent à l'hôpital. Nous aussi on possède des soignants, des médicaments, quand même, Non ? enfin....., je ne fais rien pour prévenir les maladies..... mais tout cela est entre les mains du bon Dieu ; c'est lui qui sait tout.

Alors que nous allions sortir de la chambre de Fatimata, j'ai rencontré des visiteurs qui attendaient de pouvoir entrer.

Je me suis ensuite rendue au service de médecine générale ; c'est un autre bâtiment dans l'enceinte de l'hôpital, non loin du service maternité/ gynécologie (entre les deux services se

trouve le bloc opératoire). En médecine générale, toutes les pathologies sont mélangées : on y retrouve des malades de palu aigus, fièvre, maladies de la peau, pneumonie, maux de ventre aigus et/ou chroniques, des malades du Sida ou suspectés ; certains cumulent plusieurs maux. Comme Bintou 2 que nous avons rencontré. Elle est tombée malade et sa maladie s'est aggravée sans que son mari lui vienne en aide. Parce qu'il a dit n'avoir pas les moyens. Elle réside à Koumbri (10km de Ouahigouya). C'est son frère qui est allé la chercher pour la conduire à l'hôpital. Mais à notre passage, il n'y avait personne à son chevet. Voici son histoire : *« Je m'appelle Binta 2, j'ai 45 ans, je suis musulmane, mariée, j'ai 2 coépouses, 7 enfants. Je cultive la terre; je ne suis pas scolarisée. Je suis hospitalisée ici depuis 9 jours à causes de maladies : hypertension artérielle, mal de cœur, difficultés à respirer, toux, démangeaisons au bras. Je suis malade il y a longtemps déjà; au début de ma maladie, je me soignais à l'indigénat. N'allant pas mieux, j'ai fini par aller au dispensaire. J'ai eu des médicaments; j'allais prendre des soins et retournais chez moi. On me donnait des rendez-vous; j'allais et revenais chez moi à chaque fois. Mais cette fois, c'est différent; j'ai mal, je souffre plus que les autres fois. Notre mari ne s'occupe pas de nous comme il faut mais il faut qu'il donne son autorisation pour aller à l'hôpital ; c'est lui le chef de famille quand même.*

Je suis allée au dispensaire de mon village à koumbri et j'ai été référée au CHR. Mon mari a dit n'avoir pas les moyens. Il y a un mois que ça ne va pas déjà; j'ai envoyé informer ma famille que ma maladie a reprise. C'est mon frère qui est venu m'emmener à l'hôpital avec l'accord de mon mari, il est au courant de tout. J'ai été hospitalisée de suite. Depuis mon mari n'est jamais venu me voir. Aucune visite de coépouse, ni aucun membre de la famille du mari. Mais la malade l'explique par l'éloignement; l'hôpital est très distant de mon village.

Enfant, j'ai des maux de ventre, le palu. Jamais on est allé à l'hôpital; on nous soignait à base de produits traditionnels locaux et le mal passait. En général c'est l'affaire des mères et de quelques vieilles guérisseuses ».

Hormis le fait qu'on change de service, c'est pratiquement la même organisation, des bureaux, des chambres et/ ou dortoirs d'hospitalisation, le même décor. Les malades sont pour la plupart en dortoir, peu ou mal éclairé ; installés les uns à côté des autres ; dans une ambiance plus triste. Les chambres sont à peu près propres. Les malades souffrent visiblement (amaigris, des visages fermés, l'air triste,...). Elles sont couchées ou assises dans leur lit, seules comme Bintou 2, sans accompagnateurs, ou assistées soit par leur mère, soit par une sœur, une nièce ou un fils ou tous à la fois.

Nous avons rencontré Siéta, elle est arrivée à l'hôpital en urgence. C'est suite à l'aggravation de sa maladie que ses enfants ont dû la conduire aux soins de santé ; elle témoigne ainsi :

Je m'appelle Siéta, j'ai 45 ans, je suis musulmane; je suis mariée, j'ai 6 enfants, 3 coépouses, je vends des légumes, non - scolarisée. Enfant j'ai attrapé le palu, les fièvres, la rougeole, des maux de ventre ; j'ai eu quand même quelques vaccinations. Chez nous c'est mon père qui décidait des soins à l'hôpital; c'est lui le chef de famille donc c'est à lui que reviennent toutes les décisions. Depuis que je suis devenue une femme (mariée), j'ai attrapé certaines maladies telles que la jaunisse, la fièvre, des douleurs musculaires, des douleurs abdominales. La première fois que je suis venue à l'hôpital à cause de maux de ventre, c'était aux urgences ; j'en souffrais depuis quelques tant sans pouvoir de redresser et marcher droit, donc j'ai été amenée à l'hôpital, aux urgences. Ce sont mes enfants qui m'amènent à l'hôpital quand ça ne va pas bien pour moi ; mais leur père est d'accord avant. Par manque de moyens quand on a mal et que ton mari n'a rien, tu attends à la maison. A l'hôpital c'est de l'argent de nos jours; si tu n'a pas les moyens, tu ne peux pas te faire soigner dès que tu as mal. Alors tu attends que ça se passe; parfois on se traite avec ce qu'on a ou peut trouver. On reste à la maison jusqu'à ce que la maladie s'aggrave.

Contrairement à elle, Carole est venue en consultation depuis Gourcy. Elle est venue se faire soigner une dent qui la fait souffrir. C'est son mari qui a tenu à ce qu'elle y aille : « *Je m'appelle Carole, j'ai 36 ans, 3 enfants, pas de coépouse; je suis catholique; je suis ménagère; j'ai le niveau de la classe de 3^{ème}. Je suis venue en consultation (de Gourcy) parce que j'ai des maux de dents; mon mari m'a dit d'aller à l'hôpital. Il est fonctionnaire. Chez mes parents, lorsqu'un enfant tombait malade mon père nous conduisait à l'hôpital pour nous faire soigner. Mon père est militaire. Jeune fille lorsque j'étais malade, palu, fièvre, maux de tête, maux de ventre, je pars à l'hôpital. Lorsque je ramène des ordonnances c'est mon père qui paie les médicaments* ».

Dans la chambre d'Aminata 1, il n'y avait personne à son chevet. La malade, hospitalisée depuis une dizaine de jours à cause de divers malaises, était couchée dans son lit, toute recroquevillée sur elle-même, l'air fatiguée, le visage triste. Lorsque j'ai demandé à lui parler, elle a accepté. Elle est restée couchée mais a déplié ses jambes. Voici son récit :

Je m'appelle Aminata 1, j'ai 36 ans, je suis musulmane, j'ai 7 enfants, une coépouse. J'ai été scolarisée jusqu'en classe de CP2. Je réside en Côte d'Ivoire et travaille dans les exploitations de café et de cacao. Je suis hospitalisée par manque de santé. *Qu'est-ce qui ne va pas?....* Baisse la tête et murmure, les médecins ont dit que c'est la maladie du siècle. Au début j'avais des saignements de nez, le palu, la fièvre, des vomissements. J'ai commencé les traitements en Côte d'Ivoire mais mon état de santé ne s'améliorait pas. Mon Mari a décidé que je rentre au pays pour me soigner. J'habite chez le frère de mon mari. On a poursuivi les soins donc en famille, à la maison; comme je ne me sentais pas mieux, j'ai voulu venir à l'hôpital; j'ai demandé à un parent (cousin) dans la famille de mon père qui réside aussi en Côte d'Ivoire (mais de passage au pays), de m'y conduire. Cela fait un an que ça ne va pas; les médecins m'ont dit depuis ma première visite que c'est le sida. J'ai la toux et à cause de cela j'ai aussi mal aux côtes. Je suis hospitalisée depuis plus de 20 jours et je vais un peu mieux. Je suis là avec mon fils.

Jusqu'à la fin de notre interview, je n'ai pas vu le fils qui assistait cette malade. Mais elle avait l'air content de m'avoir parlé. Après notre entretien, la malade recevait trois visiteurs, des femmes de ses oncles lui apportaient à manger.

A côté de Aminata, il y avait Azèta, très malade, très amaigrie, presque invisible dans son lit ; elle est assistée par sa mère très fatiguée et paraissait éprouvée par la maladie de sa fille qui lui semble incurable. Les soignants soupçonnent une maladie du Sida. C'est son père qui a décidé qu'elle vienne à l'hôpital ; son mari l'ayant fait repartir chez ses propres parents.

Je m'appelle Azèta 2, j'ai 45 ans, 7 enfants, 3 coépouses; et c'est moi la première. Je suis depuis un moment chez mes parents (séparée); je cultive la terre. Je suis musulmane, non scolarisée, non membre d'une association. Je suis hospitalisée pour: palu, fièvre, manque d'appétit, maux de ventre.

Je suis malade il y a de cela plus d'une année; j'ai commencé à me soigner pensant que c'était le palu; parce que j'avais des signes comme le palu. Mais ma santé ne s'améliorait pas; la fièvre ne baissait pas; j'avais mal à tout mon corps, comme le palu. J'ai pris des produits indigénat. Je suis là il y a 20 jours; c'est mon fils qui m'a conduite à l'hôpital.

Avant j'étais membre d'un groupement duquel j'ai obtenu un crédit pour faire du commerce. J'achetais des arachides et des céréales à la récolte que je stockais pour revendre quand les prix ont augmenté. Depuis ma maladie, depuis que je ne me sens pas bien, j'ai arrêté toute

activité. La malade est assistée par sa mère qui dit être en train de rembourser le crédit que sa fille avait contracté. Probablement qu'elle n'a pas tout restitué avant sa maladie.

Selon la mère, notre patiente est malade depuis près de 10 ans. Elle a des crises qui lorsqu'elles la prennent, elle s'enfuit de la maison de son mari. Au début on ne savait pas ce que c'était..... par la suite on l'a prise au sérieux. Elle a reçu des soins à base de produits locaux, indigénats. La maladie se calmait mais reprenait ensuite avec des délires, des pertes de mémoire, des absences. On a tout essayé mais on n'arrive à rien; la santé de ma fille ne s'améliore pas. A présent elle ne s'alimente même plus.

Auparavant, lorsque la crise passait, elle retournait chez son mari; depuis 4 ans maintenant, son mari nous l'a retournée. Il dit être fatigué de la soigner et de n'arriver à rien. Son père a décidé que nous l'amènerions finalement à l'hôpital; nous y sommes depuis 16 jours. La malade est très très amaigrie; son dossier médical révèle un cas de sida avec des maladies opportuniste.

Enfant, elle a eu la fièvre, la toux, le rhume, maux de ventre. Sa mère précise qu'il n'y avait pas beaucoup d'hôpitaux à son époque, comme aujourd'hui; elle accouchait à la maison et soignait ses enfants comme elle pouvait, avec l'aide de vieilles guérisseuses des fois, connues dans le village. Le chef de famille intervenait lorsque les tisanes n'arrivaient pas à soigner. Il allait plus loin, hors du village pour aller rapporter d'autres produits indigénats.

Binta 1, elle, est hospitalisée pour soigner son mal de gorge qui la fait souffrir depuis un moment déjà et l'empêche à présent de respirer. Elle était très bien entourée par ses enfants et ses parents. Il n'y en avait que pour elle dans le dortoir ; comme une ambiance à la maison, très détendue. Elle parlait et les gens riaient autour d'elle ; l'ambiance était détendue, on aurait dit qu'elle était à la maison, chez elle ; visiblement sans aucune gêne. Lorsque j'ai demandé à l'interviewer, elle a accepté de suite. Le contenu de son récit est le suivant:

Je m'appelle Binta 1, j'ai 56 ans, mariée, musulmane, 5 enfants, 3 coépouses; je ne cultive plus, ce sont mes enfants devenus grands à présents qui me nourrissent.

Hospitalisée depuis 4 jours pour des maux de gorge, maux de tête, difficultés à respirer, envies de vomir, goitre volumineux, démangeaisons. Depuis 10 ans je souffre du goitre ; il évoluait sans être douloureux. Il y a 3 ans j'ai été opéré et ça toujours été.

Mais par la suite je n'arrivais plus à respirer normalement, j'ai des démangeaisons; j'ai envie de vomir et je n'y arrive pas. Mon mari a décidé que mes fils m'amènent à l'hôpital. *C'est une malade qui est bien entourée de ses enfants et autres parents.*

Enfant, je n'ai pas souvenir d'être tombée malade au point d'aller à l'hôpital; je n'étais pas malade. C'est maintenant que j'ai fini d'accoucher que j'ai commencé à être malade; je n'ai plus de force et j'ai pris de l'âge. De toute façon à notre temps il n'y avait pas autant de maladies comme aujourd'hui. C'était de simples palu, fièvre, maux de ventre; avec des tisanes ou des infusions, on buvait, se lavait ou inhalait et ça passait.

Limata 6 est installée à droite, dès l'entrée du dortoir, dans le premier lit. Ses visiteurs obstruaient pratiquement l'entrée de la chambre. Il y avait son grand- frère, sa coépouse, ses sœurs, une nièce et des belles-sœurs. Voici son histoire : (Limata 6, 30 ans, musulmane, non scolarisée, mariée et mère de 4 enfants, vendeuse de charbon de bois, des arachides, une coépouse) : *« J'ai attrapé quelques fois le palu avec un peu de fièvre depuis que je suis mariée mais je ne vais pas me soigner à l'hôpital; c'est mon mari qui va acheter des comprimés, du paracétamol. Une fois que ces médicaments sont avalés, le mal passe et je peux continuer mes activités quotidiennes sans perdre du temps.*

Je suis hospitalisée depuis trois jours pour les raisons suivantes: vomissements, douleurs musculaires, fièvre. Je suis d'abord allée chercher des soins (pas immédiatement) dans un dispensaire islamique qui m'a libérée après consultation, alors que je ne me sentais pas mieux. Je n'étais pas satisfaite ; c'est mon mari qui a décidé qu'on aille dans ce cas à l'hôpital. La malade est bien entourée: grand-frère, coépouse, sœurs, nièce, belles-soeurs. A présent ça va beaucoup mieux; je veux maintenant rentrer chez moi. Enfant, à dire vrai, je n'étais pas malade à part de petits palu. On prenait des comprimés, d paracétamol et ça passait et on reprenait à jouer. C'est mon père qui achetait les comprimés. Pour nos enfants, lorsqu'ils sont malades, on les soigne à l'hôpital; c'est le chef de famille qui décide et lorsqu'on ramène les ordonnances, on lui remet et il achète les médicaments ».

Si certaines malades sont bien entourées et connaissent le soutien de leur famille (surtout au service maternité), d'autres en revanche, sont faiblement assistées ou presque seules. Ainsi par exemple, dans la même chambre que Limata 6, j'ai également trouvé Ramata 5, veuve, remariée au frère de son mari défunt. Elle est suspectée avoir le Sida. Venue de Côte d'Ivoire

suite au décès de son père, elle est tombée gravement malade. Elle a pour seul accompagnateur, son fils d'à peine 16 ans qu'elle a fait venir de la Côte d'Ivoire pour l'assister. Voici son récit : (Ramata 5, 50 ans, mariée, 4 enfants, une coépouse, musulmane, non scolarisée, cultivée) : *«J'ai fait un premier mariage et je suis partie en Côte d'Ivoire mais mon mari est mort. Je suis revenue au Burkina à la mort de mon père et je me suis remariée avec le frère de mon mari défunt. Je suis venue ici (ville) à cause du décès de mon père; je compte retourner en Côte d'Ivoire où j'ai mes enfants. Mais pour le moment je suis hospitalisée pour les raisons suivantes: mal à tout mon corps ; fièvre, maux de ventre, toux, anémie. Cela fait deux jours que je suis ici mais j'ai mal depuis près de 2 mois; j'ai pris des soins au CSPS de Soulou/ Koumbri et ils ont fini par me référer à l'hôpital. Mon mari m'a dit qu'il n'a pas d'argent; alors je lui ai dit d'informer mes enfants restés en Côte d'Ivoire que je suis hospitalisée. C'est là que mon fils est arrivé. Les médecins soupçonnent un cas de sida. Un test est envisagé mais auparavant il faut un counseling avec la malade afin de la convaincre de la nécessité de ce test et ce n'est pas gagné. La malade pense qu'elle souffre d'un palu mal soigné et que bientôt elle compte repartir en Côte d'Ivoire. Enfant j'ai eu le palu, la fièvre, la diarrhée; j'étais soignée au dispensaire qui n'est pas loin de chez nous. C'est mon père qui décidait ».*

Les cas lourds de maladie, les femmes dont la maladie nécessite un long traitement, une longue période d'hospitalisation ou sont suspectées de la maladie du Sida, sont pour la plupart peu accompagnées par leur famille et celle du mari. Celles qui sont assistées, finissent par perdre le soutien de leur époux et parfois même celui de leur propre famille. Voici l'histoire de deux femmes. Il s'agit de Habibou qui a la maladie du sommeil, son mari l'a fait partir chez ses parents pour se faire soigner ; et de Zalissa atteinte du VIH/ Sida qui est séparée de son mari et a dû retourner vivre chez sa mère. Leurs récits se rejoignent :

Je m'appelle Habibou 4, j'ai 26 ans, musulmane; je suis mariée, j'ai 2 enfants, aucune coépouse, ménagère, je réside en Côte d'Ivoire avec mon mari; j'ai été à l'école jusqu'en classe de CM2.

Dans mon enfance, j'ai attrapé le palu, les maux de tête; le pire c'est que j'avais la maladie du sommeil, les vertiges. On ne soignait pas la maladie du sommeil. Je ne présentais pas de signes graves. Je paraissais normale. Comme je ne souffrais pas physiquement et passais mon temps à dormir, personne ne me croyait malade. On me prenait plutôt pour une grande paresseuse. Depuis mon mariage je continue d'avoir la maladie du sommeil; je peux dormir à

n'importe quel moment en cuisinant, en faisant la lessive. Ça me prend tout d'un coup. Mon mari ne me prenait pas au sérieux puis il a réalisé que je courais des risques surtout quand je prépare les repas. En Côte d'Ivoire nous sommes dans les plantations, on n'a pas accès aux soins médicaux. Mon mari a décidé que je revienne au pays trouver les parents pour qu'ils fassent quelque chose puisque c'est là que tout a commencé.

C'est la première fois que je viens voir un médecin. C'est le voisin qui m'a accompagnée. Je suis chez mes parents et c'est mon père qui a demandé au voisin de m'amener. C'est mon mari qui a dit de revenir me faire soigner chez mes parents parce qu'eux sont au courant de la maladie depuis le début; c'est donc à eux de faire le nécessaire.

Zalissa elle, a été répudiée par son mari lorsqu'il a appris sa maladie. Elle s'est retrouvée chez sa tante qui habitait la ville (Ouaga). Puis c'est son oncle (le mari de sa tante) qui lui a demandé de partir de chez lui. C'est ainsi qu'elle a du aller chez sa mère à Ouahigouya (veuve et âgée).

Je m'appelle Zalissa, j'ai 34 ans, musulmane, non scolarisée, divorcée, 2 enfants. Je suis retournée vivre avec ma mère qui est veuve, séparée. Je suis commerçante de fruits. Je suis venue en consultation parce que j'ai la fièvre, mal à la poitrine et j'ai perdu l'appétit.

J'ai commencé à me traiter à Ouaga, parce que c'est là où j'étais avant de revenir à Ouahigouya. J'habitais chez ma tante. J'ai donc commencé à me soigner il y a 2 mois croyant que c'était le palu mais la fièvre ne baissait pas. Je prenais du paracétamol mais je n'arrive pas à dormir. J'ai continué les prises de médicaments et 2 jours après, je commençais à aller mieux. Le jour suivant, je perdais l'appétit; je n'avais plus envie de manger. Il y a 4 ans, j'ai une amie et voisine qui avait sa fille malade qui est morte par la suite. On dit que c'est le sida mais ses parents n'y croyaient pas.

J'ai aidé ma voisine puisque c'était mon amie à s'occuper de sa fille. C'est sûrement là que j'ai attrapé la maladie; parce que depuis ma séparation, je ne suis pas allée avec un autre homme. Je ne comprends pas le mal que j'ai et j'ai peur. Ma tante m'a dit de partir autrement c'est elle que son mari va répudier Il pense que ma maladie va contaminer sa famille. Alors j'ai décidé de revenir chez ma mère. Ma tante n'a jamais cherché à prendre de mes nouvelles. Mon médecin traitant m'a recommandée à l'hôpital de Ouahigouya pour me suivre.

Depuis plus d'un mois je suis des traitements au CHR. On m'a fait plusieurs analyses de sang. Je n'ai pas d'argent pour poursuivre les soins; si ça ne va pas, je vais retourner à Ouaga. Ma mère me dit qu'elle ne peut plus me prendre en charge et que je dois me remarier. Quand j'étais enfant j'ai eu le palu, des maux de ventre, et c'est ma mère qui m'a soignée. Mon père lui disait de m'amener au dispensaire.

Zalissa nous a expliqué qu'elle n'a plus que sa mère ; mais celle -ci n'arrête pas de lui répéter qu'elle ne peut pas rester avec elle indéfiniment, qu'elle doit se remarier, trouver une activité, etc. Elle a ajouté que si un jour elle devrait être hospitalisée, elle n'aurait personne à son chevet.

Ce sont des cas dont s'occupent, plus particulièrement, le service social de l'hôpital (à la limite de ses modiques moyens). D'ailleurs, du bref entretien que j'ai eu avec le responsable du service social de l'hôpital, le plus gros problème qu'il rencontre se situe au niveau des malades du Sida. Celles qui sont hospitalisées sur une certaine durée se retrouvent souvent seules, sans accompagnateurs, sans moyens, sans aliments, etc. De son témoignage, l'hôpital se retrouve régulièrement avec des personnes qui décèdent sans que leurs familles veuillent enlever les corps.

De même, un jour que je m'étais rendue au service des urgences de l'hôpital, afin d'interviewer des malades, il y avait dans le bureau de l'infirmier major qui consultait une malade, une autre personne étendue sur une civière là, à côté. J'ai pensé que c'était un malade en observation. L'infirmier me fit passer dans une salle attenante à son bureau, où je pouvais m'entretenir en toute quiétude avec les patientes qui finissaient de consulter. A la fin de la journée, il m'a appris que sur le lit que j'avais aperçu dans son bureau, se trouvait un mort. Il s'agissait d'une femme qui était malade du Sida ; elle était suivie par une association et comme elle était mal en point ce jour là, l'association l'a conduite aux urgences pour des soins, mais elle est morte avant.

Le major a téléphoné à l'association (à plusieurs reprises) pour qu'elle contacte la famille de la défunte afin qu'elle vienne enlever le corps. Mais personne n'était venu jusqu'alors.

5.1.2. Les maladies prédominantes

De ces récits de soins que nous avons présentés, on peut répertorier plusieurs maladies dont souffrent les femmes, à savoir, maladies parasitaires, parfois chroniques, paludisme, toux, maladies diarrhéiques, tension, maux de tête, de dents, de dos, d'yeux, de ventre, de jambes, maladies de la peau, douleurs musculaires, rougeole, coqueluche, vertiges, accès de fièvre, rhume, refroidissements, douleurs des organes génitaux, urinaires, pelviennes, problèmes postnataux, infections sexuellement transmissibles, mycoses, avortements spontanés, ..., maladie du VIH/ Sida, suspicions de sida et maladies opportunistes ; à ces maux s'ajoutent le désir d'enfants, les suivis de grossesses et de couches.

Si l'on compare les maladies citées par les femmes interviewées et les données recueillies des rapports d'activités annuels du CHR les principales affections se recourent. Le tableau nosologique présenté ci-dessous, reproduit la même réalité.

Tableau 13: Types de consultations dans le District Sanitaire de Ouahigouya, 2007.

Affections et symptômes dominants	Total des consultations
Paludisme simple	73 513
IRA ¹⁹⁵	41 813
Affections digestives ¹⁹⁶	23 342
Affections de la peau et les plaies	15 068
Le paludisme grave	6 961
Malnutrition protéino-énergétique	3 457
Les conjonctivites	3 357
Les IST	3 214
Anémies	1 564

Source : District Sanitaire de Ouahigouya, Statistiques 2007

Comme on peut le lire sur le tableau ci-dessus, les données présentées permettent de montrer les principales maladies qui affectent la population, ceci par ordre d'importance : le paludisme, avec près de 73 513 consultations enregistrées l'année 2007. Viennent ensuite les IRA, les affections digestives, de la peau, le paludisme grave, et enfin les anémies avec 1564

¹⁹⁵ Désigne, les Infections Respiratoires Aiguës qui sont : IRA hautes, les otites, les rhinopharyngites, les angines. IRA basses, les pneumonies, les broncho-pneumonies. Autres infections respiratoires

¹⁹⁶ Comprend les diarrhées sanglantes et non sanglantes, les parasitoses intestinales, les schistosomiases intestinales, les gastrites et autres affections de l'appareil digestif.

consultations. En fonction des rapports et des sources consultés, l'occurrence de ces maladies peut varier, mais on retrouve presque toujours les mêmes affections parmi les plus courantes et les plus importantes. Ainsi d'après une monographie faite du Yatenga (1997), les principales maladies, causes de morbidité sont par ordre d'importance le paludisme, les affections respiratoires, les maladies diarrhéiques, les parasitoses intestinales, les affections de la peau, les affections de la cavité buccale, les affections de l'appareil digestif, de l'œil et de ses annexes, les otites et les affections uro-génitales. Bien que ces données ne soient pas des plus récentes, les maladies classées correspondent à la situation actuelle telle que j'ai pu l'observer sur le terrain. Elles représentent plus de 70% les motifs pour lesquels les individus consultent dans les formations sanitaires. Et sont également les premières causes de mortalité.

Par ailleurs, des maladies citées par les femmes interviewées, trois types de pathologies peuvent être catégorisés :

- Les pathologies gynécologiques et les maternités ;
- Les maladies courantes ou autres maladies ;
- Le Sida et autres les maladies opportunistes

En ce qui concerne la reproduction, il s'agit des interventions liées à la maternité : gynéco-obstétriques, accouchements, planification familiale, suivis de grossesses, de couches, postnataux mais aussi des consultations pour des maladies gynéco-obstétriques, de douleurs pelviennes, du désir d'enfants, d'infections sexuellement transmissibles, mycoses, avortements spontanés, ... Le constat est fait que c'est le domaine où nous avons rencontré le grand nombre des femmes hospitalisées.

Les autres maladies, concernent des cas de : paludisme, la méningite, la toux, les maladies diarrhéiques, la tension, les maux de tête, de dents, de dos, d'yeux, de ventre, de jambes, maladies de la peau, douleurs musculaires, rougeole, coqueluche, vertiges, accès de fièvre, rhume, refroidissements, ...

Enfin le sida : il s'agit de tout ce qui a trait aux suspicions de sida et toutes les maladies opportunistes (diarrhées chroniques, fièvre continue, amaigrissement, anorexie, crises nerveuses, manque d'appétit, etc.).

Cette distinction entre les maladies est-elle importante ? Les catégories donnent-elles lieu à des prises en charge différenciées ? Quelles stratégies sont développées face à la maladie ? Le

type de maladie oriente-t-il les comportements des malades ou de la famille. Nous y reviendrons le moment venu dans nos développements, afin de savoir si la différenciation est pertinente et en quoi ces aspects peuvent influencer les choix de soins.

Au cours de notre visite sur le terrain, nous disions également avoir eu accès à des données chiffrées sur les services de soins, la nature et le volume des activités menées, leur évolution, les patients (consultations et hospitalisations). Ces données issues pour la plupart des registres de consultations, des rapports d'activités et documents des services sanitaires et administratifs ont permis d'établir les graphiques qui vont suivre.

Figure 2 : Consultations des femmes de 2002 à 2007

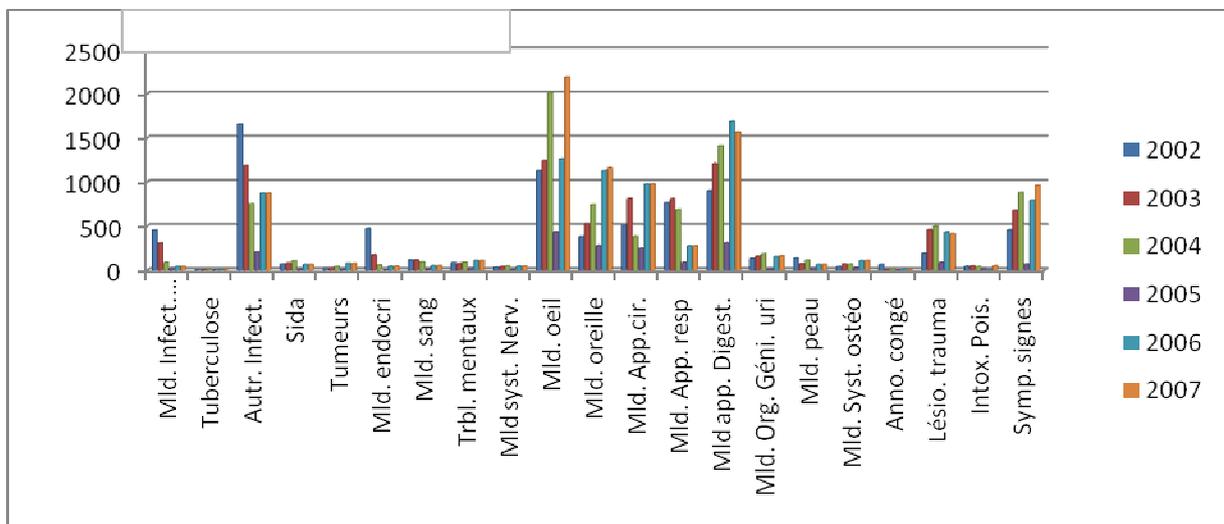
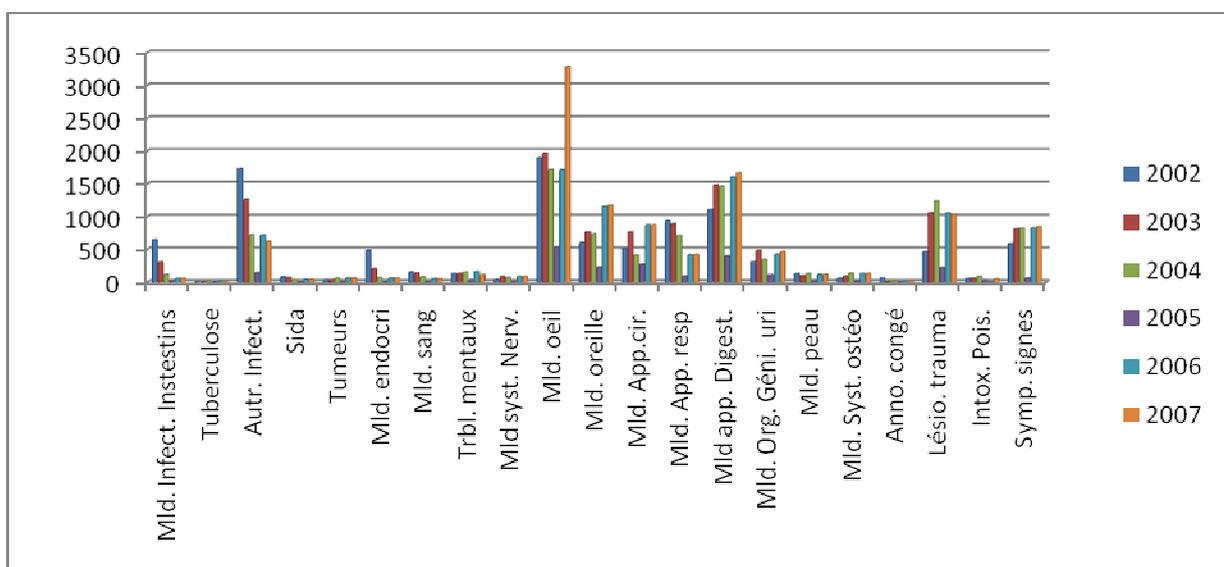


Figure 3 : Evolution des consultations des hommes de 2002 à 2007



Ces figures permettent de visualiser la situation selon les sexes au fil des années. Elles montrent une même réalité ; les maladies précédemment citées s'y retrouvent. On peut y voir aussi que les variations des recours aux soins publics, qui restent faibles, sont aussi fluctuantes¹⁹⁷. De même, qu'en termes d'effectifs, il existe une différence entre les hommes et les femmes. Les hommes sont parfois plus nombreux à consulter que les femmes (maladie de l'œil) et parfois presque à égalité avec elles. D'un point de vue numérique les femmes sont plus nombreuses que les hommes ; de fait, elles devraient être davantage confrontées à la maladie et aux soins que les hommes. De plus, ce sont les femmes qui s'occupent des enfants en bas âge, lesquels sont sujets à diverses sortes d'affections. Pour finir, les femmes portent les grossesses et pour cela aussi, elles gèrent les maladies liées à la maternité. Pour toutes ces raisons, on s'attend à ce que les femmes soient plus nombreuses à recourir aux soins et que leur nombre soit plus important que celui des hommes. Les chiffres recueillis permettent de s'apercevoir que ce n'est pas le cas.

On aurait pu tenter de poursuivre une analyse statistique plus approfondie des différences de fréquentation hommes/femmes. Mais entre l'outil informatique à ses débuts, la disponibilité des rapports qui ne remonte pas assez loin dans les années, les rapports antérieurs disparus et certaines années incomplètes, la tâche s'est avérée compliquée. Les services de maternité, d'obstétrique et de SMI mieux documentées que d'autres ont été centrés sur les soins curatifs.

Parfois des informations relatives aux patients ne sont pas toutes inscrites dans les registres, ni pour tous les services de soins. Par exemple, les données concernant les lieux de résidence sont moins exactes puisqu'il arrive que le village ne soit pas précisé ou qu'il manque des précisions sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle. Les informations dans ce domaine sont parfois incertaines.

Certaines informations existantes paraissent complexes à cause de la nature des consultations. En effet, elles peuvent concerner un double recours aux soins, telle qu'une femme qui fait de la fièvre et qui est également enceinte ou un patient qui consulte régulièrement pour une maladie chronique (tension artérielle). L'analyse sur la fréquence des fréquentations, sera compliqué à effectuer de manière définitive et pertinente, dans la mesure où plusieurs maladies peuvent être le fait seulement d'une ou de deux personnes.

¹⁹⁷ Parce que les femmes sont mieux représentées que les hommes (plus de 51%), on s'attend à ce que leur nombre soit par conséquent plus important.

En ce qui concerne la répartition par classe d'âge de la population consultante que nous avons pu observer dans les registres, elle ne permet pas de déterminer le profil démographique détaillé des patients. Seulement trois catégories sont souvent définies (0-4 ans, 5-11 ans, et 15 ans et plus) faisant que ce sont les moins de cinq ans qui tiennent une place plus importante.

Face à la difficulté de disposer d'informations complètes et de recueillir des données quantitatives détaillées et concordantes, poursuivre la recherche dans ce sens s'avérerait un travail long mais surtout très complexe. Nous avons choisi de poursuivre l'analyse à l'aide de données qualitatives. Compte tenu de l'objectif de la recherche qui allie description et compréhension il a été nécessaire d'étudier les parcours thérapeutiques suivis par les malades (analyse qualitative), pour comprendre les raisons et les facteurs influant sur les recours de soins.

Face à la maladie et en fonction de celle-ci, les femmes adoptent des réponses. Dans les chapitres qui vont suivre, il s'agira de développer cela au travers d'itinéraires de soins. Nous verrons qu'ils sont révélateurs d'une diversité de comportements existants.

5.2. Les itinéraires de soins, une variété de recours possibles

Les itinéraires de soins aident à répondre à cette question. Sur cette base, je m'attacherai à présenter dans un premier temps les divers recours des malades et les choix opérés en cas d'épisode de maladie. Dans un deuxième temps, j'essaierai d'identifier les éléments qui expliquent ces choix. Ils peuvent être individuels, structurels, économiques, socio-culturels, géographiques. Ils sont révélateurs du rapport entre les usagers et les différents soins disponibles.

L'itinéraire de soins ou thérapeutique peut être défini comme le parcours suivi par les malades pour soigner une affection dont ils souffrent ; il décrit les différentes étapes suivies¹⁹⁸.

En ce qui concerne le traitement de ces différentes maladies, les femmes malades utilisent les services de santé pour se soigner mais d'autres, pas. Celles qui y recourent, arrivent lorsque leur maladie s'est compliquée ou s'est aggravée. Elles sont soit référées par la structure de base de leur village/secteur, soit arrivées directement de leur domicile à l'hôpital. Mais le recours aux soins de santé par les femmes n'est pas systématique.

¹⁹⁸ Diakité B.D, Diarra T ., Traoré S., Recours aux soins et consommation dans le quartier de Bonkoni, thèse, médecine, Bordeaux III, 1992, p.32

Théoriquement, le choix va dépendre des caractéristiques intrinsèques du système de santé, donc de l'offre de soins, d'une part et de celle des usagers des soins, soit de la demande, d'autre part. Du côté de la demande de soins, on peut identifier deux éléments qui se combinent pour déterminer le type de recours : les aspects socio-culturels et économiques. L'offre de soins publics quant à elle peut être cernée par l'accessibilité géographique, la qualité des soins.

De l'étude des récits recueillis, le recours aux soins de santé apparaît comme un processus en plusieurs étapes : le non recours, les soins à domicile (automédications traditionnelles ou modernes), le recours aux thérapeutes traditionnels ou religieux et enfin les services de soins de santé (l'hôpital). J'aborde ici, les tendances générales, mais il faut garder à l'esprit que chaque itinéraire est un cas unique. Pour reprendre Y. Jaffré (1999) « il s'agit d'une tentative pour décrire le plus banal, le plus partagé »¹⁹⁹. Face donc aux nombreuses maladies qui affectent les femmes, celles et/ou leur famille ont recouru à des stratégies variées pour traiter la maladie lorsqu'elle venait à se déclarer.

5.2.1. Supporter le mal ou le non recours

Sans qu'il existe une définition unique, le phénomène de non recours aux soins de santé est appréhendé à travers un ensemble de variables issues surtout du vocabulaire médical. Celles-ci sont utilisées à la fois par les professionnels de santé mais également dans des études épidémiologiques internationales. Elles constituent donc la base de la définition du non-recours en matière de santé. Les variables dont il est ainsi question sont les suivantes : l'absence de suivi médical, ne pas avoir consulté de médecin au cours des deux dernières années (généraliste, gynécologue, dentiste) ; le renoncement aux soins : ne pas avoir réalisé les soins qu'une personne envisageait d'entreprendre et que son état de santé exigeait; le retard aux soins (tarder à consulter un soignant pour une pathologie donnée); l'inobservance thérapeutique (appelée également « non compliance » ou « non adhérence ») : ne pas avoir suivi les prescriptions du professionnel soignant, aussi longtemps qu'il fallait et selon la dose indiquée²⁰⁰.

Le non recours aux soins de santé au départ d'une maladie apparaît comme une attitude normale chez les femmes. Ainsi donc, il y a des maladies qu'elles portent sans chercher de

¹⁹⁹ JAFFRE Y. et Olivier de Sardan J.P. (1999) La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris PUF p. 361

²⁰⁰ Rode Antoine, « la légitimité des politiques sociales en question », Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, laboratoire PACTE/ Politique-Organisation, 2008

traitement ; comme si cela était naturel. L'extrait de Mariam qui va suivre est révélateur à ce sujet: (Mariam 4, 23 ans, mariée, non scolarisée, un enfant, aucune coépouse, musulmane, vend des arachides). « (...) *Il y a des maux que les femmes supportent quotidiennement comme les règles douloureuses, les maux de ventre, maux de reins, de dos; pour elles ce ne sont pas de maladies. La maladie, c'est quand c'est grave; on est couché parce qu'on ne peut pas travailler, on ne peut pas tenir debout; on ne mange pas, on souffre. Sinon ce sont de « simples » maux de tête, maux de ventre, rhume, maux de pieds, maux de dos; qui finissent par passer au bout de 2 ou 3 jours »*,

L'offre existe et les individus ont connaissance des prestations médicales offertes mais ne sont pas demandeurs. Les arguments de légitimation du non recours s'orientent vers le sens perçu de l'acuité de la maladie. En effet, au départ de la maladie, les femmes ne se perçoivent pas comme malades. Elles attendent de voir si le mal s'aggrave ; elles supportent donc leur mal pensant qu'il est passager ou que c'est un coup de fatigue : (Djénéba 2, enseignante, 34 ans, mariée, musulmane, 3 enfants, aucune coépouse), explique « (...) *C'est en prévision d'un accouchement difficile que je devais faire un examen de sang pour une césarienne et c'est là que j'ai découvert que j'étais diabétique (...). Depuis quelques jours ça ne va pas.... Souvent les femmes malades attendent quelques temps avant de se décider à aller à l'hôpital. On se dit que ça va passer et aller en consultation est vue comme une perte de temps. Lorsqu'une maladie ne t'empêche pas de marcher, d'aller et venir, tant qu'on n'est pas cloué au lit, on se dit que ce n'est qu'un « petit bobo »* ».

Pour cette autre de nos interlocutrices (Ramata 2, 27 ans, cultive la terre, vend des beignets et des épices, pas d'enfant, 3 coépouses, musulmane, non scolarisée), il s'agit moins de la non gravité de la maladie que du manque à gagner : « (...) *Si tu ne travailles pas beaucoup les gens, tes coépouses, tu ne peux pas bien t'habiller, ni bien t'entretenir. (...) C'est pour cela que je supporte les petites maladies (maux de tête, maux de dos, douleurs musculaires, règles douloureuses) jusqu'à ce qu'elles deviennent insupportables; et vous empêchent de vous lever pour aller travailler »*

Mais parfois, il arrive qu'une maladie soit sous-estimée. Cette sous-estimation est liée à la méconnaissance réelle de la maladie et de ses causes. Une situation qui contribue à retarder le recours aux soins de santé. Ainsi, Fatima a vu sa maladie s'aggraver au point qu'elle a fini par aller en urgence au CSPS de son village. Mais étant donné que la prise en charge dont elle avait besoin dépassait les capacités du centre de soins de son village, elle a été référée à

l'hôpital de Ouahigouya. Sa maladie a commencé il y a deux mois. Son ventre grossissait à vue d'œil mais elle disait n'avoir pas mal. Puis, de temps à autre, quand elle avait un peu mal, elle se faisait une infusion et ça se calmait et ainsi de suite. (Fatima, 35 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 5 enfants, aucune coépouse, travaille dans l'élevage avec mon mari). Voici ce qu'elle dit : « (...) *C'est vrai au départ mon mari a fait la remarque (que son ventre grossissait) mais comme je n'avais pas vraiment mal, je lui ai répondu que mon ventre a toujours été ainsi. (...) Puis les douleurs ont commencé à s'accroître. J'ai attendu tout ce temps parce que je n'avais pas vraiment mal et je me disais que ça allait passer. Mais non, on a fini par aller au CSPS de notre village puis delà, on a été référée au CHR où je suis hospitalisée; à croire que c'est sérieux à présent* »,

Comme Fatima n'avait pas mal, elle a cru que la grosseur dans son ventre n'était pas quelque chose de grave. Or, un même symptôme peut cacher des maladies très différentes dont le degré de gravité ne se mesure pas que sur la perception de l'acuité du mal.

C'est ce que l'on a constaté dans le récit de Fati (Fati 2, 60 ans, musulmane, non scolarisée, veuve, a vécu en Côte d'Ivoire, 4 enfants, vend des légumes au marché) : « (...) *J'avais souvent mal comme le palu, avec de la fièvre; alors je me traitais comme si c'était le palu. Ça passait puis au bout de quelques temps ça revenait. De plus j'ai commencé à avoir des maux de tête fréquents, des coups de fatigue; cela a duré un plus d'une année. Puis j'ai fini par aller en consultation aux urgences et il m'a été révélé une hypertension artérielle. Aujourd'hui je suis venue pour contrôler ma tension (...)* ».

C'est au bout d'un certain délai d'attente, trois à quatre jours, une semaine, voire des mois, lorsque le mal ne recule pas et/ ou persiste, que les femmes entreprennent de chercher un traitement. Le premier recours est souvent l'automédication.

5.2.2. L'automédication, un réflexe

L'automédication est définie généralement comme étant l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens²⁰¹. Alors que pour Freidson, E. (1984)²⁰², l'automédication fait appel à ce qu'il nomme le « système référentiel profane », qui est la culture et le savoir personnel ou du réseau social qu'ont les

²⁰¹ Dr Pouillard Jean, Rapport adapté lors de la session du conseil National de l'ordre des médecins, février, 2001, en ligne consulté le 11/11/ 2011

²⁰² Freidson, E., 1984 « La profession médicale », Paris, Payot

individus sur la santé et les soignants. Elle ne concerne pas théoriquement la médication officinale qui est une proposition du pharmacien. L'automédication vise généralement d'abord les problèmes assez bénins tels que les douleurs, la fatigue, l'insomnie, la toux, la constipation, ainsi que les petites allergies, pour ne pas gêner la vie courante et en attendant d'une éventuelle consultation médicale. Selon l'auteur, elle est aussi utilisée par des patients qui (par pudeur), ne veulent pas montrer leurs symptômes au médecin. C'est un processus d'autonomisation du malade par rapport au médecin, auquel l'individu ne fera appel que lorsqu'il juge que son problème dépasse ses compétences.

Le seuil pour commencer les soins, c'est lorsqu'on ne peut plus travailler. Pour reprendre Djénéba 2, elle disait : « *Lorsqu'une maladie ne t'empêche pas de marcher, d'aller et venir, tant qu'on n'est pas cloué au lit, on se dit que ce n'est qu'un « petit bobo »* ». Autrement dit, c'est le fait pour les femmes de ne pas pouvoir de mener leurs activités quotidiennes qui déclenche les soins.

Pour conclure, trois formes d'automédication peuvent être mises à jour à travers les propos de ces interviewées : traditionnelle, pharmacopée, médicaments pharmaceutiques.

En automédication traditionnelle, les femmes utilisent des infusions, tisanes à base de plantes locales pour se soigner. La connaissance de la flore locale constitue un recours quotidien de premier choix pour les femmes. Ce sont des recettes de mères ou grands-mères souvent transmises de génération en génération. Elles servent à soigner certaines maladies infantiles ou groupe de maladies telles que les diarrhées, la rougeole, le palu, A titre illustratif par exemple (et par expérience personnelle) pour soigner le paludisme « *on peut associer plusieurs types de feuilles de papayer, de manguiier et de nîmier ; auxquelles on ajoute du citron et / ou des feuilles de citron. Ensuite on fait bouillir l'ensemble. La tisane obtenue peut être bu par le malade ou servir à se laver, ...* ».

C'est ce qu'affirme également, Azèta1, 31 ans, mariée, 3 enfants, musulmane, scolarisée, employée à l'hôpital : « *Je suis venue en consultation parce que je désire avoir d'autres enfants. Mais je viens aussi pour soigner d'autres maladies comme le palu. Lorsque j'étais chez mon père j'ai eu la fièvre, le palu, des maux de tête. Pour se soigner on faisait bouillir des feuilles et racines de plantes; on buvait l'infusion, ou on se lavait ou inhalait; c'était surtout valable pour le palu (...)* ».

Parlant également de cette pratique Azèta 2, 45 ans, 7 enfants, 3 coépouses, séparée, cultive la terre, musulmane, non scolarisée, non membre d'une association. Elle est hospitalisée pour plusieurs maux dont le palu, la fièvre, le manque d'appétit et de maux de ventre. Elle est malade depuis un certain temps déjà, un an mais est hospitalisée depuis 20 jours). Elle dit ceci : « (...) lorsque la maladie n'est pas maîtrisée ou s'aggrave, interviennent d'autres ressources locales, de niveau supérieur. Il n'est pas rare que cette étape se combine avec un autre recours comme l'automédication. Il s'agit souvent de remèdes préparés à la maison (tisanes, des produits à base de feuilles d'arbres, de racines de plantes, des poudres de toutes les couleurs) ; des médicaments vendus sur les marchés (paracétamol) et /ou en pharmacie ».

Dans le prolongement des soins traditionnels, il y a aussi la pharmacopée : elle est l'ensemble des médicaments, souvent des extraits à base de plantes médicinales locales, utilisées selon les régions depuis une certaine époque. Selon Kagambèga, M. (2010)²⁰³ près de deux mille espèces de plantes sont répertoriées et validées. Certaines d'entre elles sont utilisées dans le traitement de maladies telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, le diabète, la drépanocytose, les hépatites, l'hypertension artérielle, ...

Les produits de la pharmacopée sont vendus dans les marchés par de herboristes et/ ou guérisseurs. Des recettes sont élaborées pour chaque maladie ou groupe de maladies et les traitements peuvent être préventifs ou curatifs. Ce type de recours est également étudié par Kagambèga, M. (2010)²⁰⁴ qui souligne son usage quotidien, surtout dans le secteur informel. Ses praticiens parfois installés dans les marchés sont sollicités aussi bien par les hommes que les femmes pour la prévention, le traitement des maladies et l'approvisionnement d'autres thérapeutes.

Les coûts sont jugés peu chers et englobent le prix des remèdes et les frais de consultations. Selon notre propre expérience, un traitement ordinaire (palu) de 200 à 300 FCFA peut atteindre 2000 FCFA à l'hôpital. Les estimations faites par Kagambèga vont également dans ce sens : « un traitement de 250FCFA peut atteindre 500 FCFA et plus dans une clinique ».

Le propos de Mame Fatima (la mère d'une de nos interviewées) et que nous avons déjà citée, est parlant à ce propos : « ... Si c'est le palu, j'utilise des plantes médicinales. Je peux cueillir certaines feuilles de plantes que je peux bouillir pour boire et/ ou me laver ; sinon je les

²⁰³ Kagambèga Michel, 2010, « L'Assurance Maladie au Burkina Faso. De la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques de santé », doctorat Université Bordeaux II, p.169

²⁰⁴ Ibid, p. 170

achète chez les guérisseurs (herboristes) au marché. Ces plantes soignent bien le palu. Ça coûte environ 200 FCFA (à peu près 20 centimes)...(...) ».

Les femmes entreprennent également de se soigner avec des médicaments pharmaceutiques. Ceux-ci sont achetés au marché ou en pharmacie. C'est le cas de Madame, 65 ans, veuve, 8 enfants, aucune coépouse, musulmane, non scolarisée. Elle vend des épices et des légumes, élève des moutons. Elle souffre d'hypertension artérielle, de maux de cœur, de vertiges, de maux de tête, a mal aux yeux. *« A chaque fois que je me mets debout », dit-elle, « j'ai la tête qui tourne et mal au cœur. Avec les maux de tête, je prenais souvent du paracétamol et ça calmait. Mais au bout d'un certain temps, j'ai commencé à avoir des problèmes aux yeux, des maux de tête fréquents, et le paracétamol ne pouvait plus rien (...) J'ai attendu comme ça près d'un an avant d'aller à l'hôpital. J'ai pensé à un coup de fatigue passagère, des petits maux de tête, Que ça va passer (...) ».*

Le récit de Mariam 4, 23 ans, mariée, non scolarisée, un enfant, aucune coépouse, musulmane; je vends des arachides, est révélateur : *« (...) Je suis venue en consultation pour mon enfant. (...) Je ne tombe pas malade souvent. Quand ça ne va pas j'achète des comprimés et ça passe. Quand tu as la tête qui cogne un peu, tu prends des comprimés et ça passe et tu continues à mener tes activités ».*

Ce témoignage rejoint paradoxalement celui d'une jeune femme enseignante, Nicole. A la seule différence qu'elle achète ses médicaments en pharmacie (circuit formel) : Nicole, Kadijata, 23 ans, célibataire, sans enfant, catholique, enseignante. Elle souffrait de céphalées. Elle a commencé par se traiter avec des médicaments qu'elle a achetés et qu'elle a l'habitude de prendre pour ce mal. Voici son explication : *« j'ai commencé par prendre des médicaments pensant que c'est une fatigue passagère. Habituellement ça passe, mais cette fois non, j'ai toujours mal. A présent, j'ai très mal à la tête. Je suis allée en classe pour enseigner mais je ne pouvais pas tenir, alors je suis venue en consultation (...) ».*

Cette automédication par l'achat de produits en pharmacie a été également analysée par I. Gobatto (1999). Pour l'auteure, des relations entre le pharmacien et le malade s'établissent dans un contexte de proximité basée sur l'appartenance à un même quartier, ou à un même réseau social. Par la suite, le pharmacien est sollicité par les malades pour trouver des solutions à leurs problèmes sans passer par les établissements de soins publics. Cette attitude s'observe dans le cas où des symptômes ne sont pas jugés « graves » et que le malade recherche la prescription d'un médicament utilisé lors d'un traitement précédent, ou encore,

que le malade pense reconnaître les évolutions d'une maladie (pour les avoir subies ou vues dans son entourage). Pour ce dernier cas, le malade a souvent gardé une partie de l'emballage du médicament qui lui avait été prescrit, et va trouver le pharmacien pour obtenir le produit.

On peut avancer que ces comportements sont fréquents du fait que les thérapies sus citées sont facilement accessibles et permettent parfois d'obtenir des résultats identiques à celui d'une prescription dans un établissement de soins modernes, sans que ne soient ajoutés les frais de consultation.

Le contexte favorise cette pratique avec la vente des médicaments (comprimés) sur les tous les marchés. Cette vente constitue un circuit parallèle et informel de distribution de médicaments non inscrits sur la liste nationale des médicaments. Elle est pourtant dynamique et très répandue au Burkina²⁰⁵. Ce qui permet une facilité d'accès aux produits et sans ordonnance.

Les femmes considèrent ce type de remèdes comme les plus efficaces contre les maux de tête, de ventre, ou du palu. L'achat de médicaments ou d'autres remèdes utilisés par les femmes s'observe pour les maladies courantes dont les malades pensent connaître les manifestations et les symptômes pour les avoir déjà subis ou vus dans leur entourage²⁰⁶.

L'automédication constitue donc un premier recours. De manière générale, elle est gérée de façon individuelle. Mais elle peut être également collective, avec des remèdes utilisés par d'autres personnes de l'entourage pour des symptômes semblables.

Les arguments de légitimation des démarches empruntées par nos interlocutrices pour se soigner, s'orientent ainsi vers le sens perçu de l'acuité de la maladie, la non gravité des symptômes perçus. La plupart du temps, c'est l'incapacité de pouvoir travailler qui est souvent le seuil pour recourir aux soins, car dans les familles où il n'existe aucune prise en charge (publique cela s'entend) et que ce sont les femmes qui assurent les tâches domestiques et d'entretien des membres de la famille. Dans leur cas ne pas pouvoir travailler revient à ne plus pouvoir assumer son rôle. Comme en témoigne cet extrait tiré des résultats d'une étude

²⁰⁵ Pour plus de détails lire le travail de Saouadogo Hamado, « Etude des risques de santé liés à l'utilisation des médicaments vendus sur le marché informel à Ouagadougou (Burkina Faso) », doctorat de pharmacie, Université de Ouagadougou, Juillet, 2003, p.47

²⁰⁶ C'est un comportement très fréquent en Afrique, même si cela se passe à des degrés divers en fonction des pays. Un exemple a été apporté par une étude effectuée à Bangui (en Centrafrique) sur les comportements de recherche de soins des jeunes. Ils considèrent les pharmaciens comme des lieux de soins très appréciables puisqu'ils offrent un résultat identique à celui fréquemment obtenu par une visite classique dans un centre de santé, à savoir l'obtention d'une prescription médicamenteuse, sans que n'y soit ajouté le prix de la consultation, I. Gobatto, 1999 op. cit.: 187.

récente réalisée sur la santé des femmes en Afrique subsaharienne, en 2004, interrogé, un mari béninois estime qu' « une femme ne doit jamais tomber malade, si elle l'est, qui prendrait en charge ses tâches domestiques ? » (Resar, 2004)²⁰⁷.

« On supporte les petites maladies jusqu'à ce que cela devient insupportable et vous empêche de vous lever pour aller travailler ».

Car lorsqu'on ne peut plus travailler, on ne peut plus satisfaire ses besoins, même les plus élémentaires tels que bien s'habiller, s'entretenir, ... De ce fait, les soins relèvent du registre de l'instrumental ; les femmes entreprennent de se soigner pour remettre leur corps en bon état parce qu'il est avant tout un outil qui permet de travailler la terre, de mener des activités diverses pour s'entretenir et s'occuper de sa famille.

Le choix d'un recours n'est pas définitif et les parcours peuvent basculer d'une étape à une autre selon l'évolution de la maladie.

5.2.3. Les tradipraticiens et/ou marabouts, un recours quotidien

Les guérisseurs ou tradipraticiens exercent dans la médecine traditionnelle. Selon la définition de l'OMS (1976)²⁰⁸, la médecine traditionnelle est l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social. Elle se fonde exclusivement sur les expériences vécues ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, en tenant compte du concept original de la nature qui, en Afrique, inclut tout à la fois le monde matériel, l'environnement social, vivant ou mort, ainsi que les forces métaphysique de l'univers. Cette définition est reprise au Burkina comme « l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques matérielles ou immatérielles, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, préserver ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique ou social, en s'appuyant exclusivement sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit et sur des expériences vécues », (MS, 2004)²⁰⁹. Une chose est sûre, la médecine traditionnelle consacre plusieurs pratiques thérapeutiques qui relèvent de plusieurs instances (S. Fainzang, 1986 ; Yoda, 2005).

²⁰⁷ Resar, 2004, op. cit., p. 36

²⁰⁸ OMD/Bureau Régional pour l'Afrique « Médecines Traditionnelles Africaines ». Rapports techniques AFRO, n°1 Brazzaville, 1976,

²⁰⁹ Décret n°2004-568/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, 2004, p.1

Le recours aux soignants traditionnels est une pratique qui ressort chez nos interviewées. Il intervient lorsque les traitements ordinaires et d'automédication n'ont pas réussi à venir à bout de la maladie. Sans le nommer explicitement, Maïnémata, 32 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 4 enfants, 2 coépouses. Elle aide son mari dans l'élevage (peulh) et vend du lait et du savon). dit ceci : « (...) *J'ai mal au cœur, aux yeux et des douleurs musculaires; je suis malade depuis longtemps, au moins 6 mois. Je me soignais à l'indigénat à la maison au début mais ça empiré. Puis mon mari et mon beau - père ont commencé à me rapporter d'autres remèdes qu'ils allaient chercher ailleurs* (sous entendu hors du village, chez des soignants traditionnels). *On espérait que je guérirai mais rien n'y fit. Alors nous sommes venues à l'hôpital. (...)* » Au départ elle se soignait avec des infusions et décoctions, qu'elle préparait elle-même à la maison. Mais le mal ne reculait pas. Ensuite, elle s'est fait soigner avec d'autres produits indigénats (traditionnels) que lui rapportaient son mari et son beau-père. Sous-entendu, que ceux-ci se rendaient auprès de tradipraticiens pour les consulter. Et ensuite, ils rapportaient les remèdes à la maison qu'ils administraient à la malade.

I. Gobatto (1999 : 161)²¹⁰a également souligné cette pratique. En effet, selon cette auteure, les guérisseurs sont largement consultés au Burkina comme dans beaucoup de pays africains. Ils disposent d'une légitimité dans l'élaboration de diagnostics et dans la dispensation de soins. Ils soignent le « corps biologique » par « le corps social » (Bonnet, 1982)²¹¹, ou assurent la « cure du corps » par la « cure de l'esprit (Loyola, 1983)²¹². Ils s'inscrivent dans une appréhension de la vie et du monde, où le désordre, pour être traité, doit trouver une explication et une cause dans les relations que l'individu entretient avec la société. Les guérisseurs existent par et pour les malades qui y recourent avant, après ou en même temps que les traitements médicaux modernes. Du cadre supérieur à l'agricultrice, du ministre à la vendeuse de légumes, en passant par l'animatrice, l'institutrice, l'infirmier ou le chef de clinique, tous ont recours de façon sporadique ou régulière aux tradipraticiens²¹³.

On voit également apparaître une dimension spirituelle dans les soins. Cela signifie que la religion est aussi utilisée comme une étape de soins. La religion répond comme les soins traditionnels, et intervient comme une étape possible dans le parcours de soins des femmes. Alizèta 50 ans, agricultrice et éleveuse d'animaux. Elle est musulmane, mariée, 3 coépouses

²¹⁰ Gobatto, I., 1999, op. cit.

²¹¹ Bonnet D., 1982, « Corps biologiques, Corps social », Paris, Ed. de l'Orstom

²¹² Loyola N. A., 1983, « L'Esprit et le Corps », in « Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio », Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

²¹³ I. Gobatto Idem

et 7 enfants. Elle est malade du diabète. Avant d'arriver aux urgences à l'hôpital, elle a dû se soigner à la maison d'abord : « Avant de venir à l'hôpital, on se débrouille comme on peut. Au départ de ma maladie, je me soignais, pour commencer, avec des infusions à base de plantes, de feuilles (des recettes de grands-mères ou qu'on a apprises au fil du temps avec des amies, une voisine, la belle-mère, un parent). Comme mon état de santé ne s'améliorait pas, j'ai également eu à me soigner avec des produits de marabout. Chez nous, on est musulmans ; mon mari et mon père sont pratiquants. Quand il y a un malade, on demande aussi la santé à Dieu par l'intermédiaire d'un marabout. Ce dernier connaît le coran (les versets qui soignent), il prie et à la fin il donne des produits sur la base de notre religion. C'est souvent sous forme de liquide à boire ou pour se frotter le corps, ça peut être une poudre et/ou des aumônes (sacrifices) à faire. Souvent ça marche. Mais si avec ça tu ne guéris pas et que la maladie s'aggrave, on t'emmène à l'hôpital. »

C'est également le cas de Mariam 5, 57 ans, mariée, 9 enfants, 4 coépouses, musulmane, non scolarisée, vendeuse d'arachides et de céréales. Elle souffre d'une hypertension artérielle. Sa maladie a été découverte alors qu'elle était en visite chez sa fille (dont le mari est infirmier).

Elle est venue en consultation lors de notre passage à l'hôpital pour contrôler sa tension, elle explique : « (...) Je souffre d'une hypertension artérielle. Tout a commencé il y a 17 ans, après le décès d'un de mes enfants. J'ai beaucoup souffert (...) C'est après 4 ans que j'ai su de quoi je souffrais; je me soignais avec des infusions à base de feuilles de plantes.

Je suis venue en consultation aujourd'hui pour contrôler ma tension. Les femmes ne vont pas tout de suite se soigner quand elles sont malades, par ignorance et à cause de la pauvreté (manque d'argent). (...) Enfant, j'ai eu le palu et des maladies dont je ne me souviens pas. Mon père est musulman pratiquant. Chez nous, il n'est pas question d'indigénat pour soigner un malade. On demande la santé à Dieu. On prie et à la fin, on donne des produits sur la base de notre religion ».

Le recours aux soignants de la médecine traditionnelle est tout aussi déterminant et naturel. Lorsque la maladie se complique, la première attitude est de consulter un guérisseur. La femme informe son mari et à travers lui, toute la famille (au sens large), le réseau social. Cette démarche tient en ce qu'elle participe à la cohésion du groupe, de la famille²¹⁴. C'est la perception de signes apparents de gravité sur la malade, qui pousse à recourir à cette étape des

²¹⁴ Rappelons que la santé, dans la plupart des ménages au Burkina, ne fait l'objet d'aucune épargne ; de même qu'il n'existe pas d'assurance maladie pour tous dans le système de sanitaire publique, les malades comptent sur la solidarité sociale, l'aide familiale ; parce qu'à un moment ou l'autre dans le recours aux soins le problème d'argent se pose.

soins. A partir de ce moment, le choix thérapeutique n'appartient plus à l'individu. La famille au sens large y joue un rôle primordial car c'est à elle que revient la tâche de chercher à savoir le problème exact qui fait souffrir le malade et d'apporter les remèdes appropriés.

Cette démarche en général, permet implicitement à la famille et à l'entourage, de chercher les causes profondes (sociales) de la maladie et les moyens plus adaptés d'y remédier. Chacun produit un discours sur la maladie qui fait intervenir sa propre expérience. On apporte au malade du soutien qui peut être en nature ou en espèce. En général, même les voisins ne restent pas indifférents.

Ces thérapies contribuent à éloigner les femmes des services de soins de santé ou font que le moment où les malades demandent les soins de santé arrivent tardivement. Parlant de sa préférence pour les soins traditionnels, le récit de Mama Fatima, 55 ans, non scolarisée, ménagère, veuve, précédemment citée illustre bien cet aspect.). Il lui arrive d'aller consulter dans un centre public de soins mais c'est après une absence de guérison dans des soins traditionnels.

Elles mettent également en exergue les habitudes de traitements des populations acquises depuis longtemps et auxquelles les individus restent attachés. La persistance des soins traditionnels peut aussi s'expliquer par la réforme du système de santé burkinabè, qui depuis la loi n°23/94/ADP, portant code de santé publique du 19 mai 1994 reconnaît la légalité de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. Une situation qui conforte les tradipraticiens dans leurs pratiques quotidiennes et encourage les usagers.

Une étude récente de l'OMS²¹⁵, confirme également la persistance de cette pratique. Selon celle-ci, le pourcentage de la population ayant recours aux médecines traditionnelles au moins une fois est de 48% en Australie, 49% en France, 70% au Canada, 31% en Belgique, 42% aux Etats Unis d'Amérique. Dans certains pays d'Afrique Subsaharienne tels que le Mali, le Ghana ou le Nigéria, les plantes médicinales sont le traitement de premier choix pour plus de 60% des enfants atteints de fièvre. Et d'une manière générale, en Afrique, jusqu'à 80% de la population recourt à la médecine traditionnelle.

Si après les traitements habituels la malade n'a pas retrouvé la santé, si aucune amélioration n'apparaît, les malades et/ ou leur famille recourent aussi aux guérisseurs.

²¹⁵ OMS/Observatoire de la santé en Afrique « Médecine traditionnelle », Revue du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, 2003

5.2.4. *Hôpital, une autre possibilité de recours*

L'organisation du système de soins au Burkina est de type pyramidal. Les centres hospitaliers régionaux (CHR), comme celui de Ouahigouya, sont dans cette structuration, le deuxième niveau. Ils servent théoriquement de référence et de recours aux Centres de base. Ces derniers réfèrent les malades dont les soins dépassent leurs compétences techniques ; les cas qui nécessitent des soins spécialisés. En tant que structure de référence, tous les malades qui arrivent à l'hôpital doivent être envoyés par des thérapeutes d'un service inférieur de soins dans la pyramide. Or, en ce qui concerne les malades que nous avons rencontrés, seulement quelques unes ont dit avoir été référées par les centres de soins de leur quartier ou villages ; les autres sont arrivées directement. Dans tous les cas, on peut supposer que les malades arrivent dans les centres de soins au moment où l'évolution de leur maladie a dépassé une consultation à la formation sanitaire la plus proche ou que la maladie supposée de courte durée s'est aggravée. C'est ce qui ressort du témoignage d'Azèta 1, 31 ans, mariée, 3 enfants, musulmane, scolarisée, employée à l'hôpital. Pour elle, l'hôpital c'est le dernier recours lorsqu'on a tout essayé et que la maladie ne recule pas. Dans son cas, elle est finalement allée consulter à l'hôpital après avoir essayé de tomber enceinte et que tout ce qu'elle avait entrepris comme traitements s'était avéré inefficace ; « *Je suis venue en consultation parce que je désire avoir d'autres enfants (...) L'hôpital c'est le dernier recours; on n'y va pas tout de suite (...)* ».

L'hôpital apparaît ici, comme le dernier recours dans l'itinéraire de soins. C'est généralement lorsque la malade ou sa famille ont épuisé les circuits habituels, sans aucun signe d'amélioration, qu'elles se s'orientent vers les établissements de soins de santé. On peut dire dans ces cas, qu'il s'agit d'urgences médicales, d'aggravations subites. C'est également le début des situations extrêmes, comme le cas de Ramata, déjà citée, et qui est arrivée au bureau des sages femmes pour cause d'un prolapsus.

A l'hôpital, on a souvent affaire à des urgences, la femme qui a rompu la poche des eaux à domicile, ou encore Limata 5, 40 ans, une patiente conduite à l'hôpital dans un état de santé critique ; suite au déclenchement d'une diarrhée que ni elle ni sa famille n'arrivaient à arrêter. Arrivée à l'hôpital depuis la veille, elle est pourtant très malade depuis un mois, et nous explique : « *Il y a environ un mois j'ai eu des maux de ventre puis une constipation qui a fini en diarrhée. Pendant tout ce temps j'ai été soignée avec des produits indigénats que me rapportaient mon fils, parce que je suis veuve, c'est lui qui s'occupe de moi. Mais je ne vais*

pas mieux; je suis allée au CSPS de Doma qui m'a référée à l'hôpital ». La malade assistée de deux belles- sœurs était accompagnée par son fils.

Le moment où les femmes malades ou leur famille, demandent l'intervention des services de soins de santé, ne suit pas la même logique que celle prévue par le système de soins de santé. Cette situation met ainsi en évidence la faible intensité du recours aux soins biomédicaux et/ou recours tardifs. C'est ce que confirme aussi ce propos recueilli²¹⁶ auprès de ce médecin qui a exercé quelques années en France, puis en zone rurale de retour au Burkina et qui mène aujourd'hui des activités de recherche et d'enseignement à Ouagadougou. Il raconte le fonctionnement du malade dans le contexte du Burkina :

Le moment où les gens demandent à la médecine moderne d'intervenir n'est pas le même qu'en Europe. En Europe, c'est plus la prévention, le malade viendra vous voir parce qu'il sent qu'il a une petite migraine, il veut faire du sport, il a le genou qui n'est pas tout à fait parallèle à l'autre, donc, il prévient. Alors qu'ici l'individu tant qu'il peut supporter, il n'est pas demandeur, ensuite il fait sa petite salade, il se soigne seul, il voit une vieille du village, et c'est quand vraiment il n'en peut plus qu'il se réfère à l'institution médicale. Donc quand le pronostic vital est menacé. Vous ne verrez pas quelqu'un spontanément aller dans une formation sanitaire et venir vous voir disant docteur, je veux que vous vérifiez ma tension, en dehors de certaines personnes qui ont appris qu'on peut mourir si on a de la tension. Mais par contre s'il fait une hémiplégie du fait de sa tension, on va le transporter vite à la formation sanitaire. Donc ici on a affaire à une médecine de catastrophe : la femme qu'on amène parce qu'elle a fait une rupture utérine alors que si on avait surveillé la grossesse, on se serait rendu compte qu'elle ne peut pas accoucher par voie normale, l'individu qui a perforé son ulcère alors qu'il a passé des années à dire qu'il a mal... ».

Les malades se traitent ailleurs ou pas, avant d'aller vers un établissement de soins public. Ils s'y rendent à des stades jugés dépassés pour toute thérapie selon les professionnels de santé. Ils ont des pratiques de soins dans lesquels les soins publics de santé ne constituent qu'une possibilité de recours.

Nous avons vu que les itinéraires de soins de nos interviewées révèlent quatre formes, à savoir : le non recours ou supporter le mal, l'automédication traditionnelle et/ou

²¹⁶ I. Gobatto, op.cit., p. 149

pharmaceutique, le recours au guérisseur/ marabout ou devin selon la religion, et le recours à l'hôpital ou établissement public de soins de santé.

Il apparaît également que les différentes formes de recours sont établies en fonction du type de maladie.

- Les maladies que l'on supporte quotidiennement, sans chercher de traitement ou peu : les « petits » maux de tête, les petits palus, maux de ventre et/ ou règles douloureuses, rhume, douleurs musculaires/ courbatures, mal de pied, mal de dos, maux de reins, les maladies infantiles courantes, ainsi que les refroidissements. Les maladies bénignes qui ne laissent de place à la recherche de sens ; des maladies présentes sur une courte durée.
- Les maladies qui conduisent à consulter un thérapeute traditionnel ; des maladies aux symptômes diffus, plus graves ; qui persistent après une courte durée de traitement. Ce sont les maladies aiguës : paludisme aigu, jaunisse, maux de ventre et maux de tête chroniques, maux de reins aigus, diarrhées aiguës, douleurs musculaires, difficultés respiratoires ; les maladies courantes aiguës dont la douleur est encore supportable. Il y a des maladies pour lesquelles un recours chez un soignant traditionnel ou devin, est impératif. C'est le cas de la maladie dite Wafo (en langue mooré) ou maladie du python. Elle provoque des éruptions cutanées sur le malade, sous forme de plaques ressemblant à la peau du python. Ou encore la maladie de l'oiseau (luila en mooré) qui est transmise au fœtus lorsque la mère dormant à la belle étoile, est survolée par un oiseau. Les causes seraient une transgression d'un interdit ou la colère d'un génie²¹⁷.
- Les maladies conduisant à aller dans une formation sanitaire ou à l'hôpital : hypertension artérielle, maladies du cœur, les complications respiratoires, de goitre, les grossesses avec complications, les ruptures utérines, les prolapsus, les chirurgies (césariennes), les accouchements difficiles, les avortements spontanés, maladies subites, les urgences, le VIH/ Sida, les épidémies de méningites, les maladies intestinales graves (maux de ventre graves, diarrhées ininterrompues, ...).

²¹⁷ Kagambèga, M., 2010 « L'Assurance maladie au Burkina Faso : de la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques de santé », doctorat, Université Bordeaux II, p. 194

Toutefois, ces différentes formes de recours aux soins, ne semblent pas aussi distinctes les unes des autres. Il est rarement constaté l'utilisation exclusive des formations sanitaires ou de l'hôpital.

En effet, les maladies qui conduisent les femmes à consulter dans un hôpital n'empêchent pas les familles d'aller, en parallèle, chercher le sens profond du mal ou des remèdes auprès d'un tradithérapeute, guérisseur ou devin. Ne sachant pas si la maladie est d'origine naturelle ou non, on se dit que la malade peut avoir un soulagement momentané ou une guérison de courte durée. Alors on mélange les traitements souvent à l'insu des agents soignants, pensant obtenir une guérison définitive ou durable. Le propos de ce médecin burkinabè tiré de l'étude de I. Gobatto (1999) est assez révélateur : « (...) *Même quand ils viennent à l'hôpital, c'est qu'ils ont échoué à toute pratique traditionnelle, ça c'est sûr. Il n'y a pas un seul qui va venir sans avoir essayé un traitement ailleurs. Même les intellectuels, les gens du corps médical... Et vous, (médecins), à l'hôpital, vous faites votre traitement, et en même temps le soir ou quand les médecins ne sont pas là, ils font leur traitement. La plupart du temps, tu vois ça quand tu essaies de réanimer un enfant avec un massage cardiaque, il faut le faire assez fort, et quelquefois l'enfant vomit. Et là, tu vois toutes sortes de choses, ça sort noir, aussi bien par la bouche, par le nez que par l'anus... alors que toi tu sais qu'il n'ya aucune poudre noire dans ton traitement. Vous imaginez les problèmes que ça pose... (...)* ».

Parmi des études qui ont traité des itinéraires thérapeutiques des malades (Benoist, 1996) et tenter d'en analyser les logiques, si la question du sens social d'un mal ne se pose pas systématiquement et laisse parfois place à un traitement « ordinaire » d'un épisode de maladie (Desjeux et al., 1993)²¹⁸, elle reste pourtant l'une des clés des dynamiques thérapeutiques en quête de guérison. Ces recherches ont rarement constaté l'utilisation exclusive d'un secteur ; un choix n'est jamais définitif à condition que le malade recouvre la santé.

Pour Sindzingre le fait que la médecine moderne (institution de soins publique) ne puisse répondre aux questions : « *Pourquoi moi, maintenant... ? Comment cela m'arrive ? Qui ou quoi a initié l'infortune qui m'affecte?* », en cas de guérison de la maladie, est la raison explicative de la consultation chez le soignant traditionnel ou devin²¹⁹.

²¹⁸ Desjeux D. Fabré I et al. (1993) Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte, Paris, l'Harmattan

²¹⁹ Ibid. p.194

5.2.5. *Le recours successif des deux médecines*

Les deux types de soins sont successivement utilisés. Lorsqu'un premier registre ne produit pas d'effet, la malade ou sa famille passe à un deuxième registre. D'une manière générale, les malades passent d'abord par les soins locaux, traditionnels, et lorsqu'il n'y a pas d'amélioration ou que la maladie s'aggrave, elles viennent au centre de soins. C'est ce que nous avons relevé dans les récits qui suivent :

Prenons d'abord le récit de Mainémata, 32 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 4 enfants, 2 coépouses. Elle aide son mari dans l'élevage (peulh); je vends du lait et du savon. Emmenée à l'hôpital parce qu'elle a mal au cœur, aux yeux et des douleurs musculaires. Elle est malade depuis longtemps, au moins 6 mois. Mais elle a commencé par se soigner à l'indigénat, à la maison. Puis par la suite (comme la maladie persistait), avec des produits que son mari et son beau-père lui rapportaient (guérisseurs). « *On espérait que je guérirai dit-elle, mais rien n'y fit* ». Alors elle a été conduite à l'hôpital.

Enfin Minata 3 (du secteur 6, 54 ans, suis musulmane, non scolarisée non membre d'un groupement, mariée, 3 enfants, aucune coépouse, commerçante). Nous raconte ceci : « *Les maladies que j'ai connues lorsque j'étais enfant ou jeune fille, c'est le palu, les maux de ventre, les maux de tête, les règles douloureuses. Ma mère me soignait avec des produits traditionnels (...) Depuis que je suis mariée, les règles douloureuses continuent; je poursuis les soins à l'indigénat. Je suis hospitalisée pour un mal de bras (taches), de tête et du cœur. Il y a de cela deux ans que ça commencé. Je pensais que c'était la teigne, j'ai traité à l'indigénat pendant au moins 3 mois mais ça persistait. J'ai donc pris la décision d'aller consulter à l'hôpital. J'ai fait des examens de sang et à la suite j'ai obtenu des médicaments (en comprimés et liquide). Je ne suis pas encore guérie. C'est moi qui achète mes médicaments et mon mari m'aide aussi. Dans mon enfance, il n'y avait pas beaucoup de maladies comme aujourd'hui; c'étaient de simple maux de tête, de ventre, la toux de petites fièvres, etc. Ma mère comme toutes les autres, ont des remèdes en infusions, tisanes et décoctions et c'est efficace. Je ne suis jamais allée à l'hôpital.(...)* ».

En étudiant les itinéraires de soins de nos interviewées, nous avons pu constater la pluralité des formes de pratiques qui en somme tiennent compte des types de maladies. Il apparaît par ailleurs que malgré la disponibilité des services de santé, les individus n'en font pas leur priorité dans leurs itinéraires thérapeutiques. Nous allons à présent tenter d'apporter des

éléments de réponse à la question, pourquoi ? Quelles sont les raisons avancées par les intéressés pour expliquer leur comportement ?

Ces itinéraires nous révèlent qu'en général, les deux recours sont utilisés pour une maladie. Lorsqu'un système ne permet pas au malade de guérir, on a recours à l'autre.

6. ANALYSE DES RAISONS AVANCEES

Le recours aux soins peut se définir comme l'utilisation, l'accès effectif, réel, réalisé ou révélé, des services de santé. L'OMS²²⁰ différencie le recours et l'accès dans la mesure où des inégalités d'accès sont alors plutôt des inégalités de couverture sociale (financement et ayant droit) et le recours la réalité finale de son usage (recours aux soins). Mais cette démarche peut être influencée par plusieurs éléments. La recherche de soins de santé peut se heurter à des croyances et/ ou contraintes socioculturelles. Ainsi, le cheminement de la malade à la recherche d'un traitement apparaît comme la résultante de plusieurs logiques et de causes structurelles que nous allons tenter d'appréhender. Sur la base des divers itinéraires, qui révèlent plusieurs étapes de recours aux soins, je vais tenter d'analyser les éléments et les raisons qui influencent ces choix ou les motivations qui orientent la quête de soins.

6.1. Impact de l'univers culturel et social de la malade

6.1.1. L'interprétation de la maladie

6.1.1.1. La sévérité de la maladie

Les exemples cités dans la première étape de recours aux soins (cf. p.128-130) révèlent un aspect fondamental, à savoir le niveau d'importance que la malade et/ sa famille ont du mal ou de son état d'évolution. Le fait qu'une maladie est rapidement prise en charge ou non dénote de sa gravité perçue. C'est ce qui ressort du récit de Mariam (Mariam5, 59 ans, non scolarisée, 9 enfants, musulmane, vend des arachides et des céréales). C'est une femme séparée, chef de son ménage. Elle est malade de l'hypertension artérielle et c'est seulement au bout de plusieurs mois d'attente (traitement traditionnel) qu'elle a fini par aller consulter dans un service de santé. Voici son histoire : « (...) *Je suis venue en consultation pour contrôler ma tension. J'étais malade auparavant, pendant un an et j'ignorais que c'était la tension. J'avais des maux de tête chroniques, des vertiges, des maux d'oreilles. Il a fallu que je sois hospitalisée pour en savoir davantage sur mon état de santé (...) Lorsque je me suis mariée, avec mon mari on utilisait les 2 traitements: indigénat et médical; mais c'est lui qui décidait. A présent que je vis seule avec mes enfants, c'est moi qui décide. J'ai été répudiée par mon mari parce que je me suis opposée à ce qu'il frappe ma fille; ma première fille qui est veuve et qui est revenue vivre à la maison avec nous* ».

²²⁰ Le concept d'accessibilité dans le système de santé, dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry Pascal Bonnet, 2002, p.6

Aude Meunier (1999) montre effectivement dans son travail sur le système de santé au Burkina Faso, l'importance de la perception de la maladie et de l'état du malade dans le choix du centre de soins de santé à recourir. L'état du malade et la gravité de la maladie sont évalués par la famille proche, notamment le chef de famille, qui participe à la prise de décision relative au choix du traitement. Hormis les symptômes apparents, c'est aussi sur le ressenti du malade que se fonde l'appréciation de la gravité de la maladie ; douleur, fatigue physique, voire handicap, y jouent un rôle décisif. Ces éléments jusqu'à un certain seuil peuvent avoir des conséquences négatives sur les capacités productives ou de travail du malade. C'est en effet à partir du moment où ils empêchent la personne de mener à bien ses activités, que ces maux contribuent à qualifier la maladie de grave. La recherche d'un apaisement de la douleur ou de traitement du mal deviennent le centre des quêtes de soins. Le malade ou sa famille, choisissent de manière pragmatique, le recours sanitaire en fonction de leur capacité à faire cesser la douleur.

Mais dans cette détermination de la sévérité du mal perçu par le malade ou ses proches, la décision n'est pas souvent explicitée. La malade et/ou sa famille observe au fur et à mesure, au jour le jour, l'évolution du mal. C'est la perception de son état de santé (douleur, fatigue, aspect physique, la durée, la violence des symptômes) et non l'état de santé réellement défini par un spécialiste de la santé, qui conditionne la démarche à suivre. Or la gravité physique n'est pas toujours en phase avec le niveau de souffrance. Elle n'est pas connue à priori et peut être mal perçue. Ce faisant, on peut assister à des consultations pour des maladies qui vont se révéler bénignes et à des consultations subites (urgences) ou des non consultations pour des problèmes qui peuvent se révéler graves. En d'autres termes, les maladies s'inscrivent dans un système nosologique propre à chaque culture. La position de la maladie dans ce système conditionne l'itinéraire à suivre pour sa prise en charge et cette position peut être mal perçue et engendrer un mauvais recours ou un recours inadapté.

6.1.1.2. Le type de maladies

Il ressort des récits que certaines maladies sont considérées comme devant être traitées par une médecine préférentielle, un thérapeute traditionnelle ou un soignant dans un établissement public de soins. C'est ce que nous disions dans les pages précédentes (cf. p. 143) : des maladies conduisant à consulter obligatoirement un soignant traditionnel ou guérisseur d'une part et celles qui amènent à aller dans un établissement public de soins ou à l'hôpital, d'autre part.

Une maladie identifiée grave ou en état d'aggravation avancée conduit à recourir à un spécialiste. Jaffré Y. faisant le même constat explique « *les populations utilisent préférentiellement la médecine traditionnelle pour des dysfonctionnements chroniques non invalidante, socialement handicapants mais dont la douleur est supportable* » ; alors que la médecine moderne est recherchée dans les domaines où elle est manifestement plus efficace aux yeux des villageois, c'est-à-dire dans la prise en charge des maladies aiguës, pour des « *dysfonctionnements invalidants chroniques* » (Gould, 1957)²²¹.

Le contraire a été expliqué par une interviewée qui pense que la biomédecine peut soigner des maux simples, en l'occurrence des maux de tête, mais pas certains maux souvent jugés graves tels que les maux de tête chroniques et violents (appelés traditionnellement gniébgba en mooré). D'après elle, les soignants des formations sanitaires peuvent soigner la fièvre et les céphalées associées à ces maux de tête mais pas ce mal spécifique dans la tête. Finalement, le choix de considérer certaines maladies comme devant être soignées par un thérapeute spécifique préférentiel, se confirme. Et comme déjà souligné dans nos précédents développements, il est souvent fait une différence entre les maladies soignées localement et celles pour lesquelles le recours au système biomédical s'impose. Nous avons vu à ce sujet que les maladies telles gynécologiques, la santé de la reproduction, les maladies subites ou foudroyantes comme la méningite, maladies épidémiques et infantiles graves entraînaient des recours hospitaliers. Ces maladies sont jugés dangereuses, de part la rapidité de la détérioration de l'état de santé des malades et la violence des symptômes. Sylvie Fainzang (1986) explique à cet effet que chez les bissa, une ethnie du Burkina Faso, la méningite constitue effectivement le symbole de la maladie mortelle. La peur que provoque de telles affections, poussent donc à recourir rapidement et directement aux structures de soins biomédicales. Le recours rapide dans ce cadre pourrait également s'expliquer par le fait que ces maladies font l'objet de campagne de prévention et lors des consultations maternelles et infantiles dans les centres de soins de santé et de différents programmes sanitaires de sensibilisation et d'informations, ainsi que des campagnes de vaccination. En effet, comme nous l'avons déjà dit précédemment, la santé des femmes fait l'objet d'une attention particulière de la part des politiques publiques de santé : prévention contre les maladies transmissibles/ sida et contagieuses, les risques de maternités (cf. 69). Cela peut également donner le sentiment que les structures publiques de santé sont bien équipées pour prendre en charge ces maladies et conduire les femmes à y recourir.

²²¹ Gould, 1957, in JAFFRE & Olivier de Sardan, 1999, p.49

Mais rien ne garantit les limites entre les maladies de l'hôpital et celles soignées localement. Les limites entre les deux ne sont pas aussi nettes qu'on veut faire croire. En effet, il est arrivé que des maladies pour lesquelles les femmes ont directement recours à un centre de soins ou hôpital soient également l'objet de soins traditionnels. Ce comportement a également été analysé par les travaux d'I. Gobatto (1999). A travers le témoignage d'un médecin burkinabè, l'auteure explique qu'il est courant que des patients hospitalisés et qui suivent un traitement biomédical, continuent de recevoir des soins traditionnels. Et la plupart du temps cela se voit lorsque le patient fait un arrêt cardiaque et qu'il va falloir lui pratiquer un massage ; « là, tu vois toutes sortes de choses, ça sort noir, aussi bien par la bouche, par le nez que par l'anus... alors que toi tu sais qu'il n'y a aucune poudre noire dans ton traitement (...) »²²².

Du fait que la malade ou sa famille ne connaissent pas l'origine exacte du mal (naturelle/accidentelle ou surnaturelle), ni sa cause réelle, il sera administré en parallèle des soins traditionnels même à l'hôpital.

6.1.1.3. L'origine des maladies

Le choix du recours va dépendre aussi de l'origine des maladies. C'est l'origine qui va donner un sens à la maladie ; et celui-ci est nécessaire pour adapter une thérapie traditionnelle. Comme nous l'avons déjà vu chez les Mossi, l'attribution d'un sens à la maladie passe en général par diverses explications causales imputées souvent aux comportements des individus, du non respect des normes sociales à la colère des esprits en passant par la jalousie humaine et non respect de ses obligations vis-à-vis de ses proches ou de la communauté. Sciemment ou inconsciemment, lorsque survient une maladie, les individus ont besoin de savoir, de comprendre ce qui leur arrive. L. Yoda (2005)²²³ a analysé la question et identifié plusieurs catégories chez les Mossi.

²²² GOBATTO, I op. cit. p.144

²²³ Lalibila Yoda, La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa : un cas de communication interculturelle au Burkina Faso, 2005, p.16

Tableau 14: Catégories étiologiques chez les Mossi

Catégories	Termes en langue mooré	Observations
Ancêtres	Kiimsé	Cause surnaturelle
Génies	Kinkirsé/ Zindamba	Cause surnaturelle
Jumeaux	Kinkirsé	Cause surnaturelle
Fétiches	Tiim	Cause surnaturelle
Sorciers	Sôyà	Cause surnaturelle
Destin	Pulmdé	Cause surnaturelle
Dieu	Wendé	Cause naturelle

Ce tableau permet de mieux saisir l'importance attribuée aux causes des maladies dans cette société. Du fait que la maladie peut avoir des causes d'origine naturelle ou surnaturelle ou la combinaison des deux, cela va induire le choix de recours adaptés. En fonction des causes, la maladie ne se traitera pas de la même manière et par le même soignant. Cette dimension socioculturelle influence les choix de recours aux soins, car il s'agira d'orientation à l'instance correspondant le mieux à l'appréciation que la malade ou sa famille a de la maladie.

Mais d'une manière générale, il est, à priori, difficile de déterminer l'origine exacte du mal. Cette incertitude peut alors expliquer la préférence des malades et/ou leur entourage pour les soins traditionnels et le recours au guérisseur ou l'utilisation de recours simultanés, soins traditionnels et les services de santé, pour augmenter leurs chances de guérir.

6.1.2. La perception de l'efficacité des services de santé et des soins traditionnels par la malade

6.1.2.1. La perception de la biomédecine

Un autre élément qui oriente le choix des recours de soins concerne la perception que la malade se fait des services offerts par les centres publics de soins. Ainsi que le souligne A. Meunier (1999), les malades ont leur propre appréciation de la qualité des soins et des prestations médicales dispensés par chacune des structures de santé ou chaque thérapeute. Là, les relations entre le soignant et le soigné jouent également un rôle important. Comme on va le voir avec le récit qui va suivre, certaines malades considèrent les traitements traditionnels plus efficaces pour soigner les maladies. L'histoire de Adjara 21 ans, musulmane, célibataire, sans enfant, scolarisée, aide ménagère, que nous n'avions pas encore présentée, a commencé

par un malaise comme le palu ; elle suivait un traitement contre le palu que lui avait prescrit l'infirmier du dispensaire de son quartier. Mais son état ne s'améliorait pas ; elle est hospitalisée depuis trois jours. Voici son histoire : « (...) *Je suis venue en consultation parce que j'ai mal à tout mon corps; j'ai le palu, la fièvre; j'ai envie de vomir; j'ai mal au sternum. Je prenais de la nivaquine depuis bientôt une semaine (prescrit par le dispensaire de mon secteur) mais ça ne s'arrange pas. J'ai comme quelque chose là au-dessus de mon ventre; j'ai envie de vomir et je n'arrive pas. Je n'arrive pas à manger. (...)* ». Elle trouve les produits traditionnels plus efficaces que les remèdes de l'hôpital ; car cela va faire une semaine qu'elle suit un traitement moderne qui ne donne pas les résultats attendus. Elle pense même que ce traitement a aggravé sa maladie. Cette perception influence les choix d'orientation vers le soignant correspondant le mieux à l'appréciation que les malades ont de leur situation particulière.

6.1.2.2. Le recours aux soins lié à la connaissance d'un agent de santé

Les relations privées avec le personnel soignant, la connaissance personnelle d'un agent de santé (ou par l'intermédiaire de celui-ci), est un élément qui peut constituer un facteur incitatif de recours aux services de soins. Le récit suivant en témoigne : « (...) *Puis que l'année passée, moi j'ai fait une semaine à l'hôpital, suite à une maladie à cause de laquelle je ne pouvais même plus sortir dehors. On m'a conduite à l'hôpital, à l'AMMIE. Le docteur là-bas, on l'a appelé. Mon grand-père, là, le connaît. Donc, il m'a amenée là-bas, soignée, tout, tout, tout. Donc depuis ça, c'est fini* », (Z. jeune femme, OHG, secteur 13). Cette relation privilégiée permet à la malade d'être bien reçue et bien traitée au service de soins ; l'agent de santé qui la connaît sera plus à l'écoute et plus disponible.

Il ya un autre élément sous-jacent au choix d'user de relation de connaissance qui a été relevé par I. Gobatto (1999)²²⁴. D'après l'auteure, aller consulter quelqu'un de connu permet parfois d'obtenir aussi d'autres faveurs. Il s'agit notamment de la gratuité des soins et de l'obtention de médicaments. C'est ce qu'affirme également B. Hours « *lorsqu'un malade reçoit des médicaments avant d'aller à la pharmacie, c'est qu'il bénéficie d'un traitement de faveur. C'est un parent, un ami, un voisin ou un membre influent du quartier qui vient de consulter et reçoit en guise de gratification quelques doses de médicaments, souvent sans rapport avec celui qu'il faudra acheter et qui est noté sur l'ordonnance* ». (Hours, 19985 :27 tel que cité par I. Gobatto).

²²⁴ I. Gobatto, 1999, op. cit. p. 152

Cela laisse à penser que les malades qui n'ont pas de connaissance, refusent souvent de recourir au service de soins de peur de ne pas être bien reçus ou d'être mal traités. A ce propos d'ailleurs, des recherches anthropologiques ont réussi à mettre au jour plusieurs problèmes relatifs au mauvais accueil de patients, à l'absence d'écoute et aux violences subies (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002)²²⁵. Ces auteurs qualifient de négatifs les services de santé pour les malades qui ne disposeraient d'aucune relation particulière avec les professionnels de santé de la structure qu'ils fréquentent.

6.1.2.3. Habitude et confiance en la médecine traditionnelle

Les femmes ont pour habitude d'utiliser leurs propres connaissances ou conseils de proches au départ d'une maladie. Il s'agit souvent de produits à base de plantes, de produits disponibles au quotidien. En effet, un certain nombre de remèdes sont connus et transmis de génération en génération, entre parents, amis ou voisins. Nombre de femmes se soignent d'abord par cette voie. Malgré les mutations, les évolutions observées dans les sociétés aujourd'hui, à cause de la mondialisation, le recours à ces traitements et/ou aux guérisseurs persistent et connaît même du succès. Dans bien des cas, ces traitements constituent un bon recours comme l'affirment des témoignages déjà cités tels que celui de Mame Fatima, Fatimata³ ou Sali 2 (cf. p.109). Ces comportements semblent normaux pour les individus et paraissent aussi liés à la confiance accordée ce type de soins, qu'ils trouvent efficaces par moment et également accessibles grâce au court circuit d'accès au traitement, parfois gratuit, sans ordonnance, ni formalités administratives et aux médicaments sont moins chers. De même, le contexte est favorisé par la vente et la distribution de médicaments sur les marchés (hors des circuits formels, pharmacies) ; ils sont accessibles à tous et éloignent les femmes des structures de soins de santé.

Par ailleurs, cette préférence et persistance des soins traditionnels peut également s'expliquer par la réforme du système de santé au Burkina (cf. organisation du système sanitaire)²²⁶ qui reconnaît la légalité de la médecine traditionnelle. Une mesure qui sans doute a conforté les usagers et notamment les femmes dans le choix de ces circuits thérapeutiques.

²²⁵ Y. Jaffré, Olivier de Sardan et al. 2002, tel que cité par R. Valéry, op. cit. p.52

²²⁶ Depuis la loi n°23/ 94/ ADP, portant code de santé publique du 19 Mai 1994 reconnaît la légalité de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. Un cadre juridique d'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle a même été mis en place.

L'étude de l'OMS témoigne également de cela : « *dans certains pays d'Asie et d'Afrique, 80% de la population dépend de la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires. Et 80% des burkinabè ont pour première intention de s'orienter vers cette médecine* ».

Cette attitude est surtout observable chez des femmes peu ou non scolarisées ; elles vivent en milieu rural ou périurbain. Toutefois, il serait prudent de nuancer ce propos, car il arrive également que des femmes scolarisées ou vivant en ville, recourent aux soins traditionnels à bien d'épisodes de maladies. Tel est le cas que nous avons rencontré avec Adjara. Cette analyse est également faite par Zoungrana (2004)²²⁷ : « *de nos jours, toutes les catégories socioprofessionnelles s'adonnent aux soins de la pharmacopée* ». On peut ajouter aussi qu'il en va de même pour les soins dans les centres de soins de santé. C'est dans le même sens que nous comprenons les propos tenus par Gobatto, I. (1999)²²⁸ qui explique combien les malades ont largement recours aux soins des tradipraticiens, que ce soit avant, pendant ou après les traitements biomédicaux : « *Du ministre à la vendeuse de fruits, en passant par l'infirmier de brousse ou le chef de clinique- lequel cachera ses visites-, tous, y ont recours de façon sporadique ou régulière* ».

On peut également expliquer ce comportement par la croyance. En effet, du fait que chez les Mossi dont fait partie les Yadesé, existent encore de fortes croyances aux ancêtres en vue d'une protection, d'une guérison en cas de maladie... Nous avons développé cette idée plus haut (cf. p.124). Pour les Mossi donc, il y aurait une interrelation entre le monde des ancêtres 'invisible, généralement vivant en haut) et celui du monde visible (terre, en bas)²²⁹. C'est par ce biais que dans les esprits, les malades qui sont d'en-bas, guérissent par l'intervention des saints (ancêtres) d'en-haut. Ils croient aux morts, etc. Ces croyances sont encore présentes dans les esprits et perceptibles dans les pratiques de soins. Des travaux réalisés par O. Christine (1996) ; Yoda, L. (2005) en font des analyses intéressantes²³⁰.

²²⁷ Zoungrana M.C. (2004) telle que cité par S. Ferroni, op. cit. p. 70

²²⁸ GOBATTO, I. op. cit. p. 165

²²⁹ PACERE, T.F. « Ainsi, on a assassiné tous les mossé » Ed. Naam, p. 40

²³⁰ OUEDRAOGO, C. « Pluralité des soins aux petits enfants : le cas des moosé de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), in *Les travaux de l'UERD*, n°6 mai 1996 ; YODA, L. « La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa : un cas de communication interculturelle au Burkina Faso », 2005

6.1.3. Le manque de pouvoir de décision de la malade

6.1.3.1. L'autorisation du mari/ du chef de famille, une obligation

Commençons par le récit de Mariam 3, malade depuis 4 mois et a été récemment conduite à l'hôpital par un des fils de son mari. Mariam 3, 44 ans, mariée, une coépouse, 5 enfants, cultive la terre, est musulmane, non scolarisée. Elle est malade depuis 4 mois ; mais lorsqu'elle a dit à son mari qu'elle en souffrait, celui-ci lui a dit d'attendre. Elle patientait parce qu'elle n'avait pas reçu l'autorisation de son mari pour se rendre dans un centre de soins. Voici son histoire : « (...) *Je suis malade depuis 4 mois mais je suis là il y a un jour. J'ai dit à mon mari que je suis vraiment malade et il m'a dit de patienter un moment qu'il m'amènera à l'hôpital. Je ne dormais pas les nuits (...) Il s'est décidé hier et a dit à un de ses fils (enfant de ma coépouse) de m'amener. Il attend à la maison que ce dernier revienne lui faire le point. Si ton mari ne t'autorise pas à aller à l'hôpital, tu ne peux pas le faire de toi-même: une femme est toujours une femme. J'ai dit à mon mari combien j'avais mal mais comme c'est lui qui décide, je ne pouvais pas aller au devant des choses. Alors j'ai attendu qu'il se décide enfin. Il me disait à chaque fois qu'il est en train de se préparer et de s'organiser pour m'amener prendre des soins à l'hôpital* », (Mariam 3).

C'est dans le même sens que s'explique Yuma : « (...) *Depuis 4 mois je ne vais plus à l'association parce que je ne me sens pas bien; j'ai mal au doigt. De plus j'ai une tension artérielle; j'ai des maux de tête, des vertiges, des insomnies. Il y a de cela 3 ans. (...). Lorsque je suis allée en consultation, j'ai été accompagnée par un de nos fils. On a voulu me garder; j'ai dit qu'il fallait que je retourne informer mon mari. (...) Une femme ne peut pas être le chef de famille; la femme appartient à quelqu'un, le chef de famille. C'est pour cela que je suis retournée informer mon mari et avoir son accord. C'est lui qui m'a fait emmener à l'hôpital (...)* », (Yuma, 56 ans, mariée, 7 enfants, 4 coépouses, animiste, agricultrice, réside en ville).

C'est à l'homme qu'il revient de donner son accord pour que les femmes puissent aller consulter dans un service de santé. « *C'est lui qui décide (...) C'est mon fils qui m'a conduite à l'hôpital avec l'accord de mon mari* » (Azèta 2, 45 ans, séparée, 7 enfants, 3 coépouses).

Sibidou, (45 ans, mariée, 8 enfants, 3 coépouses, scolarisée, vend des tricots, des draps), connaît des problèmes de tension artérielle qui durent depuis 2 ans : « (...) *Depuis 2 ans maintenant j'ai des problèmes liés à ma tension artérielle; j'ai mal à tout mon corps. Je suis*

venue aujourd'hui en consultation pour contrôler ma tension.(...) On prend le temps d'avoir l'autorisation du mari parce que si tu n'as pas de sources de revenu et si tu ne dis pas à ton mari avant d'aller pour des soins à l'hôpital, quand tu reviendras avec une ordonnance, qui est - ce qui va acheter les médicaments? »

Les femmes se sentent obligées d'avoir l'autorisation de leur mari ou du chef de famille avant d'aller se faire soigner dans un établissement de santé. Le manque de pouvoir de décision dans la famille fait que la femme ne peut décider pour elle-même de recourir aux soins de santé lorsqu'elle en a besoin. Cet élément est également apparu dans les résultats d'une étude effectuée sur le transfert de femmes qui risquaient de mourir lors d'un accouchement. Ils montrent que le consentement du mari, ou en son absence, celui d'un parent masculin ou la belle-mère, est indispensable (Resar, 2004 : 35).

Le statut de chef de ménage, explique G. Beninguisse et *al.*, (2007)²³¹ « renvoie aux perceptions des rôles socioculturels et des rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes et à la représentation du « masculin » et du « féminin » dans l'imaginaire culturel ». Il implique une autorité et une relation de dépendance reconnues par les autres membres de la famille. Mais cette reconnaissance est généralement accordée aux hommes et leur confère le pouvoir de prise de décision, d'accès aux ressources et une autorité sur les autres. Il est également observé que « dans les sociétés où le système de croyance repose sur l'estime sociale du patriarcat, est désigné comme chef de ménage l'homme le plus âgé, qu'il soit ou non la personne d'autorité ou le pourvoyeur de ressources économiques », (Ayad et *al.* 1994)²³². Autrement dit, il est difficile pour des femmes d'accéder au statut de chef de ménage.

La raison qui justifie cette situation est la conception patriarcale du couple. Au nom de ces principes, il appartient à l'homme de décider. Si les femmes attendent ainsi l'autorisation du mari, c'est aussi parce que c'est lui qui gère les biens de la famille et possède les ressources financières: « c'est lui qui a de l'argent ». Les femmes continuent d'attendre du mari qu'il subvienne aux besoins du ménage. Traditionnellement, dans la famille, l'homme a l'obligation d'entretien de la femme.

²³¹ Beninguisse, G. et Bakass F., 2007, « Santé de la reproduction et statut des femmes dans le ménage : l'exemple du Cameroun et du Maroc », In, *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement (s.dir.)* Locoh, T., 2007, Ined, Paris, p.395- 418.

²³² Ayad et *al.*, 1994, «Demographic and socioeconomic characteristics of households» DHS Comparative Studies, n°26, Calverton, Macro International Inc.

A la lecture des extraits que nous venons de retracer, nous constatons que cette dépendance vis-à-vis du mari n'est pas réprouvée par la société dans la mesure où dans la division des rôles qui y est opérée, l'homme est le principal responsable de la famille et à ce titre il lui revient d'entretenir sa femme. Ce principe pousse encore les femmes, surtout en milieu rural, à l'effacement devant leur mari. C'est aussi ce qui ressort paradoxalement de l'extrait du récit de Bibata 1, (16 ans, scolarisée, mariée, un enfant, musulmane) que nous n'avons pas présentée. Elle a mal au pied après avoir marché sur un morceau de bouteille cassée. Depuis deux semaines, son pied est devenu très douloureux parce que la plaie s'est infectée : « (...) *Si je ne dis rien à mon mari, qui va acheter les traitements qui me seront prescrits? Déjà, il faut qu'il me donne de l'argent pour la consultation (...)*».

Même lorsque le chef de famille n'arrive pas à assurer son rôle de pourvoyeur, il reste le chef, celui qui donne son autorisation. Et les femmes lui doivent malgré tout obéissance et respect; en témoigne l'extrait qui va suivre que nous n'avons pas présenté plus haut : Bintou 2 est tombée malade et sa maladie s'est aggravée sans que son mari lui vienne en aide. Parce qu'il a dit n'avoir pas les moyens. Elle réside à Koumbri (15 km de Ouahigouya). C'est son frère qui est allé la chercher pour la conduire à l'hôpital. Mais à notre passage, il n'y avait personne à son chevet. Binta 2, 45 ans, musulmane, mariée, 2 coépouses, 7 enfants, cultive la terre, pas scolarisée. Voici son histoire : « (...) *Je suis hospitalisée ici depuis 9 jours à cause de maladies : hypertension artérielle, mal de cœur, difficultés à respirer, toux, démangeaisons au bras. Je suis malade il y a longtemps déjà; (...) . Notre mari ne s'occupe pas de nous comme il faut mais il faut qu'il donne son autorisation pour aller à l'hôpital ; c'est lui le chef de famille quand même. Je suis allée au dispensaire de mon village à koumbri et j'ai été référée au CHR. Mon mari a dit n'avoir pas les moyens. Il y a un mois que ça ne va pas déjà; j'ai envoyé informer ma famille que ma maladie a repris. C'est mon frère qui est venu m'emmener à l'hôpital avec l'accord de mon mari, il est au courant de tout. J'ai été hospitalisée de suite (...)* ». L'attitude des femmes s'explique également par le fait qu'elles croient appartenir à leur mari. C'est ce que nous dit Azèta1, 31 ans, mariée, 3 enfants, musulmane, scolarisée, employée à l'hôpital) : « (...) *nous (les femmes) appartenons au chef de famille qui seul, décide; c'est lui qui juge quand il faut aller à l'hôpital (...)* ».

Ce propos est également soutenu par Yuma, déjà présentée 56 ans, mariée, 7 enfants, 4 coépouses, animiste, agricultrice : « ... (...) *Une femme ne peut pas être le chef de famille; la femme appartient à quelqu'un, le chef de famille (...)* ». Alors qu'elle a été admise à l'hôpital

suite à l'aggravation de sa maladie, elle a tenu à retourner chez elle pour informer son mari avant.

Ce sentiment d'appartenance au mari et/ ou chef de famille, vient du statut de propriété que représente la femme dans l'ethnie Yadega. Celui-ci, apparaît assez nettement dans les aspects de l'organisation traditionnelle. Notamment lorsqu'une femme quitte son mari pour un autre homme. Ce dernier est tenu de dédommager le mari lésé en lui restituant tout, ou une grande partie de la compensation matrimoniale qui a été versée (en général la dot) pour sa femme (avant le mariage). Ou encore que la femme fait partie de l'héritage du mari défunt. A ce titre, elle peut être « héritée » comme faisant partie des « biens » de ce dernier. Il existe une pratique, le lévirat (héritage de veuves) qui consiste à remarier la veuve avec le frère de son mari défunt. Si la veuve refuse le remariage, elle est contrainte de quitter la famille de son mari défunt sans ses enfants. Il existerait même une forme dite « nominale », où la veuve est remariée à un enfant (garçon) impubère. Ce cas se rencontre surtout chez les veuves très âgées, qui ne peuvent plus être héritées parce que le mari défunt n'a plus de frères (Taverne, 1996)²³³.

Ainsi, le manque de pouvoir de décision, le sentiment d'appartenir à son mari et les faibles moyens financiers font que les femmes ont besoin de l'autorisation du chef de famille pour pouvoir accéder aux soins. Au-delà des éléments sus-annoncés, les femmes attendent également l'autorisation du chef de famille par peur des conflits.

6.1.3.2. La peur de discordes conjugales et l'évitement des conflits

Certaines femmes avancent comme raisons le souci de préserver l'harmonie du couple, et d'éviter les conflits pour expliquer leurs comportements. C'est ce qu'affirme Sylvie mariée, scolarisée, 38 ans : « ... *certaines femmes peuvent avoir de l'argent mais si le mari ne leur dit pas d'aller à l'hôpital, elles patienteront même si elles ont mal et en souffrent. C'est le mari le chef de famille qui décide.* »

De même que Selma, 25 ans, non-scolarisée, mariée, 3 enfants, une coépouse, musulmane, témoigne que : « (...) *Depuis plus d'un mois, je ne me sens bien et c'est de pire en pire. Alors mon mari a décidé qu'on vienne voir le docteur.(...). Mais même si j'avais les moyens, je ne peux pas passer au devant de lui ; ce serait mal vu. Il faudrait que je dise à mon mari*

²³³ Taverne Bernard, « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso », Sciences sociales et santé, 14 (2), p. 87 - 105

avant d'aller au dispensaire parce que c'est lui le chef de famille. Je suis sa femme, c'est à lui que j'appartiens». Pour éviter d'être mal jugée et provoquer des disputes dans son couple, elle laisse l'homme décider pour elle. « ... *Si je le dépasse (autrement dit, si je l'outrepasse en prenant moi-même la décision), c'est lui manquer de respect et puis si après il y a des problèmes, personne ne va m'aider* » (Alizèta déjà citée).

Majoritairement, la prise de décision par les femmes disposant de ressources, et qui se dispensent de l'accord du mari, peut générer des conflits, et être mal perçue par famille élargie. Les femmes cherchent à éviter ce type de situation, parce qu'elle peut être source de désharmonie et aboutir à des sanctions défavorables. Les récits ci-dessous en témoignent :

Ramata, non scolarisée, mariée, 25 ans : « (...) *même si j'avais les moyens, il faudrait que je dise à mon mari, avant d'aller au dispensaire parce que c'est lui le chef de la famille. Je ne peux pas passer au devant de lui, ce serait mal vu.* »

Et Zarata, 35 ans, non-scolarisée, mariée, 6 enfants, 2 coépouses, musulmane, commerçante au marché de Ouahigouya, habite au secteur 6. Elle est malade depuis trois mois Elle a mal partout, aux muscles et n'a pas assez d'appétit. Au début, elle arrivait à faire quelque chose (travailler). Mais au fur et à mesure son état de santé s'est beaucoup dégradé au point qu'elle n'arrive plus à bien respirer. Malgré cela, elle a dû attendre la décision de son mari : « (...). *De toute façon c'est toujours l'homme qui décide en famille ; soit c'est ton père, soit ton oncle, soit ton beau frère, soit ton beau père, etc, parfois la belle-mère. Si tu ne respectes pas ça, si après tu as des problèmes, personne ne te soutiendra et puis c'est comme ça dans toutes les familles ; tu es comme moi tu le sais : c'est pareil d'où tu viens non ? donc, toi-même tu sais ; la femme reste la femme ; elle ne peut pas faire comme un homme. Sinon c'est mal vue par l'entourage, la famille*».

Les femmes craignent qu'en se passant de l'accord du chef de famille, ce refus ne se retourne contre elles. En se mariant, l'homme attend de sa femme du respect, de la considération et de l'obéissance. De plus, ces principes sont aussi applicables aux parents du mari. Ne pas obéir à sa belle-mère et ses belles-sœurs peut entraîner un divorce. La peur de rompre cet ordre ou de ne pas le respecter est très présente dans le discours des femmes.

Par ailleurs chez les Mossi, la société tient beaucoup à la paix sociale, par conséquent il faut que les membres s'entendent, respectent l'ordre et vivent en harmonie, dans la cohésion. La recherche du consensus n'encourage pas à agir autrement. C'est aussi ce qu'a démontré

Hagberg (2001)²³⁴ dans une étude réalisée dans une autre région du Burkina. Selon lui, le conflit est la pire des situations qui puisse arriver. Les Mossi, nous l'avons déjà dit, sont soucieux de l'ordre et de la discipline et adhèrent volontiers au principe de soumission et de subordination.

On peut dire que la recherche de la cohésion familiale et du consensus, n'encourage pas les femmes à agir selon leur volonté. En revanche le type de rapport qui est institué est clairement un rapport de pouvoir donc asymétrique.

On peut donc comprendre le comportement des femmes comme l'anticipation d'une crainte au non respect des règles familiales. Elles craignent qu'en se passant de l'accord du chef de famille, ce refus ne se retourne contre elle. Elles cherchent, sans doute, à éviter les conflits qui peuvent entraîner des ruptures des liens sociaux. Ce sentiment est d'autant plus renforcé que la société mossi du nord, notamment les Yadesé, est reconnu comme un royaume qui s'est construit sur un modèle plus centralisé et sans doute selon un ordre plus militaire (Savonnet, 1986 : 110). Il est peu ouvert au développement de pouvoirs régionaux et/ou de sous-groupes. Dans la culture des Mossi, la croyance est toujours présente en une inégalité intrinsèque dans les rapports sociaux. Elle est l'un des éléments majeurs dans le fondement de l'autorité. Comme nous l'avons vu, plusieurs dictons locaux l'affirment, tels que celui selon lequel « les cinq doigts d'une même main ne sont pas égaux, puisqu'ils ne sont de la même longueur », celui selon lequel « une marmite de même taille qu'une autre, ne peut la couvrir ». Ce qui signifie qu'il faut qu'une des marmites soit plus grande pour servir de couvercle à l'autre (Badini, A., 1994 : 110). La différence physique, morale, de genre, matérielle, est définie comme la base de la vie et de l'harmonie sociale. Ces inégalités sont perçues comme provenant d'une volonté divine. La présence de Dieu est permanente et rappelée pour justifier l'origine des inégalités entre les individus (Savonnet, 1986). C'est Dieu qui fait que les êtres sont différents les uns des autres, et les personnes riches que pauvres, grandes que petites, hommes que femmes, jeunes que vieilles, etc.). Le système des valeurs repose sur cette inégalité des individus. Ils sont inégaux par nature. On explique que l'égalité est impossible. Les hommes ne peuvent pas être égaux. Et encore moins les hommes et les femmes. A ce propos, une de nos interlocutrices, nous disait, pour expliquer le fait qu'elle patientait avec sa maladie depuis quatre mois avant que son mari ne prenne une décision, « *la femme reste la femme (...)*. En d'autres termes, chacun doit rester à sa place. Car, la prise de décision

²³⁴ Hagberg, S., 2001, « A l'ombre du conflit violent. Règlement et gestion des conflits entre agriculteurs Karaboro et agro- pasteurs peul au Burkina Faso », Cahiers d'Etudes Africaines 161 : 45-72.

délibérée par la femme est interprétée comme une tentative pour saper l'autorité et peut générer des conflits, et être mal perçue par la famille élargie. Les femmes qui s'écartent, en mettant en avant leur droit ou leur autonomie, peuvent se retrouver seules parce qu'elles ne répondent plus aux critères communs de la femme, que la société attend d'elle. Elles s'exposent donc à des sanctions défavorables, de mauvais traitements pouvant aller jusqu'à la répudiation. C'est donc pour éviter les conflits et préserver la cohésion familiale que les femmes acceptent, malgré leur capital économique et leur niveau d'instruction, la subordination au mari.

Dans une étude menée à Dakar, Fatou D. (2007)²³⁵ relève également que les hommes n'apprécient pas beaucoup les femmes « autonomes ». Selon l'auteure, parmi les hommes interrogés, ce sont surtout ceux qui n'ont pas eu à vivre avec des femmes « autonomes » qui les apprécient. Ils admirent la femme d'un ami qui travaille, qui gagne de l'argent. Autrement, les hommes éprouvent du mal à renoncer à l'idée de la femme au foyer, soumise et obéissante. Et, à la limite, ils aimeraient avoir les « avantages » d'une épouse qui contribue aux charges de la famille, sans avoir les « inconvénients » d'une relation avec une femme qui se sent autonome et aspire à plus d'équité.

De tels comportements rendent compte du conditionnement social des hommes à la domination. Et les discours des femmes privilégient toujours la stabilité du ménage.

Le recours aux soins par les femmes s'explique donc par les différents éléments que nous venons d'identifier qui font qu'elles doivent souvent attendre l'accord de leur mari pour pouvoir accéder aux soins.

La décision de recourir aux soins n'est pas systématique. Lorsque la maladie s'aggrave, la malade la fait exister socialement dans un rapport avec la famille, en l'en informant. Comme nous l'avons montré, c'est le chef de famille qui décide en autorisant le recours vers les services de santé.

L'autorisation ou la prise de décision est souvent liée à la perception qu'il se fait de l'état de santé de la malade (la maladie) mais aussi du type de maladie ; des éléments que nous avons développés au début de ce chapitre. La plupart du temps, lorsque la femme malade ne présente aucun signe apparent de gravité, la famille a du mal à prendre rapidement la décision de recourir aux soins publics. Cette prise de décision est également liée au type de ménage et au statut de la malade dans le ménage.

²³⁵ Dial Fatou, « Le divorce, une source d'émancipation pour les femmes ? Une enquête à Dakar et Saint-Louis », in *Genre et Société en Afrique*, (S. dir.) Thérèse Locoh, 2007, 157-172, p. 161

6.1.4. Les éléments influant sur la prise de décision de recours aux soins

6.1.4.1. Le type de ménage

Il existe une différenciation dans le recours aux services de soins de santé entre les femmes de ménages polygames et monogames. Pour cette analyse regardons les récits suivants :

Limata 2, 37 ans, sans enfant, agricultrice, 2 coépouses, elle dit ceci : « ... *Pour arriver jusqu'à l'hôpital, il faut dire que la maladie était devenue grave, mon ventre me faisait trop souffrir. Notre mari a fini par me conduire au CSPPS de Tanghin (village), de là, j'ai été référée à l'hôpital de Ouahigouya (CHR). Si tu es malade et tu le dis à ton mari, souvent il ne t'écoute pas jusqu'à ce que la maladie s'aggrave. C'est pour cela que je ne suis pas venue depuis le début de ma maladie. Je reste assise avec le mal en attendant la décision de mon mari. (...)* ».

Quant à Sanata 1, mariée, 30 ans, un enfant, une coépouse ; elle souffre de maux de ventre chroniques et vient également renforcer ce propos : «... *Les maris n'aiment pas quand les femmes leur parlent de maladie, de soins à l'hôpital. Ils refusent le plus souvent (...)* »

Pour Amsétou, 53 ans, mariée, 2 enfants, une coépouse : « ...*Par manque de moyens, quand on a mal et que ton mari n'a rien, tu attends à la maison. (...) lorsque ça devient grave un parent (mari ou père) surgit pour t'emmener à l'hôpital* »

Enfin Sylvie, 38 ans mariée, sans coépouse, 5 enfants, commerçante, explique : « *Pour ce qui est de ma santé, je me suis déjà fait soigner du paludisme, puis de maux de ventre, de tête, de dos, ... des maladies de femmes. Je suis venue en consultation parce que je ne me sens pas du tout bien. Depuis quelques jours j'ai des maux de tête, comme ils persistent, je suis venue consulter (...)* Parfois l'attente pendant la maladie est liée au manque d'autorisation du mari ; ... *c'est le mari le chef de famille qui décide. Mais moi je n'ai pas de souci, seulement si je suis malade, je vais à l'hôpital, il est d'accord..*»

De ces récits, il ressort que les femmes qui peinent à obtenir l'autorisation du mari, sont dans des ménages de types polygames. A l'inverse, les femmes qui n'ont pas de difficulté à ce sujet, sont de ménages monogames. Au sein de ces derniers, les hommes conduisent facilement leurs femmes ou leurs enfants à l'hôpital lorsqu'ils tombent malades, et, dans tous les cas, les autorisent à y recourir. Dans les ménages monogames, les femmes ont plus de

chance de recourir aux soins que les femmes des ménages polygames. Le mari n'a qu'une femme et lorsqu'elle tombe malade, on peut dire que la situation affecte toute la famille.

Dans les ménages polygames en revanche, le mari a plusieurs épouses. On suppose que les règles de vie ne sont pas les mêmes, les charges non plus. Lorsqu'une femme est malade, dans un ménage polygame, les autres peuvent continuer à prendre soin de la famille, et par conséquent du mari. On peut souvent observer du côté de l'époux un manque d'impartialité avec une manifestation de préférence pour l'une ou l'autre des épouses. D'autres études confirment que cette attitude est souvent la cause profonde des mésententes entre coépouses et à l'origine des violences conjugales²³⁶. Ce comportement de l'époux peut entraîner des mauvais traitements pour l'autre coépouse ou les autres. La prise de décision tardive pour les soins en est une.

Nous avons également constaté que des maris prompts à emmener leur femme ou leurs enfants dans des structures de soins ou favorables au recours aux soins de leur femme exercent des activités professionnelles qui génèrent des revenus réguliers et substantiels. Ce qui permet à ces ménages d'être relativement aisés. L'analyse de G. E. Phelps (1995)²³⁷ souligne à ce propos que, comme pour tout autre bien économique, la demande des soins médicaux dépend des revenus. Des revenus importants créent une demande de soins plus importante. Cependant, ce genre de déclaration est à nuancer. Car, ce qui est du prix de l'argent, l'auteur explique que le raisonnement économique montre que les personnes vivant dans les limites des contraintes budgétaires achètent moins un certain type de biens au fur et à mesure que leur prix augmente. En sens inverse, elles achètent davantage lorsque leur prix baisse.

Toutefois, une certaine similitude est observée lorsqu'il s'agit de problèmes de santé liés à la maternité des femmes. Une volonté réelle est alors affichée par les hommes permettant aux femmes de bénéficier de soutien régulier sur des questions relatives à leur reproduction (désir d'enfant, suivi de grossesses, accouchement, suivi de suites de couches, prénataux, etc). Cela suppose que les familles restent pro-natalistes. La province est l'une des régions où le taux de natalité est des plus élevées (...). En dépit du faible recours aux établissements de soins par les femmes constaté dans la zone du Yatenga, le secteur de la santé reproductive est celui qui enregistre la plus de fréquentation. Ainsi par exemple en 2004, il a été enregistré 1938

²³⁶ Diop Abdoulaye Bara, «La famille Wolof. Tradition et changement » éd. Karthala, Paris, 1985

²³⁷ Phelps, G.E., 1995, « Les fondements de l'économie de la santé » Public – Union/ France,

hospitalisations malades en gynéco -obstétrique ; 519 interventions chirurgicales ; 858 accouchements, contre 168 hospitalisations d'infections intestinales, 68 malades d'organes urinaires et génitaux²³⁸.

On peut avancer que la femme est soignée pour sa force de reproduction plutôt que pour elle-même, en tant qu'être humain qui a ce droit. Le droit d'être soigné, de soigner son propre corps, et non pas simplement de le restaurer, comme outil de travail et de reproduction. La survalorisation de la santé reproductive dans les politiques sanitaires du Burkina peut également constituer une explication. Depuis que le constat a été fait de la gravité de la situation, des organisations internationales telles que le FNUAP, l'OMS et la Banque Mondiale, se sont associées pour organiser une conférence sur la Maternité Sans Risque (MSR) à Nairobi au Kenya. L'objectif principal de cette rencontre est de définir des stratégies qui permettront de réduire de moitié les taux de mortalité maternelle²³⁹. Dès lors, une attention particulière est accordée à la santé maternelle au Burkina et une des solutions pour y parvenir est l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et de leur accès par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement.

Cet accent mis sur la santé de la reproduction et les soins obstétriques par les politiques, peut donner aux femmes le sentiment que les autres maladies ne sont pas prises en charge ou le sont moins bien. Prenons l'extrait suivant de Mamouna, 56 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 7 enfants, aucune coépouse, vendeuse de légumes, d'épices et cultivatrice. Elle souffre d'une infection génitale chronique et développe des plaies à l'intérieur des cuisses ; lorsque cela devient très gênant pour elle, elle se rend à l'hôpital et prétexte des maux de pieds. L'infirmier lui prescrit des calmants/anti-inflammatoires. Voici son récit: « ... *J'ai commencé par soigner mes jambes; j'ai fait des examens et analyses de sang à plusieurs reprises. J'ai même déjà été hospitalisée. (...) Je cachais le problème entre les jambes, de sexe; je disais toujours aux agents de santé que j'ai mal aux jambes.... Comme ça ne s'arrangeait pas pour moi,J'ai fini par décider de m'occuper de ma santé. Je suis allée une fois en gynécologie; il m'a été demandé de passer des radiographies et des échographies. Je ne suis plus repartie parce que je n'ai pas réussi à faire les examens demandés; par manque d'argent. Je viens aux urgences où j'ai des prescriptions qui me permettent d'avoir tout de suite des médicaments ».*

²³⁸ Service d'information, Rapports d'activités annuelles du Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya (CHR) 2002-2004.

²³⁹ Ministère de la Santé, 1998, « Stratégie nationale pour une maternité sans risque 1998-2000, Burkina Faso, septembre 1998

De ce témoignage, on relève que notre interlocutrice a bien connaissance de l'existence du service gynécologique du CHR mais hésite à recourir à des soins adaptés, spécifiques étant donné qu'elle choisit de se faire suivre dans un autre service (soins infirmiers). Certes, elle est allée une première fois mais du fait qu'elle n'a pas reçu de traitement et qu'il lui a été demandé une batterie d'examen médicaux, elle a opté pour d'autres types de soins. Elle a pu penser qu'il n'existe pas de traitement pour les maladies en dehors de la grossesse. Ce qui la conduit à se construire d'autres itinéraires thérapeutiques alternatifs.

Les femmes auront donc tendance à associer le service de santé de la reproduction à la planification familiale, aux méthodes contraceptives, aux soins des nourrissons et des enfants ainsi qu'aux suivis des grossesses et prénataux. Le fait qu'une femme ne soit pas enceinte et n'est plus en âge de procréer, peut l'empêcher de recourir au service de la santé de la reproduction. Il aurait été intéressant d'approfondir cet aspect et d'avoir une vue d'ensemble du district. Ce travail aurait demandé une recherche plus fournie et à grande échelle pour obtenir des informations précises. Et compte tenu de notre temps limité, nous n'avons pas pu entreprendre d'enquêtes sur cet aspect. Mais cela peut être envisagé comme un bon prolongement pour cette recherche. Cela peut conduire les femmes qui souffrent d'autres types de maladies à ne pas recourir aux soins de santé ou se tourner vers d'autres alternatives et grossir les chiffres de la forte mortalité qui caractérise les femmes.

Il apparaît aussi que les malades ne bénéficient pas du même appui ou soutien familial. En effet, l'implication du chef de famille pour le recours aux soins devient faible lorsque les femmes sont plus âgées ou ne sont plus en âge de procréer. Les hommes sont également peu présents ou se désengagent simplement dans les cas de maladies chroniques, qui nécessitent de longs traitements ou de long séjour d'hospitalisation, comme le cas du VIH /Sida ou la maladie du sommeil. Tel est le cas de cette interlocutrice, Habibou, 4, 26 ans, musulmane, mariée, 2 enfants, pas de coépouse, résidant en Côte d'Ivoire avec son mari, scolarisée. Elle souffre de la maladie du sommeil depuis son enfance. Aujourd'hui mariée, elle continue de porter la maladie qui lui donne souvent des vertiges. Son mari a décidé qu'elle retourne chez ses parents pour se faire soigner. Elle pourra rejoindre le domicile conjugal que lorsqu'elle sera guérie. C'est à sa famille de la soigner puisque c'est là que tout a commencé. Elle était mal lorsqu'il l'a épousé ; donc ce n'est pas à lui que reviendrait la charge de la soigner. Il aurait quand même essayé.

C'est aussi la situation que vit Binta 2, 45 ans, musulmane, mariée, 2 coépouses, 7 enfants, pas scolarisée, cultive la terre. Elle souffre d'une maladie chronique ou qu'elle porte depuis longtemps déjà, un mois ou davantage. Contrainte, elle a du faire appel à sa propre famille. En fin de compte, c'est son frère qui est allé la conduire à l'hôpital et elle a été hospitalisée. Depuis, dit-elle : « *mon mari n'est jamais venu me voir. Aucune visite de coépouse, ni d'aucun membre de la famille du mari* ». Mais elle justifie ce fait par la distance. Elle explique que l'hôpital est situé très loin de son village.

Le témoignage de Zalissa atteinte de la maladie du Sida est encore plus parlant. Zalissa, 34 ans, musulmane, non scolarisée, divorcée, 2 enfants. Elle a fini par retourner vivre chez sa mère qui est veuve, après avoir rejetée par sa tante chez qui elle est allée lorsque son mari s'est séparé d'elle. Sa mère aussi commence à lui faire le reproche de rester longtemps chez elle. Le soutien disparaît au fur et à mesure que la maladie devient incurable. Sans appui, il devient pratiquement impossible d'accéder aux soins. On peut avancer comme explication que le statut social de la malade influence la décision de recours. Le chef de famille et à travers lui l'entourage, mobiliseront les moyens pour soigner une femme jeune et/ ou en âge de procréer, parce qu'elle peut fournir sa force de travail. Il est courant de constater également que la vie des femmes dans les ménages, notamment dans le couple, n'est pas toujours basée sur la solidarité entre deux individus, le bien-être et l'épanouissement personnel de chacun. Ici, on a le sentiment que l'homme fait passer d'abord ses intérêts. C'est pourtant des raisons que les femmes à priori, n'incriminent pas, parce qu'elles les ont intériorisées comme normales.

Cependant, si le rôle des hommes est établi dans l'orientation du choix des itinéraires thérapeutiques, on ne peut pas dire que c'est toujours le cas partout. Madame, 65 ans, veuve, 8 enfants, aucune coépouse, musulmane, non scolarisée, est malade d'hypertension artérielle et souffre souvent de maux de tête, de mal de cœur et de tous les malaises que peut entraîner cette maladie. Elle est seule dans son ménage, donc son propre chef mais n'a pas choisi d'aller consulter à l'hôpital dès les premiers symptômes de sa maladie. Elle a attendu un an, lorsque sont apparues de sérieuses complications. On ne peut donc pas dire qu'elle voulait recourir aux services de soins de santé et c'est l'homme/ chef de famille qui l'en empêchait. Cette manière de procéder tient à des logiques quotidiennes habituelles de pratiques de soins qu'elle a intégrées.

6.1.4.2. Le statut de la femme dans le ménage

Rappelons ici ce que nous avons déjà observé dans nos précédents développements concernant le statut de la femme mossi en général. En effet, nous avons relevé que dans cette société, une femme qui se plaignait souvent d'avoir mal quelque part, ici ou là, est considérée comme une personne paresseuse. La perception sociale de la femme malade est souvent négative : elle est « malade ». Si elle l'est trop souvent, par exemple dans le cas de la drépanocytose (maladie chronique) ou de la maladie du sommeil, elle peut être renvoyée dans sa famille ou même répudiée. Comme c'est le cas de *Habibou 4, 26 ans, musulmane, mariée, 2 enfants, pas de coépouse, réside en Côte d'Ivoire avec son mari, scolarisée. Atteinte de la maladie du sommeil, elle n'a jamais reçu de traitement. Elle est perçue comme une fille paresseuse puis une femme paresseuse : « (...). Le pire c'est cette maladie qui me fait dormir ...J'avais la maladie du sommeil et des vertiges. Je n'ai jamais été soignée pour cette maladie ; étant donné que je ne me plaignais d'aucune douleur et passais le temps à dormir, personne ne me croyait vraiment malade. On me prenait plutôt pour une paresseuse.*

Depuis que j'ai été mariée, je continue d'avoir la maladie ; je peux dormir à n'importe quel moment : en préparant le repas, en faisant la lessive.... Ça me prend tout d'un coup et je m'endors. Mon mari ne me prenait pas au sérieux puis par la suite, il a réalisé que je courais des risques surtout lorsque je préparais les repas, près du feu (...). Il a décidé que je revienne au pays et trouver mes parents pour qu'ils fassent le nécessaire parce que pour lui c'est là que tout a commencé. Alors je suis revenue chez mes parents. C'est ma première fois que je viens voir un médecin à l'hôpital.(.... ». Apparemment notre interviewée n'est pas prête de retrouver son mari si elle n'est pas guérie ; elle n'est pas autorisée à retourner chez son mari.

On imagine bien la situation dans un ménage polygame. Une femme souvent malade est désavantagée par rapport aux autres, elle peut perdre son statut au profit d'une autre qui déploie plus d'énergie pour mener ses tâches domestiques. En règle générale, les hommes apprécient d'autant plus leur épouse, qu'elle reste en bonne santé et peut prendre soin d'eux.

Par ailleurs, il est toujours apparu sur la place sociale de la femme, surtout en milieu rural, que celle-ci dépend de sa capacité à procréer. Ainsi que le montre Bonnet D. (1995)²⁴⁰ chez les Mossi, la femme qui assure une descendance au groupe de son mari, reçoit des petites

²⁴⁰ Bonnet Doris, « Etre femme au Burkina Faso : de la construction du « Genre » en pays mossi » in « Place des Femmes : Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des Sciences sociales », EPHESIA, éd. La Découverte, Paris, 1995, p.286 - 289

filles comme aides ménagères, intervient dans le choix des alliances matrimoniales de la famille de son mari, et après sa mort, est susceptible de transmettre une parcelle de son énergie vitale à un de ses petits-enfants. D'étrangère dans la famille, elle acquiert le statut de parente. Celle en revanche, qui ne connaît qu'avortements spontanés ou stérilité, peut se voir accuser de sorcellerie et chassée du village.

Dans de telles conditions, on peut dire que la valeur de la femme et l'intérêt qui lui sont portés dépendent de ses capacités à assumer les rôles que lui assigne la société. Dans ce cas, on peut s'attendre à ce que les femmes qui ne remplissent pas ces conditions soient sans valeur et sans intérêt. Et que par conséquent, si elles sont malades, elles peuvent ne pas avoir droit aux mêmes traitements. Le chef de famille ne mobilisera pas la même énergie ni les moyens pour soigner une femme qui a de la valeur à ses yeux qu'une qui n'en a pas. C'est ce qu'illustrent les récits qui vont suivre. Sanata, 30 ans, 1 enfant, musulmane, une coépouse, non scolarisée, vendeuse de tissus. Elle est atteinte d'une stérilité secondaire d'après son gynécologue. Elle souffre d'infections sexuellement transmissibles chroniques. Pour se faire soigner et en guérir, les soignants lui ont recommandé une thérapie conjugale (son mari et sa coépouse). Mais son mari ne l'entend pas ainsi. Et sans le consentement de son mari, elle ne peut pas non plus entraîner sa coépouse. Elle s'explique : « (...). *Mais beaucoup de femmes supportent leurs maladies en silence non pas parce qu'elles ne souffrent pas, mais plutôt à cause du manque d'argent. Parfois ce sont les maris n'aiment pas quand on parle de soins à l'hôpital; ils refusent le plus souvent; mais si tu as ton argent, tu peux y aller malgré tout parce qu'après tout c'est toi qui souffres et non ton mari. Aujourd'hui je suis venue en consultation pour les problèmes ; c'est différent. J'ai des plaies au sexe, démangeaisons ainsi que des maux de ventre. Depuis près de 10 ans que je vis avec ; ça part et ça revient.* (Les sages femmes et le gynécologue du CHR parlent d'une stérilité secondaire). *Lorsque j'ai fini par aller pour des soins médicaux, j'ai commencé mon traitement dans un CSPS (Naaba Tigré). Les agents de santé ont voulu que mon mari et moi et ma coépouse suivions ensemble les soins. Sinon, même si je suis guérie et que les autres ne sont pas traités (dans mon couple), je peux à nouveau attraper les maladies en retournant avec mon mari. Aujourd'hui j'en souffre encore parce que ma coépouse ne respecte pas le traitement prescrit. Comme nous avons le même mari, je suis toujours contaminée à nouveau. C'est pour cela que je ne guéris pas. C'est le mari qui décide, s'il veut me faire soigner et que je guérisse enfin, il sait ce qu'il faut faire. C'est lui le chef ».*

Ramata 2, 27 ans, cultive la terre, vend des beignets et des épices, pas d'enfant, 3 coépouses, musulmane, non scolarisée : « (...) *La raison de ma consultation c'est les fausses couches et avortement spontanés que je connais. N'eut été mes problèmes de grossesses, je ne vais pas à l'hôpital. (...) Mon mari ne s'occupe pas de moi (...) Pour ma santé je fais 15 km à pied pour aller en consultation. Le mari ne m'accompagne pas ; pourquoi devrait-il le faire ? Puisqu'il a d'autres femmes qui lui ont déjà donné des enfants. Moi je n'en ai pas pour lui, c'est mon problème. Mais il me donne l'autorisation d'aller en consultation à l'hôpital. (...)* ».

D'après le personnel soignant, elle a des infections utérines. Mais il n'est pas exclu que le problème soit aussi physique, lorsqu'on sait que les femmes, généralement au village (sans matériel électroménager ni technique pour alléger leurs tâches, etc), travaillent de toutes leurs forces. Conséquence, certaines sont physiquement fatiguées. Ce qui ne les aidera pas à mener des grossesses à bon terme. Le problème peut également être lié au stress, le fait pour une femme de ne pas pouvoir avoir d'enfants, d'être mal aimé, etc.

Comme Sanata, Ramata 2 n'est pas non plus soutenue par son mari. En effet, celui-ci n'est pas décidé à l'aider pour entreprendre des soins nécessaires. De plus, étant donné que les autres femmes, ses coépouses ont déjà des enfants, son problème de santé lui est exclusivement imputée. C'est sa faute à elle si elle est malade et ne peut avoir d'enfant puis que les autres femmes en ont.

6.1.5. Mauvaise image de la femme malade et l'endurance face à la douleur

La perception d'une femme malade ou qui se plaint souvent d'avoir mal ici ou là, est négative. Et à ce titre, elle peut constituer un frein au recours. Comme nous l'explique Awa 1, 46 ans, 7 enfants, 2 coépouses est non scolarisée, restauratrice, réside au secteur 7, explique : « (...) *Les hommes n'aiment pas lorsqu'on dit qu'on est malade ; ils n'aiment pas aussi aller à l'hôpital à cause des dépenses. Mais il faut savoir les flatter et ils finissent par accepter (..)* ». Les hommes reprocheraient aux femmes d'être malades, plutôt que de chercher à les soigner. Les femmes ont le sentiment de faillir à leur devoir, en se déclarant malades. C'est dans le même sens qu'un homme béninois interrogé dans une étude récente réalisé par RESAR (2004 :36), répondait qu' « *une femme ne doit jamais tomber malade, si elle l'est qui prendrait en charge ses tâches domestiques ?* ».

Les hommes reprocheraient à leurs femmes de tomber malades. Si elle l'est trop souvent, dans le cas de la drépanocytose (maladie chronique) par exemple ou du rhumatisme elle peut être

renvoyée dans sa famille ou même répudiée. Aussi, les femmes redoutent cette stigmatisation, en évitant de se déclarer malades. Leur démarche dans la recherche de soins, s'effectue en fonction de ces valeurs sociales, portées par les hommes, mais intériorisées par tous.

Par ailleurs, la douleur (jusqu'à un certain seuil) est considérée comme un fait presque inéluctable avec lequel il faut composer selon les formes communes du lien social, c'est-à-dire sans courir le risque de perdre la face en ne répondant pas aux attentes du groupe.

La souffrance (douleur) est un passage obligé dans de nombreuses ethnies au Burkina et notamment les Mossi. Les rites d'initiation tels que la circoncision chez les garçons et l'excision chez les filles sont des pratiques traditionnelles qui préparent les personnes à se confronter à la vie d'adultes et à supporter la douleur avec honneur et dignité. Plus encore pour les filles qui vont être confrontées à la vie de femme (accouchement, soumission, etc.), la douleur est intégrée à la culture qui lui donne sens et valeur qui atténue son âpreté. La dose de douleur attendue et les manières conventionnelles d'y répondre se transmettent de génération en génération ou par groupes de pairs. En d'autres termes, il est de rigueur d'endurer la douleur avec fermeté. Les plaintes et les larmes entraînent réprobation et agacement du groupe.

Ainsi par exemple, dans son étude sur les accouchements au Burkina Faso à domicile Zongo, S. (2005 :61)²⁴¹ a fait ressortir que « les va et vient incessants entre la maternité et le domicile pour l'accouchement ou pour tout autre motif, sont perçus par l'entourage de la femme comme une peur de l'accouchement, une incapacité pour la femme à supporter les douleurs ». La tendance consisterait à supporter aussi longtemps que possible la douleur à la maison au point que certaines femmes finissent par accoucher à domicile.

Cette attitude traduit que la société attend de la femme qu'elle soit endurante face à la douleur. Ceci est valable quelle que soit la nature de la douleur (en dehors de l'accouchement). On attend de la femme qu'elle puisse supporter des maux et des douleurs quelle que soit leur origine, sans se plaindre.

Fort de ces éléments, on peut dire qu'il est de rigueur pour les femmes de supporter ou d'endurer jusqu'à un certain seuil de douleur (face à un mal) pour ne pas perdre la face et garder les faveurs et les considérations de leur époux, de la famille. L'attitude des femmes est liée au tissu social.

²⁴¹ Zongo, S., 2005, "Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri », Mémoire de Maîtrise, Département de Sociologie, Université de Ouagadougou., p.65

6.2. Influence des caractéristiques propres à la malade

6.2.1. Le milieu de socialisation

Malgré les croyances et les problèmes d'ordre matériel, le comportement de certaines femmes vis-à-vis de leur santé fait apparaître des différences. Nicole Kadijata, 23 ans, célibataire, sans enfant, enseignante, catholique est venue en consultation parce qu'elle souffre de céphalées et éprouve de la fatigue. Elle a d'abord pris un traitement qui ne l'a pas soignée, et a fini par décider de se faire traiter à l'hôpital : « (...) *J'ai pris des produits contre la fatigue, mais par la suite j'ai eu des maux de tête; j'ai très mal à la tête alors j'ai décidé de venir en consultation* ».

Notre interlocutrice est issue d'une famille d'enseignants. On peut dire que le facteur socioprofessionnel est un facteur favorable au recours aux soins publics. *Toute petite j'ai eu des maux de tête, des maux de ventre, des règles douloureuses*, explique-t-elle. Puis elle poursuit : « *J'ai perdu ma mère très tôt, j'ai grandi avec mon père, j'étais très proche de lui. C'est lui qui me soignait, il m'amenait à l'hôpital. Il était instituteur* ».

Il en est de même pour Djénéba 2, 34 ans, mariée, musulmane, 3 enfants, aucune coépouse, enseignante. Elle explique que, lorsqu'elle vivait chez ses parents, il n'y avait pas de traitements à l'indigénat. Sa mère qui travaillait, et qui est maintenant à la retraite, ne s'est jamais intéressée à l'indigénat. « *Quand on était malade, c'est directement l'hôpital. Ma mère travaillait, elle avait donc de l'argent pour soigner la famille. Elle n'attendait pas la décision de mon père. S'il était absent, elle l'informait ensuite. Je fais pareil pour moi et mes enfants à Ouahigouya* ».

C'est la même attitude que nous observons chez Limata 4, 19 ans, élève en classe de 3^{ème}, musulmane, pas mariée, sans enfant. Elle est venue en consultation pour un mal à l'œil. Auparavant, elle a été malade du palu et est allée se faire soigner au dispensaire. « *A chaque fois que je suis malade, je vais à l'hôpital. C'est moi qui pars en consultation et ensuite ma mère achète les médicaments* ». Limata vit avec sa mère qui a été agent d'agriculture, et qui est actuellement à la retraite.

Il apparaît dans ces témoignages que ces personnes ont grandi dans un milieu (famille) où les parents avaient un comportement favorable au recours de soins publics. On peut avancer que leur évolution dans ce cadre familial a contribué à développer en elles les mêmes comportements que leurs proches face à leur santé ou celle de leurs enfants. On peut conclure

à l'impact favorable du milieu de socialisation. Le milieu de socialisation pendant l'enfance joue un rôle important dans le comportement sanitaire des femmes. La socialisation désigne le processus par lequel les individus apprennent les modes d'agir et de penser de leur environnement, les intériorisant, et deviennent membres de leur groupes où ils acquièrent un statut spécifique (Ferréol et al., 2003)²⁴². En tant qu'élément de modernité culturelle qui modèle les manières d'agir, de penser et de sentir des hommes, le milieu de socialisation de la femme pendant l'enfance est à même d'influencer positivement ou négativement son comportement, notamment le recours aux soins. Ainsi, plus on est socialisé en milieu urbain, plus on est apte à adopter des comportements favorables à un recours aux soins de santé.

Il ressort également que, lorsque nos interviewées ont un niveau d'instruction élevé, il y a là un sentiment d'être plus ouvert et favorable aux soins de santé. Le recours aux soins intervient alors très tôt après l'apparition des symptômes de la maladie ; on peut avancer que le niveau d'instruction de nos interlocutrices joue un rôle dans l'explication de leurs attitudes favorables aux soins sanitaires. L'instruction rend le sujet plus réceptif aux pratiques biomédicales en le déconnectant d'avec son milieu. Ce qui explique que les personnes scolarisées sont de manière générale plus favorables et familières aux soins de santé publique, et parfois sceptiques à l'égard des soins locaux ou traditionnels ; bien qu'elles y aient parfois recours.

L'importance du niveau d'instruction a retenu l'attention de nombreux chercheurs. La plupart de ceux-ci sont parvenus à une conclusion semblable, selon laquelle l'utilisation des services de soins, augmentent avec le niveau d'instruction de la femme. Selon Fournier et Haddad (1995), à mesure que les populations sont scolarisées, on peut s'attendre d'une part à un renforcement de l'utilisation des soins de santé modernes, d'autre part à une réduction de l'utilisation des médecines traditionnelles. Des résultats similaires ont été soulignés dans une enquête par grappes à indicateurs multiples menée au Tchad. Ils révèlent que les femmes ayant reçu une éducation secondaire ou plus, sont relativement plus nombreuses (85%) à se vacciner contre le tétanos que celles qui n'ont reçu aucune instruction (31%), ou seulement suivi des études primaires (63%)²⁴³.

Dans sa recherche sur les deux entités nosologiques que sont la maladie de l'oiseau et du Zao, une entité floue se rapprochant du paludisme accompagné d'un syndrome de jaunisse, Charmillot M. (1997) montre également que les personnes vivant dans des vieux quartiers,

²⁴² Ferréol, G. et al., 2002, Dictionnaire de Sociologie. Armand Colin, Paris, 242p.

²⁴³ Djourdebbe, F. Bouba, « La déperdition des soins prénatals au Tchad », Mémoire online, oct. 2005

non ou peu scolarisées, et parlant principalement la langue locale (le mooré), ont prioritairement recours à des soins locaux. Elle conclut que le lieu d'habitation, le niveau de scolarisation, la langue parlée influençaient les comportements en matière de recours thérapeutiques. Mais une fois de plus, ces propos doivent être fortement nuancés.

Par ailleurs, les nouveaux modèles de consommation, sont connus pour favoriser un changement dans la représentation de la famille africaine et entraîner une remise en cause par les jeunes générations des valeurs traditionnelles²⁴⁴. Dans le même ordre d'idée, on peut supposer que l'urbanisation, les médias (télévision, radio, etc) modifient les mentalités.

Prenons l'extrait suivant que nous n'avons pas encore présenté. Il s'agit de Fatimata 5, 47 ans, musulmane, non scolarisée, habitant au secteur 5, mariée, 7 enfants, aucune coépouse, cultive la terre. Elle est venue en consultation parce qu'elle a mal dans tout le corps, à la poitrine, aux côtes, au dos. Elle tousse et fait de la fièvre. Ça a commencé il y a 10 jours et elle est allée d'abord consulter au CSPS de son secteur. « (...) *Je ne me suis pas sentie mieux alors je suis venue aux urgences à l'hôpital. Je suis venue sur ma propre décision. J'ai déjà été hospitalisée pour une crise de palu. Maintenant je suis mariée et j'habite en ville. Ma mère et moi sommes de générations différentes. Bien que je ne sois pas allée à l'école, j'ai appris des choses que ma mère ne savait pas. Il y avait beaucoup d'ignorance au temps de mes parents. C'est ce qui fait que je peux décider d'aller consulter de moi-même à l'hôpital. Pour mes enfants, je vais aux soins à l'hôpital quand ils sont malades* ».

Le comportement de notre interlocutrice, Fatimata 5, est une forme de socialisation. Le fait que Fatima soit venue vivre en ville aux côtés de son mari, l'a mise en contact d'une manière de vivre différente de celle du milieu rural, lui a permis d'intégrer progressivement des valeurs nouvelles. Le modèle de vie urbaine, favorise le changement et / ou l'acquisition de nouveaux comportements. On peut dire que c'est l'intégration de ces valeurs qui a favorisé l'évolution de leur comportement.

²⁴⁴ Bop Codou, « Les femmes chefs de famille à Dakar », in Femmes du Sud, chefs de famille, éd. Karthala, 1996

6.2.2. L'âge de la malade

L'âge fait partie des caractéristiques individuelles auxquelles s'en remettent les recensements et les enquêtes démographiques pour apprécier des situations de population. Comme le soulignent certains travaux et recherches qui l'utilisent pour analyser l'écart d'âge au mariage, la nuptialité et les rapports de genre en Afrique (Hertrich, V., 2007)²⁴⁵.

En Afrique, l'âge est d'importance ; il permet de catégoriser les individus. C'est en fonction de l'âge que sont définis les calendriers d'initiation par exemple, des premières fréquentations sexuelles (Mouvagha-Sow, 2001, 2002).

L'âge est aussi une variable dans les recherches sur l'utilisation des services de santé. Dans la plupart des travaux, il est observé une corrélation entre l'âge des femmes et le recours aux soins. A ce titre par exemple, Zoungrana (1993) dans son travail sur les soins prénataux, trouve que les jeunes de moins de 20 ans et celles de plus de 35 ans, ont tendance à recevoir des soins prénataux adéquats. Ces résultats confirment ceux de Fatoumata (1990) qui a pu notifier des taux élevés de complications obstétricales chez les femmes de plus de 35 ans, au Mali.

Autrement dit, les jeunes femmes sont plus susceptibles de recourir aux soins sanitaires pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum que les femmes plus âgées.

L'âge est donc un élément que nous avons observé chez nos interviewées. Ainsi, parmi les femmes interviewées, on a pu dégager l'effet d'âge. Il y en a de 16 ans, 40 jusqu'à 75 ans ; des jeunes, des moins jeunes et des plus âgées ; comme on peut le lire dans les récits qui vont suivre.

D'abord, Safi 1, 17 ans, mariée (mariage arrangé par son père, imam), musulmane, agricultrice, raconte : « (...) *Je suis agricultrice. Je n'ai pas été à l'école; je suis ménagère et je n'ai pas de coépouse. Quand j'étais chez mon père j'étais malade mais je n'allais pas à l'hôpital. J'avais des maux de tête, des maux de ventre, des vomissements, le palu. Je ne recevais que des soins traditionnels à base de produits indigénats. S'il arrive qu'on aille à l'hôpital pour soigner quelqu'un c'est mon père décide. C'est souvent à cause de l'argent, le manque de moyens financiers. Aujourd'hui je suis ici en consultation pour ma grossesse; j'ai*

²⁴⁵ Hertrich, V. « Nuptialité et rapports de genre en Afrique, tendances de l'entrée en union, 1950-1999 », in *Genre et sociétés en Afrique (s.dir.)* Locoh, T., INED, Paris, 2007, pp.281 – 325

été référée par le dispensaire de mon secteur. J'ai mal au ventre; j'ai la fièvre et j'ai mal au cœur. C'est mon mari qui m'a autorisé à venir parce que je suis enceinte ».

Ensuite, Fatou, 27 ans, musulmane, un enfant, scolarisée jusqu'en classe de 4^{ème}; vit en concubinage, habite le secteur 13. Elle explique ce qui suit :

« ... Je suis ici pour raison d'accouchement difficile, césarienne; c'est l'ami et collègue de mon mari qui m'y a amenée parce que mon mari n'était là, affecté ailleurs. Je suis toujours allée me faire soigner à l'hôpital; j'ai été une fois retenue pour une crise de palu. J'ai 16 frères, mon père à 2 femmes. Quand j'étais chez lui, j'ai connu des maux de tête, de ventre le palu et sûrement d'autres maladies que je ne me souviens pas parce que j'étais toute petite. En famille c'est mon père qui décide d'aller faire soigner un enfant à l'hôpital sinon après quand il y a des ordonnances ce sera difficile pour ma mère de trouver les médicaments prescrits. Il y a des maladies comme le rhume pour lesquelles on ne va pas à l'hôpital; si c'est le palu, dans notre famille, on va à l'hôpital et c'est le « vieux » (mon père) qui décide. Depuis ma vie en couple quand je suis malade maintenant je ne reste pas à la maison; je vais tout de suite à l'hôpital ».

Habibou 2, 45 ans, mariée, musulmane, non scolarisée, 8 enfants, une coépouse, agricultrice; membre de groupement (vice présidence), voici son histoire :

« (...) Depuis 4 ans j'ai des céphalées, la fièvre, une purit, des maux d'yeux, de cœur, de pieds. Je me soigne à l'indigénat. Cela fait un an maintenant qu'on a fini par aller à l'hôpital. Il y a 3 mois que je souffre de vertiges, de douleurs abdominales de douleurs articulaires, de maux de genoux. C'est mon mari qui m'a emmenée ici mais j'ignore pourquoi il a attendu si longtemps. C'est au CSPS de mon village Zogré (Tanghin) que nous avons été référés à l'hôpital. Je ne suis pas le chef de famille, c'est à lui qu'appartient la maison (sous entendu avec les membres qui habitent). Alors je ne peux pas prendre la décision à sa place. Pour venir à l'hôpital, cette fois mon mari a décidé qu'à sa place, un de nos fils m'accompagne. J'ai accouché mes enfants à la maison (...). Enfant, j'ai attrapé le palu, la fièvre, la diarrhée; c'est ma mère qui me soignait, il n'y avait pas de dispensaire. C'était des produits indigénats et ça passait. »

Habibou, 70 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 4 enfants, 2 coépouses, cultive du mil.

« (...) J'ai un problème de santé qui ne date pas d'hier. J'ai mal à tout mon corps, je tousse, j'ai des maux de jambes et cela depuis un an. Je me soigne à l'indigénat; je prends tout ce

que je trouve, j'en ai bu des potions. Aujourd'hui je suis hospitalisée, il y a 3 jours; c'est mon fils qui a eu pitié de moi et m'a conduite aux soins médicaux mais c'est son père qui l'y a autorisé. Mon fils était en voyage c'est pour cela que je ne suis pas venue plus tôt (...) ».

Mamouna, a 56 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 7 enfants et aucune coépouse, vend des légumes et des épices qu'elle cultive.

« (...) Je suis venue en consultation pour des maux à la poitrine, maux de dos, maux de jambes et entre les jambes. J'en souffre depuis près de 10 ans ; ça va, ça vient. J'ai commencé par soigner mes jambes; j'ai fait des examens et analyses de sang à plusieurs reprises. J'ai même déjà été hospitalisée. J'ai commencé les soins médicaux alors que j'avais mal depuis 4 ans. J'ai attendu tout ce temps par ignorance; quand on ne connaît rien (entendez, n'avoir pas été à l'école), c'est difficile et moi, je ne connais rien.

Je cachais le problème entre les jambes, de sexe; je disais toujours aux agents de santé que j'ai mal aux jambes. J'ai décidé moi - même d'aller en consultation à l'hôpital, mon mari est au courant de tout Mon mari ne travaille pas (chômage) et donc il n'a pas d'argent pour m'aider à me soigner. Comme ça ne s'arrangeait pas pour moi et que j'ai un peu d'argent, je fais du commerce ; j'ai fini par décider de m'occuper de ma santé ...) ».

De ces récits on perçoit effectivement la différence d'âge : 17 ans, 27, 45, 56 et 70. Mais cette différence n'est que l'un des facteurs explicatifs dans notre recherche, dans la mesure où cet élément est souvent couplé au niveau d'instruction et/ ou à l'emploi (revenus réguliers), le milieu de socialisation. Le niveau d'études a souvent retenu l'attention de chercheurs. Parmi celles-ci on peut citer Fournier et Haddad (1995)²⁴⁶, pour lesquels auteurs, à mesure que les populations sont scolarisées, on peut s'attendre d'une part à un renforcement de l'utilisation des soins de santé modernes, et d'autre part à une réduction de l'utilisation des soignants traditionnels. C'est ce qui apparaît également des résultats d'une enquête par grappes à indicateurs multiples, menée au Tchad²⁴⁷ que nous avons déjà évoqués.

On peut donc conclure que les femmes qui ont un niveau d'éducation formelle ou un revenu régulier, ont plus souvent tendance à utiliser un service de soins de santé. En d'autres termes,

²⁴⁶ Fournier, P. et Haddad, S., 1995, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in Gérard, H. et Piché, V., La sociologie des populations, PUM / AUPELF-UREP, pp. 289-32.

²⁴⁷ Djourdebbe Franklin Boubou, 2005, « La déperdition des soins prénatals au Tchad », IFORD/ Université de Yaoundé II-DESS en démographie, octobre, 2005

l'âge a tendance à interagir avec d'autres caractéristiques, tels que le niveau d'instruction, le revenu, ou le statut de la femme.

Mais si aucune différence significative ne semble se dégager dans le comportement de soins des femmes en termes d'âge, il n'en demeure pas moins qu'il existe une différence entre générations.

6.2.3. L'effet de générations

Nous avons à travers les récits recueillis, essayer d'établir des groupes selon des tranches d'âge : de 16 à 25 ans ; de 26 à 50 ans et les plus de 50 ans. On aurait pu les considérer en groupes de jeunes filles, de mères et de grands-mères, caractérisant trois générations distinctes avec des pratiques de soins différenciées selon les groupes. Seulement nous avons constaté la difficulté à établir des seuils d'âge séparant les générations. Compte tenu de l'enjeu de la reproduction dans notre population d'étude, il est pratiquement impossible d'établir des limites d'âge entre les groupes. En effet, même si l'âge du mariage recule, l'objectif n'en demeure pas moins important. Car on peut très tôt devenir mère ou être grand-mère. C'est pourquoi en terme de génération, nous ne faisons pas allusion à l'âge biologique des femmes parce qu'il très difficile d'établir des seuils d'âge délimitant deux ou trois générations même si c'est la hiérarchie dans l'ordre de naissance qui est l'élément le plus avancé pour classer les individus par génération. Dans le cadre de notre recherche, la génération renvoie à un sentiment pour certaines interviewées d'avoir connu ou vécu à une époque où les pratiques de soins ou les manières de soigner différaient d'une autre époque. En effet, certaines femmes sont d'une manière générale confrontées aujourd'hui aux comportements sanitaires ou aux choix de recours aux soins de leurs enfants (mères) ou petits-enfants (filles des mères). Elles ont pour la plupart été soumises aux pratiques locales qui avaient cours à leur époque et subissent le poids des valeurs traditionnelles.

D'une certaine manière, les jeunes générations donnent le sentiment de recourir plus que leurs parents aux services de soins de santé. Fatimata⁵, 47 ans, musulmane, non scolarisée, habite au secteur 5, mariée, 7 enfants, aucune coépouse, cultive. Elle est venue en consultation parce qu'elle dit avoir mal à tout son corps, à sa poitrine, à ses côtes, à son dos; elle dit aussi tousser et avoir de la fièvre. Elle raconte que depuis son mariage elle est allée habiter en ville : Ça a commencé il y a 10 jours et elle est allée d'abord consulter au CSPS de son secteur. « (...) *Je ne me suis pas sentie mieux alors je suis venue aux urgences à l'hôpital. Je suis venue sur ma propre décision. J'ai déjà été hospitalisée pour une crise de palu. Maintenant je suis mariée*

et j'habite en ville. Ma mère et moi sommes de générations différentes. Bien que je ne sois pas allée à l'école, j'ai appris des choses que ma mère ne savait pas. Il y avait beaucoup d'ignorance au temps de mes parents. C'est ce qui fait que je peux décider d'aller consulter de moi - même à l'hôpital. Pour mes enfants, je vais aux soins à l'hôpital quand ils sont malades ». Pour cette interviewée, la différence de recours aux soins se situe dans le fait que les jeunes sont plus réceptives que leurs aînées, aux messages des services de soins de santé, aux nouvelles valeurs, aux nouvelles techniques et les intègrent plus facilement.

Cette différence dans le recours aux soins de santé entre générations, est également partagée par Fati 2, 60 ans, musulmane, non scolarisée, veuve et qui vend des légumes au marché de Ouahigouya. Elle est allée pour contrôler sa tension à l'hôpital et explique: « (...) *A mon enfance, j'ai souvent attrapé le palu et ma mère me soignait avec des infusions qu'elle me faisait inhaler, boire ou me laver. Je n'ai pas connu de maladie grave; de toute manière il n'y avait pas d'hôpital chez nous (...) ce n'est comme pas aujourd'hui (l'époque actuelle) ».* Il était même normal que les femmes accouchent à la maison, sans aucune assistance médicale. Il n'y avait ni sage-femme, ni accoucheuse villageoise, ni auxiliaire. Ce témoignage révèle le rapport entre l'évolution des structures de santé et le recours plus fréquent aux services de soins. Si les jeunes recourent plus aux services de santé que leurs aînées, c'est parce qu'elles ont plus de centres de soins à leur disposition.

Par ailleurs, elles n'ont pas le poids des valeurs traditionnelles qui sont plus pesantes sur les anciennes générations que les jeunes. Comme nous l'explique Alizèta 25 ans (3 enfants, mariée, 1coépouse, musulmane, agricultrice, mal partout, admise à l'hôpital depuis 4 jours), va plus loin en expliquant que les malades ont plus accès aux services de santé parce que les temps sont différents. Elle pense que sa situation aurait été différente si elle se trouvait à l'époque de sa mère. Elle raconte que celle-ci disait qu'à leur époque: « (...) *on se soignait avec des tisanes et des décoctions que donnaient des vieilles guérisseuses qui avaient l'expérience des maladies d'enfants et qui sont bien connues dans le village. Et lorsque cela ne marchait pas, on consultait un soignant traditionnel en dehors du village (...)* ». Les services de soins étaient rares, « *C'est lorsque la maladie s'aggrave qu'on va à l'hôpital ; il n'y en avait pas beaucoup comme aujourd'hui ».* L'attitude adoptée par les malades à l'époque de sa mère consistait à attendre d'abord, avant d'aller trouver ensuite tout autre soignant. Aujourd'hui cette attitude a évolué et est relativement remise en cause. Alizèta explique son comportement par l'évolution du monde, la modernité mais aussi du fait qu'il y aurait plus de centres de soins de santé publique de nos jours que dans les années soixante.

Son attitude dénote d'une forme de socialisation mais aussi de plus de réceptivité aux soins de santé qui n'existeraient pas à l'époque de ses parents.

L'existence d'une différence dans le temps entre les traitements d'avant et d'aujourd'hui est un autre élément qui distingue les générations; parce que les maladies aujourd'hui ne sont pas comme celles d'avant. Il y aurait même, plus de maladies aujourd'hui qu'autrefois et bon nombre n'étaient pas connues. Certaines affections aujourd'hui n'ont pas de traitements au niveau local parce qu'elles sont méconnues. Alors il faut aller à l'hôpital lorsqu'on les contracte. Les traditionnels n'ont pas le pouvoir de soigner ces maladies. Certaines sont plus violentes, plus résistantes qu'auparavant. Des faits similaires ont été rapportés par S. Ferroni²⁴⁸. « Tu ne sais pas comment soigner ça. Mais avant ce n'était pas comme ça ». Alors on choisit de recourir aux services de soins de santé. Elle poursuit plus loin « *Avant, même si tu es malade, on ne te met pas de perfusion, mais actuellement, on te met la perfusion. Les maladies aujourd'hui sont devenues comme ça. Si c'est pas le Blanc qui peut ça, nous les mossi, on n'a pas ce pouvoir-là* ».

La différence de recours dans ce cas est en rapport avec l'évolution des maladies et le recours plus fréquent aux services de santé qui semblent plus efficaces pour offrir les soins adaptés. Pour cette autre, s'il ya plus de recours aux soins de santé aujourd'hui, c'est parce que les maladies actuelles ne sont pas comme celles d'avant. Les maladies aujourd'hui sont plus nombreuses et certaines n'ont pas de traitements au niveau traditionnel ou le traitement n'est pas efficace : « *tu ne sais pas comment soigner ça ; mais avant ce n'était pas comme ça. Alors on choisit de recourir aux services de santé (...). Aujourd'hui pour d'autres maladies on te met une perfusion ; cela ne peut se faire que dans un centre de santé. Nos guérisseurs n'ont pas ces compétences, ni le pouvoir de soigner ces maladies* ».

6.2.4. La religion comme autre élément explicatif

Nous nous référons ici à la religion définie comme « *un système institutionnalisé de croyances, de symboles, de valeurs et de pratiques relatives* » à la divinité (Akoto, 1993)²⁴⁹. En effet, certaines confessions comme l'islam (et nous allons le voir à la suite chez nos interlocutrices), ont une fonction thérapeutique conjointement à leur fonction religieuse. La

²⁴⁸Ferroni, S., « recours et représentations thérapeutiques des patients et soignants dans une situation de pluralisme médical. Le cas de Ouahigouya, Burkina Faso » mémoire de licence en ethnologie, juin 2009, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Neuchâtel, p.

²⁴⁹ Akoto, 1993, « Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèse et recherche d'explication », Académie, Louvain- Le- Neuve, 299p.

thérapie peut s'effectuer sous forme de prières, d'incantations, de bénédictions et de prescriptions de traitements à base de mixtures de plantes ou d'autres composantes. La religion peut donc par la différente conception de la maladie qu'elle définit ou par son rattachement à une culture donnée, amener ses adeptes à rechercher ou à pratiquer des soins proprement religieux et les éloigner des services de soins.

Voici ce que nous dit Alizèta 50 ans, agricultrice et éleveuse d'animaux. Elle est musulmane, mariée, 3 coépouses et 7 enfants. Elle est malade du diabète. Elle est arrivée aux urgences de l'hôpital c'est-à-dire lorsque la maladie s'est aggravée. Alors qu'elle aurait pu consulter plus tôt puis qu'elle habite la ville de Ouahigouya équipée d'un hôpital et des dispensaires dans les quartiers. Mais non, elle a d'abord choisi d'attendre puis de se soigner à la maison ; voici son récit : « (...) *Au départ de ma maladie, je me soignais pour commencer, avec des infusions à base de plantes, de feuilles (des recettes de grands-mères ou qu'on a apprises au fil du temps avec des amies, une voisine, la belle-mère, un parent). Comme mon état de santé ne s'améliorait pas j'ai également eu à me soigner avec des produits de marabout. Chez nous, on est musulman ; mon mari et mon père sont pratiquants. Quant il y a un malade, on demande aussi la santé à Dieu par l'intermédiaire d'un marabout. Ce dernier connaît le coran (les versets qui soignent), il prie et à la fin il donne des produits sur la base de notre religion. C'est souvent sous forme de liquide à boire ou pour se frotter le corps, ça peut être une poudre et/ou des aumônes (sacrifices) à faire. Souvent ça marche. Mais si avec ça tu ne guéris pas et que la maladie s'aggrave, on t'emmène à l'hôpital, (...) ».*

Ce comportement est également relevé chez Mariam 5, 57 ans, mariée, 9 enfants, 4 coépouses, musulmane, non scolarisée, vendeuse d'arachides et de céréales. Elle souffre d'une hypertension artérielle. Sa maladie a été découverte alors qu'elle était en visite chez sa fille (dont le mari est infirmier). Elle est venue en consultation lors de notre passage à l'hôpital pour contrôler sa tension, elle explique : « (...) *Enfant, j'ai eu le palu et des maladies que je ne me souviens pas. Mon père est musulman pratiquant. Chez nous, il n'est pas question d'indigénat pour soigner un malade. On demande la santé à Dieu, on prie et à la fin on donne des produits sur la base de notre religion ».*

Des comportements similaires sont également observés chez des malades de confession animiste. Tel est le cas de Yuma, 56 ans, mariée, 7 enfants, 4 coépouses, animiste, agricultrice. Elle souffre de maux de tête, de vertiges, d'insomnies, ... et s'est faite soigner d'abord auprès de soignants traditionnels, avant d'aller consulter dans un centre de santé où il

s'est avéré que ces maux chroniques étaient causés par une hypertension artérielle : « (...) Il y a de cela 3 ans, ... je me traitais avec des produits traditionnels à la maison jusqu'à ce que un jour ça n'aille plus du tout. Lorsque je suis allée en consultation, j'ai été accompagnée par un de nos fils. On a voulu me garder. (...). J'ai été hospitalisée (...) ».

Nous avons aussi rencontré Sylvie, 38 ans, mariée, 5 enfants, pas de coépouse; catholique, niveau CE2, commerçante. « (...) Je me suis déjà fait soigner du palu, des maux de ventre, des maux de tête, maux de dos,... (...). Je suis venue en consultation parce que je ne me sens pas bien; depuis quelques jours j'ai des maux de tête. Sachant que j'ai l'hypertension artérielle, je viens pour un contrôle. Je suis venue hier mais le major n'avais pas le temps alors je reviens aujourd'hui. (...) ».

De même, que Léonie, 30 ans, catholique, scolarisée, mariée, un enfant, vendeuse d'arachides. : « (...). Je suis venue en consultation parce que j'ai des douleurs musculaires depuis 2 semaines et ça ne passe pas; je suis souvent malade du palu. (...). Enfant, j'ai été souvent malade du palu; mon père disait à ma mère de m'amener au dispensaire ».

Ainsi que Nicole, Kadijata, 23 ans, célibataire, sans enfant, enseignante, catholique. Elle est allée consulter auprès des services de soins de santé après son automédication à base de médicaments pharmaceutiques : « (...). Je suis venue en consultation parce que j'ai des maux de tête, des céphalées et je suis fatiguée. J'ai pris des produits contre la fatigue mais par la suite j'ai eu des maux de tête; j'ai très mal à la tête alors j'ai décidé de venir en consultation à l'hôpital. (...) ».

Contrairement à Alizèta, Mariam et Yuma, Sylvie, Nicole ou Léonie elles privilégient les services de soins de santé. Nous avons relevé que les secondes de confession chrétienne (catholique ou protestante), sont plus enclines à utiliser les services de soins de santé que les premières. Ce qui nous fait dire que l'appartenance religieuse des interviewées peut expliquer le choix qu'elles font en matière de recours aux soins pendant un épisode morbide. Les premières de par leur attachement à leur religion ou leur culture ont plus tendance à pratiquer les soins traditionnels que les secondes. Ce phénomène est également relevé par J. L. Richard (2001)²⁵⁰ dans une étude faite dans la sous-préfecture d'Ouessé (Bénin). L'auteur montre que

²⁵⁰ Richard J. L., (2001), Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessé (Bénin), Thèse, géographie de la santé, Neuchâtel, 1064P.

les individus qui pratiquaient le vodum²⁵¹ étaient plus enclins que les autres religions à recourir aux guérisseurs et devins pour se soigner.

A cela s'ajoute les soins propres à certaines Eglises. Cette dimension des soins est étudiée dans une analyse faite dans ce cadre au Burkina de Laurent (1996)²⁵². L'auteur montre un essor de nouvelles formes de religiosité ainsi que certains mouvements religieux qui attirent de plus en plus de clients. Ils ont de la maladie et de la guérison une vision qui ne sépare pas l'individu de sa société, ni le naturel du surnaturel. Ils relient le mal au péché, à la possession, etc. Dans ce cas, on peut dire que l'intérêt religieux répond à une quête idéologique, celle qui apporte des raisons d'exister, une « légitimation dans la société » (Bourdieu, 1997).

6.3. Raisons matérielles

6.3.1. Manque d'argent et perception du coût élevé des services de soins

Le faible recours s'explique aussi par la faiblesse des revenus des femmes. Partons des extraits que nous allons présenter à la suite. En effet pour Siéta, 45 ans, musulmane, mariée, 6 enfants, 3 coépouses, vend des légumes, non-scolarisée, déjà présentée), le problème, c'est le manque d'argent. « (...) *A l'hôpital c'est l'argent de nos jours; si tu n'a pas les moyens, tu ne peux pas te faire soigner dès que tu as mal (...)* ».

Les difficultés financières rencontrées par les malades face au coût des prestations des services de santé sont avancées comme une raison majeure organisant le recours aux soins des femmes. Cela peut se comprendre lorsqu'on a pu constater que la plupart des malades arrivent à un stade d'aggravation de la maladie. Ce qui nécessite souvent une longue prise en charge, un long séjour d'hospitalisation, un traitement coûteux, donc des frais de soins beaucoup plus onéreux que si la malade était arrivée par exemple au début de sa maladie.

Cet argument du coût relatif aux services de soins ou à la santé est relevé par de nombreuses études. Cet élément est en effet évoqué par des auteurs et agents de santé²⁵³ comme constituant un frein à la fréquentation des structures publiques et privées de soins. Selon eux, les soins biomédicaux seraient plus coûteux que les soins locaux, traditionnels. Ceci les

²⁵¹ Le vaudou ou vodoum est une religion originaire de l'ancien royaume du Dahomey (Afrique de l'ouest), largement pratiqué au Bénin et au Togo, comme dans le célèbre marché des féticheurs à Lomé (Togo). Il désigne aujourd'hui les cultes traditionnels du sud et par extension toutes les religions traditionnelles du Bénin.

²⁵² Laurent P-J., Permanence et résurgence des réseaux de solidarité, La revue nouvelle (5) mai, 1996, pp.88- 95

²⁵³ Parmi les travaux dont faisons référence figurent : RIDDE, V (2007), Kagambèga, M (2010), Beninguisse (2001), Fournier et Haddad, 1995), Yonli, L (1998).

maintient hors de portée de la majorité des malades ; et explique l'importance des recours à d'autres soins alternatifs de la population d'une part, de la sous-utilisation des structures de soins de santé et les consultations tardives dans les centres de santé par les malades d'autre part. Il est donc certain que les problèmes d'argent et les difficultés financières sont une question importante dans le choix du recours aux services de soins. Les récits des femmes que nous avons interviewées ont souvent montré que c'est par manque d'argent qu'elles n'ont pas ou tardivement recours aux centres de santé.

Ainsi, affirme Amsétou 2, secteur 5, 53 ans, musulmane, mariée, 2 enfants, une coépouse, vend des légumes, scolarisée, membre association (AFB)). Ce sont les difficultés financières qui font qu'au début de sa maladie, elle n'est pas allée consulter à l'hôpital : « (...) *Avant on n'achetait rien, il suffisait d'aller à l'hôpital et les médicaments étaient gratuits. Aujourd'hui, il faut tout acheter alors qu'on n'a pas souvent d'argent. On reste à la maison jusqu'à ce que la maladie s'aggrave. Par manque de moyens quand on a mal et que ton mari n'a rien, tu attends à la maison. A l'hôpital c'est l'argent de nos jours; si tu n'a pas les moyens, tu ne peux pas te faire soigner dès que tu as mal (...)* ».

Cette difficulté financière est renforcée par le manque d'autonomie économique des femmes. En effet, certaines femmes, comme nous l'avons vu, sont amenées de plus en plus à se prendre en charge et/ ou à participer à l'économie de leur ménage et aux dépenses, que l'homme ne peut plus assurer seul en travaillant. Elles se retrouvent souvent en manque d'argent lorsqu'il faut payer leur prise en charge sanitaire en cas de maladie grave. C'est le cas dans la famille de Ramata 2 où le mari n'assume plus le rôle de pourvoyeur. Celle-ci et ses coépouses, doivent chacune, prendre en charge leurs propres besoins et ceux de la famille : « *La raison de ma consultation c'est les fausses couches et avortement spontanés que je connais. N'eut été mes problèmes de grossesses, je ne vais pas à l'hôpital. (...). Je connais des maux de dents, des maux de tête, des douleurs dans tout le corps (douleurs musculaires). Je supporte. Mon mari a 3 autres femmes ; si tu te dis malade qui va travailler pour toi? Qui va t'acheter des vêtements, tout ce dont tu as besoin? Mon mari ne s'occupe pas de nous; chacun se prend en charge pour tout et aussi de la famille (...)* », (Ramata 2, 27 ans, cultive la terre, vend des beignets et des épices, pas d'enfant, 3 coépouses, musulmane, non scolarisée).

C'est également le propos de Mariam 6, 51 ans, 2 coépouses ; elle explique : « (...) *Mon mari ne s'occupe pas de la famille comme il le devrait le faire ; il n'achète pas tous les médicaments. C'est donc obligatoire que si tu es malade ou si ton enfant est malade, que tu t'en occupes, (...)* ».

Certaines femmes se retrouvent même seules à gérer leur ménage. De fait, c'est à elles seules que revient la charge de la famille. Et dans ces cas, la santé n'est pas la première priorité. Tout ce qu'elles peuvent gagner, rentre dans les coûts d'entretien de la famille. Dans cette position, elles n'ont aucune marge de manœuvre.

Ainsi, ces femmes lorsqu'elles peuvent éviter les frais de prestations des services de santé au cours d'une maladie, elles n'hésitent pas, quitte à attendre avec leur mal. Cette analyse vient confirmer les résultats d'une étude récente de la banque mondiale²⁵⁴. L'étude a établi un bilan pratiquement négatif de la promotion du paiement direct sur l'utilisation des services, car les prix ne prennent pas en compte la nature des services ni la capacité à payer des populations. D'autres recherches abondent dans le même sens (Haddad, Nougara et al., 2004)²⁵⁵.

Mais s'il est vrai que la consultation au service de santé pour certaines maladies entraîne des prescriptions que la malade ne peut pas toujours honorer (à cause parfois du stade avancé de la maladie), les traitements de certains maux ordinaires ou bénins tels que les « petits maux de tête, le palu, maux de ventre, peuvent revenir moins chers (avec les médicaments génériques) ; si malgré cela, les femmes hésitent avant d'aller en priorité dans une formation sanitaire, le coût n'est pas toujours un argument convaincant. Dans le même sens, nous suivons les analyses de Dacher Michel²⁵⁶ pour qui « *le fait que l'on doit payer le médicament européen avant de savoir s'il est efficace est moins important. Le fait que la médecine moderne exige le paiement des médicaments avant la guérison, qui demeure incertaine, constitue un blocage psychologique important pouvant expliquer la préférence des populations pour les guérisseurs en milieu rural* ».

²⁵⁴ 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 » Washington, tel que cité par V. Ridde, (2007), op. cit. p. 49

²⁵⁵ Haddad, S., Nougara, A., et al., 2004, « Burkina Faso case study. Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability. Policy Lessons for Low – and Middle- Income Countries, in press. Haddad S. et al. Ottawa, IDRC.; Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », Santé. Société et Solidarité, 2004, n°2 p. 199 - 210

²⁵⁶ Dacher M. op. cit

6.3.2. Le recours aux soins comme perte de temps

Au Burkina il est rare de pouvoir prendre un rendez vous avec un médecin pour consulter. Aussi, lorsqu'il le faut, les malades doivent se rendre de bonne heure à l'hôpital pour faire la queue et attendre leur tour. Cela peut prendre beaucoup de temps d'attente, et on n'est pas garanti d'être pris. Les femmes peuvent consacrer une bonne partie de leur journée pour cela, ce qui constitue une véritable perte de temps. Le temps que les femmes mettent à attendre dans les centres de soins apparaît comme un facteur effectif de réduction de la fréquentation.

« *Tu peux attendre des heures sans pouvoir consulter* », déclare une interlocutrice. En effet cette femme, mariée, 35 ans, scolarisée, résidant à Ouahigouya, est venue consulter un médecin au CHR pour des problèmes qu'elle a au cœur mais il n'était pas venu. Elle a attendu pour rien. Quand nous l'avons rencontrée, elle revenait pour une seconde fois, une semaine après. Le fait pour les femmes de passer du temps à attendre d'être soignées sans souvent avoir la chance de le faire est une perte de temps dommageable pour elles. En effet, cela entraîne un arrêt de travail pour se consacrer à cette quête de soins. Or, les femmes accomplissant de nombreuses tâches quotidiennes, de façon rudimentaire sans matériel moderne, en plus de leurs activités professionnelles, estiment que le recours aux soins dans un hôpital constitue un élément dommageable. Car, lorsque les femmes doivent consulter dans un service de santé, elles se voient obligées d'interrompre leurs activités quotidiennes que personne ne va accomplir en leur absence. Ce qui représente à leurs yeux, une perte de production. Le choix qu'elles font est donc, de maximiser le travail pendant qu'elles arrivent encore à supporter leur mal.

Comme le souligne Djénéba : « (...) *qui va faire tes travaux à ta place ? qui va s'occuper de tes enfants ? (...)* ».

Des faits similaires ont été également notés par I. Gobatto (1999)²⁵⁷. L'auteure a pu observer dans un hôpital, « assise sur un banc, le jour de visite d'un spécialiste, j'attends au milieu d'un groupe de femmes. Certaines viennent du nord du pays pour voir le spécialiste. Il ne vient pas, personne n'est prévenu, aucune manifestation d'énervement de la part des patientes ».

Ainsi, le temps d'attente semble dissuader les malades à rechercher des soins dans les centres de soins.

²⁵⁷ Gobatto, I. op. cit. p.20

6.3.3. La distance géographique comme élément du faible recours aux soins

La distance géographique est vécue comme un réel obstacle à la fréquentation des établissements de santé par les femmes. Le recours aux soins de santé dans les zones rurales ou périurbaines, implique souvent le déplacement vers une autre localité où il y aurait un CSPS ou l'hôpital. Dès lors la disponibilité ou non de moyen de locomotion ou de transport constitue une barrière ou un facilitateur à l'utilisation d'un centre de soins. Or dans bien de cas, les moyens de transport sont rares dans les villages et peu disponibles dans les ménages. Et comme on l'a vu dans la situation sanitaire du Yatenga, certains villages possèdent des centres de soins de base mais beaucoup de localités et des périphéries ne l'ont pas. L'insuffisance et l'inégale répartition des infrastructures désavantage donc ces zones. Cela fait que les habitants et notamment les femmes, de ces zones se retrouvent éloignés des centres de soins et y ont moins recours. Parlant des effets de la distance ou d'éloignement des établissements de santé voici ce que dit cette interlocutrice, Bintou, 33 ans, résidant au secteur 2, musulmane, mariée, 6 enfants, aucune coépouse, non scolarisée : « (...). *Je suis agricultrice; je vends mes récoltes en cas de besoin. Je ne suis pas souvent venue me soigner mise à part la maternité. Je viens souvent avec les enfants pour soigner le palu, la fièvre. C'est leur père qui me dit de les amener; s'il n'est pas là et qu'un enfant tombe malade alors je le remplace. Je suis venue en consultation parce que j'ai la fièvre, des vertiges et des vomissements. C'est mon mari qui m'a amené à l'hôpital. Enfant, on utilise des produits indigénats pour nous soigner; il y a aussi des produits pharmaceutiques. Je me souviens, une fois, ma mère disait qu'après la naissance de ma sœur cadette, je suis tombée gravement malade, je ne sais pas de quoi. Et c'est une vieille femme qui lui a indiqué une plante qu'elle a cueillie pour me soigner. Les femmes malades restent avec leur maladie par ce qu'elles n'ont pas d'argent; elles attendent que le mal passe tout seul. Des fois cela est dû à l'éloignement du centre médical; s'il n'y a personne pour vous conduire, alors on reste avec sa maladie. Dans d'autres cas, il y a le fait qu'on ne vous prend pas au sérieux quand une femme se dit malade (...)* ».

Le témoignage qui va suivre pose également le problème de l'éloignement des structures. Il s'agit du témoignage de Azèta 3, 65 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 5 enfants, 2 coépouses, cultive le mil ; hospitalisée à cause de maux de cœur, de côtes de pieds et de bras enflés, elle est assistée de sa sœur, sa fille et ses 3 fils : « (...). *Depuis que je suis mariée, je connais ces douleurs mais ça se calmait. Je me soignais à l'indigénat, il n'y avait pas d'hôpital. A partir du moment où j'ai commencé à avoir des enfants, mes maux n'ont pas*

cessé de s'aggraver. Aujourd'hui plus rien n'arrive à me soulager, rien ne va plus. Je suis allée au CSPS de Ramsé qui m'a référée à celui de Séguénéga. Là on m'a envoyée au CHR. Comme mon mari est très âgé, j'ai demandé à un de nos fils de m'amener à l'hôpital. C'est trop loin pour aller à pied dans mon état et je n'ai pas de vélo (moyen de locomotion) (...) ».

A ces récits, on pourrait ajouter à la liste ces femmes qui viennent d'autres villages pour chercher des soins à l'hôpital, telles que Habibou 2, 47 ans de Zogré ; Habibou 1, 40 ans, de Kouri ; Abzèta, 47 ans, de Kalsaka ; Azèta 3, 65 ans, de Ramsé. Les villages se situent en moyenne à onze kilomètres de l'hôpital de Ouahigouya (monographie du Yatenga, 2006)²⁵⁸.

Dans ces récits il apparaît que le milieu de résidence des femmes rend difficile, en matière d'accessibilité, le recours aux soins de santé. Pour des malades dont l'état physique (maladie aggravée) ne permet pas souvent de parcourir un grand nombre de kilomètres pour se rendre dans un établissement de soins publics, la distance entre le centre de santé la plus proche et le domicile est une raison explicative également avancée par les femmes pour justifier leur faible recours aux soins.

Ce problème pourrait être le fait de l'insuffisance et de la mauvaise répartition des structures de soins dont nous avons fait la présentation (cf. chapitre Présentation de la situation sanitaire du Burkina). L'inégale répartition des structures fait que les villes concentrent les formations sanitaires ; en conséquence le rayon d'action des centres de soins de base tels que les CSPS, les dispensaires ainsi que les maternités reste important dans les zones périurbaine et rurale. A titre d'exemple, le Yatenga fait partie de la région où le rayon d'action aux centres soins est de 13,4 km contre la moyenne nationale qui est de 8,5km (dans la région centre ou du plateau central il est respectivement de 3,1 km et 5,5 km en 2004)²⁵⁹. Même si la tendance est à l'amélioration (14,1 en 2002, 13,4 en 2004)²⁶⁰, le rayon d'action reste encore l'un des plus importante pour la région du Sahel dont fait partie le Yatenga. Ce qui limite le recours aux soins de santé notamment des femmes. Le problème est d'autant renforcé que les moyens de transport en commun sont rares.

Au niveau des services sanitaires, la distance moyenne pour bénéficier d'une ambulance est de 21 km. Et lorsqu'on remplit cette condition, il faudrait aussi avoir la chance qu'elle soit disponible et en état de marche. Car selon la situation faite du parc d'automobiles de la province du Yatenga²⁶¹, celui-ci ne dispose que de quatre ambulances.

²⁵⁸ Monographie du Yatenga, op. cit

²⁵⁹ Tableau de bord des indicateurs de santé en 2004, p.25

²⁶⁰ Ibid

²⁶¹ Monographie du Yatenga, (2006), op. cit. p. 44

Dans les villages, en cas de maladie grave, les évacuations se font généralement en mobylette ou à vélo vers le CHR de Ouahigouya. Ces moyens de transport, seuls souvent les hommes en disposent. Ce sont aussi les hommes qui, la plupart du temps, assurent le transport. Or, comme nous l'avons souligné dans la présentation de la région, (cf. présentation du Yatenga/ démographie), ce sont encore les hommes qui sont sujets aux mouvements, voyages, exodes et migrations. Ainsi, lorsqu'ils sont absents, les transferts ne se font presque pas. Le fait pour les femmes malades de ne pas pouvoir se transporter dans les établissements, présente une réelle contrainte dans la recherche de soins, et renforce leur faible accès.

Cependant, l'éloignement géographique des services de santé n'est pas toujours un obstacle à la fréquentation ou un argument convaincant, en particulier en milieu urbain. Car, des femmes peuvent habiter des quartiers ou villages proches de CSPS et ne pas se déplacer pour autant lorsqu'elles tombent malades.

Prenons le cas d'Amsétou qui réside à Ouahigouya où se situe le CHR et dont les quartiers de la commune comptent également de CSPS et dispensaires et qui n'a pas pour habitude d'aller consulter lorsqu'elle se sent malade. Voici son histoire : Amsétou, 53 ans, musulmane, mariée, 2 enfants, une coépouse, commerçante de légumes, scolarisée jusqu'en classe de CM2, membre de l'association de femmes burkinabè (AFB). Elle habite en ville, au secteur 5. Elle est drépanositaire et est souvent malade. Elle connaît souvent des crises de rhumatismes, des douleurs musculaires, des ulcères. Au début de ses maladies, disait-elle, « *j'ai commencé par les rhumatismes, puis il y a eu les ulcères en 2006, j'ai été amenée aux urgences à l'hôpital. Vous savez quand on arrive aux urgences c'est que, ça ne va plus, on a beaucoup traîné, et c'est devenu très grave* ». Cette femme malade bien avant 2006 n'a pas décidé de se faire prendre en charge au début de ses symptômes ; pourtant elle réside à proximité des structures de soins. Il a fallu que son état s'aggrave pour qu'elle finisse par se rendre aux urgences du CHR.

Une étude réalisée par Beninguisse (2001)²⁶² sur les soins prénataux a abouti au même constat. Affirmant en effet, que l'augmentation de la distance n'est pas forcément un handicap au recours aux soins.

Ce n'est donc pas seulement un problème de distance qui a empêché notre interlocutrice d'aller consulter dans un centre médical. Elle a d'abord choisi de se soigner à domicile. Les

²⁶² Beninguisse, G. 2001, op. cit

femmes ont l'habitude d'attendre de voir si la maladie s'aggrave ou de se « concocter » leurs propres soins (automédication, soins traditionnels), avant d'entreprendre des soins dans un service des soins de santé, lorsque la maladie s'est aggravée.

Si la distance ou la localisation des ménages produisent des comportements sanitaires différents, ce n'est pas seulement en raison de l'inégale répartition et des problèmes de communication ou de transport. Bien que ces aspects pèsent lourdement et qu'on doit les prendre en compte, le niveau de socialisation des individus serait également une raison dans la mesure où il joue un rôle non négligeable.

CONCLUSION PARTIELLE

Cette partie a permis de mettre en relief trois catégories de maladies dont souffrent les femmes à savoir les maladies gynécologiques et les maternités, les maladies courantes ou autres et la maladie du sida. Face à ces maladies, les femmes utilisent des stratégies diverses pour résoudre leurs besoins sanitaires. Elles mobilisent diverses possibilités qui s'offrent à elles pour se soigner, tout en prenant en compte les différents éléments dont il a été question dans notre analyse. D'une manière pragmatique, leur principal objectif en cas de maladie est de retrouver la santé. Les femmes prennent elles-mêmes en charge leur mal mais aussi un nombre important de maladies, en particulier les maladies courantes ; mobilisant pour cela diverses ressources médicamenteuses et des pratiques de soins diverses. De ces pratiques on retient des soins à base de remèdes de grand-mère ou provenant de tradipraticiens ou guérisseurs et des soins de services de santé.

L'analyse que nous venons de faire à partir de leurs itinéraires de soins montre que les malades ont recours à une variété de soins où l'hôpital est souvent en dernier ressort. Il apparaît comme une sorte de classification des maladies. Toutefois les différents types de recours identifiés ne sont pas aussi distincts dans la réalité. Une maladie qui conduit une femme ou sa famille à consulter dans un centre de soins peut également faire l'objet de soins chez un guérisseur. Il peut y avoir des soins simultanés, successifs ou alternés.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence différents types de justifications avancées par les femmes. Parmi celles-ci il y a l'impact de l'univers culturel de la malade ; la perception faite de l'efficacité des services de santé et des soins traditionnels ; le manque de pouvoir de décision de la malade ; le type de ménage ; le statut de la femme au sein de son ménage ; la mauvaise image sociale de la femme malade ; l'influence des caractéristiques propre à la malade comme le milieu de socialisation, le niveau d'instruction, l'âge, les générations, la religion; des raisons matérielles telles que le manque d'argent, la distance géographique, la perte de temps.

DETERMINANTS DU FAIBLE RECOURS AUX SOINS DE SANTE

7. UN FAIBLE USAGE MALGRE L'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS.

7.1. Des avancées et des insuffisances structurelles

7.1.1. Des avancées structurelles

Le Burkina a été et reste un champ ouvert à de nombreux programmes pilotes en matière de politiques sanitaires. L'analyse de l'histoire socio-sanitaire du pays nous a permis de dégager d'importantes transformations en particulier concernant les structures et l'accès aux soins de santé publique. En effet, Celles-ci ont été menées sur la base de nombreuses politiques sanitaires dont le but principal était d'améliorer l'état de santé de la population. A la faveur de ces politiques, on assiste à l'adoption des soins de santé primaires et à une augmentation significative des structures de soins de santé publique. Le nombre de CSPS par exemple, est passé de 577 à 1148 en une dizaine d'années. On note une augmentation, moyenne de 40 centres de soins chaque année (Tableau de bord des indicateurs de santé en 2004 : 24). De même, l'effectif du personnel médical public a augmenté de plus de 40%. Leurs effectifs par habitant ont également évolué ; le ratio personnel de santé/ population a augmenté de 20% (Ridde, 2007).

On observe également une volonté d'implantation des dispensaires afin d'équiper les espaces jusque là délaissés. Ainsi, le rayon moyen d'action (rayon autour duquel les populations se trouvent par rapport au centre de santé de base le plus proche (CSPS, dispensaires, etc.)) est passé de 10 km en 2000 à 8,4km en 2004 au niveau national. En ce qui concerne notre zone de recherche, il est estimé à 7,1 km. Cela a permis une meilleure prise en charge, bien qu'insuffisante, de la population et des progrès importants depuis l'indépendance. En effet, l'espérance de vie à la naissance est passée de 42 ans en 1975 à 54,1 ans (54,2 pour les femmes). De même, la mortalité a baissé. Le taux de mortalité brut qui était de 32% en 1960 est passé à 15,2% en 2004. Selon la même source, le taux de mortalité infantilo-juvénile est passé entre 1993 et 2003, de 204,5 à 184 pour 1000, celui de la mortalité infantile de 107,6 à 81 pour 1000 pour la même période. Le taux de mortalité maternelle est passé de 610 en 1985 à 484 pour 100 000 naissances vivantes.

Bien que les résultats soient loin d'atteindre les objectifs attendus, il est incontestable que des avancées ont été faites mais des efforts restent à faire. L'intérêt pour les centres de soins de santé est donc une réalité.

En ce qui concerne notre zone de recherche, nous allons voir dans les récits qui vont suivre que certaines femmes préfèrent consulter directement dans les services de santé en recours extérieur. Comme c'est le cas de cette interviewée : « *Moi, ... en tout cas, que ce soit pour mes enfants ou pour moi-même, si je ne me sens pas bien en tout cas, ... d'abord je pars en consultation, à l'hôpital pour savoir ce qu'il y a, ou ce qui ne va pas. En tout cas, généralement là, c'est là-bas que je pars voir. (...)* » (Z. jeune femme, musulmane, réside au secteur 13, OHG).

Nous retenons également du récit de Nicole Kadijata ; elle est venue en consultation parce qu'elle souffre de céphalées et éprouve de la fatigue. Elle a d'abord pris un traitement pendant deux ou trois jours qui ne l'a pas soignée, et a fini par décider de se faire traiter à l'hôpital : « *(...) J'ai pris des produits contre la fatigue, mais par la suite j'ai eu des maux de tête ; j'ai très mal à la tête alors j'ai décidé de venir en consultation* » (Nicole, 23 ans, célibataire, sans enfant, enseignante, catholique).

La même attitude est observée chez Limata 4 qui elle, est allée en consultation pour un mal à l'œil. Auparavant, elle a été malade du palu et est allée se faire soigner au dispensaire. « *A chaque fois que je suis malade, je vais à l'hôpital. C'est moi qui pars en consultation et ensuite ma mère achète les médicaments* », (Limata, 19 ans, élève en classe de 3^{ème}, musulmane, pas mariée, sans enfant).

L'attitude adoptée par Zoénaba rejoint celle des femmes précédentes. Elle est allée en consultation parce pour des douleurs au dos, des maux de poitrine, des maux de tête. Pensant qu'elle éprouvait une fatigue à force de faire des allers-retours entre son poste de travail et son domicile, elle a attendu quelques jours que ça passe. Mais voyant qu'elle n'allait pas mieux, elle est allée directement à l'hôpital : « *(...) Au début je pensais à un coup de fatigue étant donné que je ne réside pas à mon poste et que je fais des allers-retours. Finalement je me suis décidée à aller en consultation (...). Quand c'est mon enfant qui est malade, je vais tout de suite à l'hôpital. (...)* », (Zoénaba, institutrice, jeune femme déjà citée).

De plus en plus de femmes prennent conscience de leur vulnérabilité et des possibilités qui s'offrent à elles pour améliorer leur condition de vie. Une des raisons peut être imputable à l'éducation. L'instruction rend les personnes qui la reçoivent, plus réceptives à la nouveauté. Elle permet aussi de comprendre les informations de la santé et de faire bon usage des services disponibles. De même, le lieu de résidence, le milieu de socialisation, la religion,

ainsi que l'âge sont des éléments qui influencent les comportements en matière de recours aux soins de santé.

Outre ces raisons, il y a l'impact des projets qui sont définis en faveur de la santé maternelle et infantile. Nombre d'entre eux comportent des campagnes de sensibilisation et d'animation aux risques de santé, à l'hygiène ainsi que des campagnes de vaccination qui peuvent induire à terme, des changements de comportements. A cela s'ajoutent les interventions de nombreuses Ong. Elles sont présentes dans presque tous les domaines d'activités contribuant ainsi au changement des comportements et habitudes. Parmi elles, nombre sont celles qui se sont spécialisées dans l'approche genre à travers des actions de sensibilisation et des activités d'alphabétisation, de lutte contre l'excision, de facilitation de l'accès des femmes aux micro-crédits.

C'est ce que confie cette interviewée, membre d'un groupement villageois de femmes soutenu par une ONG, dans le cadre du développement local : « *Quand tu vas à l'hôpital, ce n'est que les femmes qui accompagnent les enfants. Quand il y a un problème de santé dans la famille, c'est la femme qui est concernée ; problème d'alimentation, c'est la femme, scolarisation des enfants, c'est la femme, payer les médicaments, c'est les économies de la femme, la femme, c'est tout, ... Nous, nous sommes rendu compte qu'on pouvait faire quelque chose pour prévoir nos problèmes. Avant, on faisait des tontines pour pouvoir résoudre nos problèmes de demain* », (femme alphabétisée, membre active de groupement féminin).

Pour une autre encore, les soins des centres de santé sont perçus comme plus précis, plus complets : « *Quand tu pars à l'hôpital pour te faire consulter, le soignant sait exactement de quoi tu souffres et quel traitement correspond à ta maladie (...)* », (L., village de Koumbri).

Enfin pour M.L. « *... En tout cas si tu pars en consultation pour une maladie, si tu gagnes, on (l'agent de santé) vous explique comment il faut faire les choses (traitements). Je me dis que ce que le médecin décide, c'est sûr. Il connaît donc y a pas de problème. Donc moi, si je suis malade, je pars à l'hôpital* », (patiente, OHG, secteur 13).

Une certaine légitimité est accordée aux soins de santé. Comme on peut le constater dans ces récits, les soins au centre de santé sont considérés par les femmes comme plus précis et complets. Nous pouvons également relever que ces femmes qui consultent dans les structures de soins ont en commun un certain nombre de caractéristiques. En effet, elles résident en milieu urbain ; et nous avons vu que le lieu d'habitation était un facteur explicatif du recours

aux soins. De même, elles ont été scolarisées, alphabétisées ou ont grandi dans un milieu de socialisation favorable au recours aux soins de santé. Nous allons y revenir plus loin dans nos développements.

Ainsi, nous notons de réelles avancées en matière de recours aux services de santé. D'après même certains rapports du Ministère de la Santé burkinabè, un tout petit peu plus de burkinabè consulte dernièrement dans les centres de soins de santé (DEP, 2002).

Cependant des efforts restent à fournir pour accroître et renforcer l'utilisation des services de santé afin d'atteindre un meilleur recours pour le plus grand nombre et améliorer l'état de santé de la population de manière significative. L'ensemble de la population et notamment les femmes n'ont pas davantage recours aux soins de santé. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte.

7.1.2. Des insuffisances politiques et structurelles

L'évolution en matière de santé au cours de nombreuses décennies a fait l'objet de plusieurs travaux dont ceux d'A. Meunier (1999), d'I. Gobatto (1999) et de V. Ridde (2007). Ils ont ainsi dénombré plusieurs programmes et actions que nous avons détaillés dans nos premiers développements. Ces travaux foisonnent aussi d'exemples sur la manière dont les politiques et les actions sont organisées et axées pour l'essentiel sur les stratégies politiques sanitaires, les techniques de mise en œuvre ainsi qu'au respect des orientations sanitaires internationales. Alors que les dernières n'intègrent pas les besoins spécifiques des populations, ni les intérêts des malades concernés. V. Ridde (2007) a analysé cette non-prise en compte dans la mise en œuvre de la politique de l'Initiative de Bamako (IB) au Burkina. Le programme voulait mettre l'accent sur la prise en charge équitable de la population en matière de santé. Dans ce contexte, la démarche instaurée visait à ce que le surplus de vente des médicaments essentiels de l'IB et le paiement des services de soins, servent à financer gratuitement l'accès aux services de santé des personnes plus pauvres ou indigents. Les résultats montrent que les acteurs de la mise en œuvre des actions se sont centrés sur l'efficacité. Aucune exemption concrète du paiement des services n'a été tentée. Selon l'auteur, les recherches opérationnelles prévues lors du lancement de l'IB en 1993, n'étaient pas réalisées jusqu'en 2004.

Les interventions vont surtout répondre aux préoccupations des grands organismes internationaux et leurs partenaires et non à l'état de santé générale de la population,

notamment en termes de recours aux soins de santé, dont les inégalités ont été déjà montrées. V. Guienne (2006)²⁶³ montre à ce propos dans une analyse qui permet de mieux comprendre la santé publique et les politiques en France, qu'elles « *sont pensées soit d'un point de vue du médecin libéral qui décide « en son âme et conscience », loin des pouvoirs publics, soit par les plus hautes instances de la nation, jusqu'à être personnalisées par les chefs d'Etat ; comme les grands plans récents, cancer et Alzheimer en particulier, ayant été portés personnellement, respectivement par Jacques Chirac et Nicolas Sarkozy* ».

En procédant à une comparaison internationale, avec l'exemple du Canada, le Québec, où la politique de santé publique est inscrite dans des rapports de proximité très étroits entre les différents échelons des pouvoirs territoriaux et une grande diversité d'organisation, d'espaces, confrontés à des enjeux de santé des populations, l'auteure arrive à la conclusion que le Québec est l'endroit au monde où il y a la plus grande participation des habitants aux programmes de santé publique. Ceux-ci ont d'ailleurs commencé par se nommer santé communautaire. Pour autant, leur modèle de santé n'est pas nécessairement exemplaire ; que l'on pense à l'organisation des hôpitaux où la couverture sociale qui reste sur un modèle très libéral de cotisations volontaires. L'auteure montre à travers un examen du modèle d'organisation par échelle territoriale et l'ampleur des questions traitées à chacun de ces niveaux, le contraste avec la France où elle souligne le peu de démocratie quotidienne à l'œuvre mais aussi la pauvreté comparative du modèle qui pense soit la médecine libérale, soit une intervention étatique. Au Québec les acteurs des collectivités territoriales travaillent avec tous ceux qui interviennent pour contribuer à un état de santé de la population.

Si nous suivons cette logique et poussons la comparaison jusqu'à l'échelle du Burkina, ancienne colonie française où l'organisation administrative et son système sont calqués sur le modèle français, on en dégage un contraste plus profond. En effet, l'Etat distribue les soins en suivant le modèle français, aujourd'hui remis en cause. Par ailleurs, Il n'y a presque pas de démocratie. Et à côté de cela, de nombreuses institutions telles que le Comité National d'Ethique (CNE) critiquent la politisation de l'administration, la corruption et les détournements de fonds. De même, la presse écrite locale ne cesse de faire état des faveurs et des profits que les politiciens du pays s'octroient, des vacances qu'ils se paient ainsi que les prêts sans intérêts qu'ils s'offrent pour s'acheter des véhicules coûteux alors que plus de la moitié de la population ne mange pas à sa faim. Certains services publics, notamment la santé, sont devenus des lieux de clientélisme et d'affaires.

²⁶³ Guienne V., « Nos choix de Santé ; dilemme et controverses », Librairie l'Atlante, 2012, p.66

Par ailleurs les gouvernements du pays n'ont pas les moyens de leurs politiques. Le pays reste très dépendant des aides extérieures et internationales octroyées par les bailleurs de fonds et leurs partenaires. Ce sont eux qui définissent les orientations et la marche à suivre. Aussi les décisions politiques et les stratégies mises en œuvre montrent moins un choix de société qu'une obligation de se conformer à un programme d'unification de stratégies économiques mondiales qui, en matière de santé est défini par un objectif social en termes de « santé pour tous. En d'autres termes, l'Etat n'a presque pas de liberté de manœuvre. Pour citer un exemple, la France sous le président François Mitterrand avait décidé de doubler ses efforts en faveur des pays du Tiers-Monde (dont fait partie le Burkina Faso) dans le domaine de la santé mais en insistant sur ceci : « en modifiant les orientations (...) en donnant notamment une priorité aux soins de santé primaires, aux actions de santé intégrées et à la formation de médecins mais aussi les personnels de santé, acteurs de base de l'éducation sanitaire », le Monde (1992)²⁶⁴. De même, dans les années quatre-vingts, le « recouvrement des coûts » des services sanitaires et des médicaments est prôné et mis à l'épreuve dans plusieurs pays africains. Puis en 1995 encore, sous l'égide de l'OMS, chercheurs en santé publique et bailleurs de fonds se sont attachés à définir la notion de « nouvelle santé publique » adaptée au contexte de l'Afrique subsaharienne²⁶⁵.

Plus précisément, en 1983, au Burkina, l'arrivée au pouvoir du président Thomas Sankara laissait présager une nouvelle ère dans la politique sanitaire. Il préconisait une politique basée sur l'intégrité et affichait la volonté que le pays s'affirme en s'engageant dans des activités populaires. L'un des principaux objectifs poursuivis était la santé à la portée de l'ensemble de la population. Il avait pris librement des initiatives pour mettre en place des programmes sectoriels, de suivi d'un plan quinquennal préalablement défini (1986-1990). Sa mise en œuvre a échoué en raison du blocage de fonds. Des bailleurs tels que la France avaient refusé d'accorder toute aide budgétaire.

L'analyse élaborée par J. Rodriguez (2009)²⁶⁶ aboutit aux mêmes conclusions. Selon l'auteur, depuis les années 1980, l'apparition d'une nouvelle pauvreté et de formes inédites de marginalisation, d'isolement, interpelle les pouvoirs publics et suscite de leur part, des réponses qui conduisent à une nouvelle forme de régulation de la question sociale, associant l'action de l'Etat aux mécanismes du marché. Aussi s'est-il penché sur les logiques qui ont

²⁶⁴ Gobatto, I., 1999, op. cit. p. 100

²⁶⁵ OMS, Rapport sur la santé dans le monde », 1996, tel que cité par I. Gobatto, idem

²⁶⁶ Rodriguez, J. (2009), Déviance et société, n°1-2 en ligne http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE-DS_262_0269 consulté le 01/10/2012

guidé les évolutions des politiques sociales par les pouvoirs publics français. Il en a dégagé une inflexion des interventions publiques ainsi qu'une redéfinition du rôle de l'Etat, en tant que principe général de régulation de la cohésion sociale. A la base, une crise de l'Etat-providence qui manifeste les limites des modes traditionnels de gestion du social ; une crise du travail qui résulte de la disparition de l'organisation économique et des arrangements institutionnels jadis garants du plein emploi ; et enfin, une crise du sujet, qui procède du déclin des institutions qui assuraient la transmission des normes et des valeurs communes, la correspondance entre l'acteur et le système. Elle place désormais l'individu dans un environnement incertain. Ces éléments imposent une recherche d'alternatives.

Au-delà du fait que l'objet de l'article cherche à explorer des notions transversales pour servir de base à un débat, les réflexions de l'auteur mettent aussi en lumière les différentes expériences nationales françaises. Il augure dans les interventions publiques le signe d'un effritement du modèle social-démocrate et de l'influence grandissante des thèses libérales. Ces transformations traduiraient plus une remise en cause du rôle de l'Etat en tant que garant de la cohésion et de l'unité sociale.

De ce que nous venons de développer, on peut y voir les insuffisances des politiques et interventions publiques ainsi que les facteurs qui font qu'elles sont parfois inefficaces ou contreproductives pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixées. Pour autant, ce sont elles qui déterminent ce à quoi les sociétés ou individus ont accès.

Au cours de toutes ces interventions, le système sanitaire qui va servir de cadre de la mise en œuvre des actions politiques définies a également connu une réorganisation. Le système mis en place est de type pyramidal et hiérarchique, avec plusieurs échelons de référence que nous avons développés dans nos premiers chapitres. Mais tous les échelons ne sont pas représentés dans toutes les provinces du territoire. Et les services présents ont des fonctions limitées par les moyens qui sont mis à leur disposition (techniques, humains, locomotion, communication, ...). Dans le but qu'ils réfèrent leurs patients vers un échelon supérieur dès lors que le problème de santé de ceux-ci dépasse les compétences disponibles en place. Mais, il arrive que cela ne fonctionne pas comme prévu dans l'organisation théorique, du fait de ses dysfonctionnements.

7.1.2.1. Fonctionnement du système sanitaire et ses insuffisances

L'analyse du système de santé burkinabè a révélé de nombreuses insuffisances et il est nécessaire de rappeler ici les principaux éléments. Des documents issus des services publics, des rapports d'études nationales et internationales déjà référés dans les premiers chapitres de la recherche nous ont permis d'identifier l'inégale répartition des structures de soins existantes, le dysfonctionnement du dispositif et le faible utilisation des services disponibles, autant d'éléments qui rendent le système en place peu efficace face à une population sujette à diverses affections.

Le Ministère de la santé a lui-même reconnu que les services de santé étaient caractérisés par leur mauvais accueil des patients, leur mauvaise organisation des soins²⁶⁷.

Suite au principe d'équité défini par l'OMS en matière de santé, l'Etat burkinabè s'était engagé à réaliser des recherches opérationnelles sur l'indigence (MS, 1994 :26) afin de prendre des mesures pour permettre l'accès aux soins des plus démunis. Il en est souvent fait mention dans les documents des principes qui sous-tendent la formulation des actions de santé. Les mêmes principes ont également été ressortis lors d'une évaluation de la mise en œuvre des services de soins de santé primaires au Burkina (Drabo, 2002). Les principaux points mis en avant sont l'équité, l'éthique, la solidarité et la justice. Dans un document préalable à l'élaboration du programme national de santé, il a même été souligné que « *les inégalités sont politiquement et socialement inacceptables* » (MS, 2000 : 30). Tout cela atteste de la volonté des autorités du pays pour que les soins soient accessibles à la majorité de la population. Mais si l'équité et la justice semblent importantes, celles-ci ne sont pas formulées de façon spécifique et opérationnelle. A titre d'exemple, il est prévu l'amélioration de l'accessibilité géographique de santé pour que 90% de la population soit à moins de cinq kilomètres d'un centre de soins primaire (Banque Mondiale, 2003). Pourtant, il apparaît dans ce document du CSLP que les plus pauvres (indigents) en ce qui concerne cette mesure, sont l'ensemble des ménages résidant en milieu rural, plutôt que certains sous-groupes en particuliers. En effet dans le cadre de l'enquête sur les conditions de vie des ménages (INSD, 2007)²⁶⁸, l'accessibilité aux services de santé est appréhendée par le temps mis pour atteindre

²⁶⁷ Ministère de la Santé / Burkina Faso, Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, Burkina Faso, p.26

²⁶⁸ INSD, Analyse des résultats de l'enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages », Burkina Faso, 2007, p.39. Les établissements sont concentrés dans la région du Centre, 53,8% et les Hauts-Bassins 35% ; ces deux régions comptent à elles seules 85% des centres de soins de santé primaires du pays que la région du Sahel qui ne dispose que de 0,5%, soit deux établissements.

la formation sanitaire la plus proche quel que soit le moyen de transport utilisé. Il s'est avéré que plus du tiers de la population (34,9%) se trouve à plus d'une heure de la formation sanitaire la plus proche. Compte tenu des inégalités de répartition des structures de soins qui font qu'elles se concentrent davantage dans les villes que dans les villages²⁶⁹, le temps mis pour les atteindre diffère selon le milieu de résidence et varie considérablement d'une région à une autre.

Les zones rurales demeurent encore faiblement couvertes en infrastructures ; elles restent par conséquent, des lieux où les services de soins sont d'une accessibilité limitée. La principale difficulté relevée est que l'implantation des structures de santé s'est faite en fonction de la répartition de la population sur le territoire burkinabè. A. Meunier (1999) qui a analysé cette question, montre que la mise en place des services de santé était très déséquilibrée entre le milieu urbain et rural mais aussi entre les provinces administratives. Elle explique que ce sont les villes et les communes d'abord qui reçoivent les équipements de l'Etat et où les établissements sanitaires sont plus nombreux. Ensuite, les villes dynamiques sont plus favorisées pour l'implantation de structures sanitaires plus spécialisées. Enfin, viennent les villes pourvues d'une desserte routière importante et de qualité ; une concentration de population permettant de bénéficier d'équipements coûteux.

Cette répartition n'est pas due au hasard. Pour l'auteur, l'équipement sanitaire au Burkina participe plus à la construction politique du territoire qu'à définir des aires sanitaires²⁷⁰. Or l'évolution de l'offre de soins voudrait que la carte sanitaire soit régulièrement redéfinie afin de diminuer la charge des centres de soins. Mais les responsables politiques, travaillent à partir des limites administratives. Ce faisant, aujourd'hui, l'implantation des structures de soins suit l'aménagement du territoire pour servir de lieu d'appui à l'organisation administrative et politique. Ainsi, l'auteur a constaté dans le Houet (Province à l'ouest du Burkina) lors de la mise en place de la carte administrative, en 1984, que les villages qui ont été désignés pour servir de nouvelles sous-préfectures possédaient déjà au moins une structure de soins de santé.

Dans ces conditions on comprend que la distance géographique constitue, par endroit, un vrai problème de recours à un centre de soins.

²⁶⁹ Ministère de la Santé « Revue du secteur de la santé pour 2009, mars 2010, P.23

²⁷⁰ L'aire de santé définie comme l'échelon de base de l'administration socio-sanitaire, issue de la planification sanitaire (H. Picheral) tel que cité par A. Meunier op. cit, p. 65

Par ailleurs, les structures sont souvent implantées là où sont réunies les conditions optimales d'utilisation²⁷¹. Ces conditions tiennent compte des lieux jugés attractifs ainsi que de la représentation que l'Etat se fait de l'espace. Hors, ces conditions ne sont pas perçues de la même manière par les populations concernées. Ainsi, par exemple, il n'est souvent pas pris en compte les mouvements de populations et les aires d'attraction qui leur sont propres. Car des personnes résidant dans des villages appartenant à une aire de responsabilité donnée vont consulter dans d'autres dispensaires, plus éloignés ou hors de leur aire sanitaire (A. Meunier, 1999 :261). La raison est que l'utilisation de tels services peut se faire à l'occasion d'une visite rendue à un parent résidant dans une localité équipée d'un centre de santé. L'intérêt du village-CSPS peut être lié au fait qu'il représente un lieu d'échanges important (commerces, un grand marché, lieu de foire, plusieurs services sociaux, etc). C'est donc la localisation géographique qui influence l'attractivité exercée par la structure de soins de santé sur la population. Le recours dans ce cas est plutôt social que physique.

La barrière financière à l'accessibilité des soins est également un point important. Pour limiter l'impact du paiement direct des soins de santé, il est de nouveau mis l'accent sur l'importance de la mise en place d'une prise en charge pour les indigents ; une réduction des frais de soins est envisagée. Il est plutôt prévu une standardisation des prix sur l'ensemble du territoire, sans prendre en compte les capacités de paiement des populations.

La justice et l'équité sont donc définies comme la priorité dans les stratégies de soins de santé nationale et de l'Initiative de Bamako²⁷², spécifiées dans les documents et textes politiques publiques. Mais notons la dichotomie entre la place qui leur est accordée par les autorités, lors des discours et déclarations politiques, et la manière dont cela se traduit concrètement sur le terrain.

Les travaux de V. Ridde (2007) font une analyse de ces aspects sur l'IB et constatent la persistance des inégalités d'accès aux services de santé, l'exclusion des indigents et la mauvaise gestion des bénéfices générés par les paiements des soins. Pour l'auteur, il s'agit de l'échec de l'IB ; la mise en œuvre de ce programme ne s'est pas accompagnée d'une

²⁷¹ L'Etat privilégie les espaces les plus peuplés ; hors ces lieux ne sont pas systématiquement les plus attractifs pour les populations et les points considérés dans l'organisation traditionnelle ne sont pas forcément les pôles priorités par l'organisation politique (A. Meunier, 1999 :270).

²⁷² L'IB est généralement perçue par l'Etat, les autorités sanitaires comme le moyen de dynamiser les structures de soins de santé publique.

réduction des inégalités d'accès aux soins. Les indigents²⁷³ ne sont pas mieux soignés qu'ils ne l'étaient auparavant. Pour cause, l'absence d'équité n'a jamais été perçue comme un problème de politique publique. L'auteur relève également la mauvaise qualité des soins dans les services. Pour lui c'est « *la déontologie professionnelle des agents de santé et le respect du serment d'Hippocrate* »²⁷⁴ qui ne seraient plus respectés. Il va plus loin dans son propos en citant les résultats d'un rapport du Comité National d'Ethique (2003) dans lequel les auteurs parlent de « *Pratiques criminelles et illicites* » et de « *harcèlement sexuel des malades* »²⁷⁵.

Dans une étude portant la qualité des services de soins Alain Zoubga (2000)²⁷⁶ fait ressortir le coût élevé des prestations et des médicaments, mêmes génériques, par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout après la dévaluation du franc CFA. Cette situation est expliquée, en partie, par les prescriptions irrationnelles et le manque d'application des mesures définies pour l'accès aux soins des indigents. A cela s'ajoute l'absence de mécanisme de prise en charge des coûts des soins. Voici l'explication que donne un soignant, spécialiste gynécologue, lorsqu'il prescrit une ordonnance à un malade : « *On prescrit des ordonnances longues, parce qu'on calcule en fonction de ce que le patient va pouvoir acheter ou pas, on met les médicaments qu'il faut, puis des médicaments moins chers, et il (le malade) voit avec le pharmacien ce qu'il peut acheter ou pas* ». Pour ce médecin, le fait de produire une longue ordonnance intègre les problèmes économiques des malades. Ainsi, il prescrit des médicaments qu'il estime nécessaires pour faire disparaître les symptômes dont souffre le malade, puis rallonge l'ordonnance en y ajoutant quelques produits de composition proche, mais moins coûteux. Il prévoit ainsi, au cas où l'ordonnance n'est pas entièrement honorée, que le patient achètera seulement une partie des médicaments nécessaires à son traitement. Cette logique conduit les agents de santé à prescrire une longue liste de médicaments alors que les gens n'ont pas ou peu d'argent.

Il y a aussi des chances que la simple longueur des ordonnances décourage les patients et à l'inverse, le risque que certains malades décident d'honorer toute leur ordonnance. Pour ce dernier cas, il pourrait y avoir quelques produits de trop pour le traitement immédiat.

²⁷³ Il s'agit essentiellement du problème des indigents, de ceux qui ne peuvent pas payer les frais de soins, même modestes, exigés dans les structures de santé et qu'on appelle aussi « exclus de soins, les plus démunis ».

²⁷⁴ Op. cit. p.394

²⁷⁵ Op.cit. p. 394

²⁷⁶ A.D. Zoubga, Services des soins et qualité au Burkina Faso : une interprétation et une gestion de la question sanitaire particulière avancée, les difficultés et les carences, Ouagadougou, Burkina Faso, 2000

Mais ce qui est mis en avant lors des prescriptions de soins, c'est que par chance ou dans le hasard le pharmacien délivrera des produits au malade, que celui-ci y trouvera le traitement nécessaire pour faire disparaître les symptômes dont il est atteint. Cela marche si le patient obtient la guérison par la suite. Mais le cas où le malade n'obtient pas l'effet recherché, cela met à mal la confiance de certains malades vis-à-vis des services de soins de santé. Sans compter le risque pour les malades qui décident d'acheter tous les produits prescrits

Marie-Louise, 19 ans, restauratrice, célibataire, un enfant, niveau CM1, catholique : « *Je fais des injections pour la contraception; depuis 3 jours j'ai des problèmes au bas-ventre; j'ai aussi des règles douloureuses. C'est pour cela que je suis venue en consultation.(...) Vous savez quoi, les produits pharmaceutiques ne sont pas partout très efficaces. J'avais le palu; j'ai pris tous les médicaments qu'on me prescrivait et je n'allais guère mieux alors j'ai utilisé des produits traditionnels et je suis guérie* ».

Comme c'est le cas de cette interlocutrice, Adjara : « *A l'hôpital (...) à l'arrivée, systématiquement, on te dit de faire des examens médicaux, des analyses (...) Ils (sous-entendu les soignants) prescrivent une longue liste de médicaments Et là j'ai suivi un traitement contre le palu, mais ça ne va pas (...)* ». Ce récit montre la propension des services de santé à prescrire de longues ordonnances et des traitements coûteux qui s'avèrent parfois inefficaces. Non seulement elle pense avoir dépensé de l'argent pour acheter des médicaments qui ne l'ont pas soignée mais pire, elle croit que le traitement l'a rendue encore plus malade. Cette attitude de Adjara révèle également comme un sentiment de tâtonnement dans le diagnostic de sa maladie de la part des soignants, faisant qu'à la fin le traitement prodigué par le soignant n'est pas adapté pour soigner son mal.

Le propos de ce médecin recueilli par I. Gobatto (1999 : 253), permet de renforcer l'analyse dans le sens de l'incertitude relative au diagnostic et traitements prescrits dans les services de santé : « *On peut ne pas connaître un diagnostic précis et guérir le malade. Un malade qui vient, disons qu'il fait un syndrome infectieux, dans notre région c'est tout à fait normal on pense à un paludisme, on peut penser à d'autres pathologies... ça peut être une fièvre typhoïde sans que les signes cliniques ne soient patents et si on n'a pas les moyens de faire le diagnostic il y a un certain comportement ; on pense d'abord à un paludisme on va donner quelque chose contre le paludisme, ensuite quelque chose contre la fièvre typhoïde, les deux associés mais vous ne savez pas au juste ce que vous soignez. Le malade, si c'est une fièvre typhoïde, il va guérir, si c'est le paludisme, il va guérir, et d'ailleurs il peut s'agir de toute*

autre maladie que l'organisme peut combattre. Et de toute façon, on réussit toujours à les soigner, même si on ne réussit pas toujours à poser le diagnostic. Soigner, c'est donner des médicaments. Et il y a toujours un effet ». Certes il y a toujours un effet, ici le résultat a été satisfaisant mais le traitement aurait pu ne pas réussir ou produire un effet inattendu comme dans le cas d'Adjara, vu précédemment. Quelles que soient les raisons de ce médecin, aucun diagnostic clair n'a été posé ; mais des traitements ont bien été prescrits. Cette façon de procéder témoigne bien de tâtonnements dans les soins et de l'incertitude liée aux prestations de soins médicaux dans certains cas.

Ainsi, la malade peut être sceptique quant au traitement prescrit et se tourner vers une thérapie locale ou procéder à des soins parallèles. Il y a des plantes qui soignent efficacement dit cette autre interlocutrice : *« Je sais que la tension Il y a chez nous, une personne qui s'est fait soigner à l'hôpital où elle a été hospitalisée pendant au moins un mois mais elle n'a jamais été mieux. A sa sortie, des voisins lui ont recommandé les soins d'un guérisseur habitant à près d'une trentaine de kilomètre vers Titao. Elle a obtenu des traitements pour moins de 100F CFA (moins de 10 centimes) et se porte beaucoup mieux qu'à sa sortie d'hôpital. Moi-même j'ai déjà été soignée là-bas ; c'est très efficace. Aujourd'hui de nombreuses personnes vont consulter là-bas et ne sont pas déçues »*.

D'autres études allant dans le même sens montrent que les prix des médicaments parfois élevés réduisent les capacités des populations à accéder aux traitements nécessaires. Une des raisons avancées est le volume de la marge pris par les distributeurs sur la vente des médicaments. Une enquête au Burkina a effectivement montré *« qu'une proportion non négligeable de personnes estiment que les médicaments essentiels génériques (MEG) sont chers, 32% »*²⁷⁷. De même, il a été relevé que ces coûts étaient souvent plus élevés dans les services publics que dans le privé. Une évaluation extérieure faite sur un projet sanitaire dans la région de Kaya, au Burkina, a permis de prouver que les marges faites par les dépôts répartiteurs variaient de 13% à 37% (Chabot, Conombo et al., 1999)²⁷⁸ ; ce qui dépassait largement les directives du ministère de la santé qui fixait cette marge à 10%.

D'après les résultats d'une enquête sur les aspirations nationales menée auprès d'un grand public sur l'ensemble du territoire burkinabè, 6,8% de la population déclare bénéficier d'une protection sociale. Tous les autres ont recours à des formes traditionnelles de solidarité : aide

²⁷⁷ Afogbe, 1997, p.20, tel que cité par V. Ridde op. cit. p. 54

²⁷⁸ Chabot, Conombo et al. 1999, idem

des parents pour près de 2/3 soit 63,6% des répondants ; les associations communautaires, pour 14,7% et surtout la solidarité traditionnelle. En milieu urbain, l'aide parentale est citée à 71,7% et en milieu rural, 60,1%. Alors que ce sont les associations communautaires qui le font en milieu rural 17,1% contre 9,3% en milieu urbain²⁷⁹. Pourtant, le droit à la sécurité pour tous les burkinabè est consacrée dans la constitution. Mais le système de sécurité exclut de son champ d'action plus de 90% de la population, la grande majorité. Il n'est pas étonnant que les difficultés financières pour honorer les paiements des prestations services sanitaires constituent toujours un obstacle majeur.

Isabelle Gobatto, (1999) qui a analysé les dysfonctionnements du système de santé, a abouti à la conclusion que la mauvaise qualité des infrastructures sanitaires les rend vulnérables aux risques environnementaux, tels que l'inondation du 1^{er} septembre 2009 du CHN de Ouagadougou avec 300 mm d'eau. Les malades ont été évacués sur des civières. R. Valéry (2007 :358) relève le sentiment de « mépris » des agents de santé du service public. L'auteur montre que des agents de santé utilisent le système public à des fins personnelles, consultant les malades comme dans des cabinets privés au sein d'établissements publics ; d'autre part, ces agents ne prennent pas soin des biens publics, utilisent des médicaments périmés offerts par l'Etat. Tel que cet infirmier qu'il cite en exemple ; celui-ci ne s'inquiète pas de la date de péremption prochaine de produits gynécologiques fournis par une Ong au compte de l'Etat « *comme cela c'est des dotations, c'est pas grave* ».

Les résultats de notre recherche confirment en partie ces insuffisances liées aux institutions et formations sanitaires ainsi qu'aux politiques nationales qui impactent sur le niveau de recours des services de santé. Le fait d'effectuer un déplacement pour consulter dans un centre de soins de santé, sans être convaincu d'être bien accueilli et bien soigné est un frein; de plus, il faut payer les prestations. Le comportement du personnel soignant dans les centres de soins constitue un handicap majeur. Comme l'ont souligné des témoignages précédents, certaines malades sont déçues du peu d'attention accordée aux malades par les agents de santé à l'accueil. Celui qui n'a ni relations, ni connaissances, ni argent risque fort de ne pas pouvoir recevoir de soins ou de mourir sans être pris en charge.

Des enquêtes anthropologiques ont également mis au jour plusieurs problèmes relatifs aux comportements des soignants à travers l'accueil, les violences verbales, physiques et l'absence d'écoute des patients (Jaffré, Olivier de Sardan et al. 2002). Ces auteurs qualifient la

²⁷⁹ M. Kagambèga, op. cit. p.123

qualité des soins de santé de négative surtout pour des patients qui ne disposent pas de relations personnelles avec le personnel de santé des centres qu'ils fréquentent. Et c'est bien souvent le cas des indigents.

Le récit qui va suivre est assez éloquent et illustre bien les difficultés de recours au système biomédical, son dysfonctionnement, sa mauvaise organisation mais aussi du mauvais accueil. Il s'agit de Pascaline, jeune cadre, ingénieur, travaillant dans une ONG au nord du Burkina. Elle souffre de maux de ventre accompagnés de diarrhées récurrentes. Elle a reçu des traitements dans le dispensaire qu'elle a consulté, proche de chez elle. Les douleurs se sont atténuées mais elle s'est mise à perdre du poids. Alors elle est retournée au dispensaire. L'agent qui l'a reçue lui fit comprendre qu'elle n'avait pas respecté la posologie qu'il lui avait indiquée. Mais elle insista à haute voix pour avoir une nouvelle consultation. L'infirmier lui reprocha d'avoir mal expliqué sa maladie ou ses manifestations et lui donna un papier pour aller voir un médecin à l'hôpital. Voici la suite de son histoire : *« Je suis partie tôt un matin, j'ai quitté le travail, j'arrive, le médecin n'était pas là, je repars. Puis j'y retourne dans deux jours, je ne peux pas voir le médecin parce qu'il y a trop de monde. Alors j'ai appelé un cousin, il est infirmier. Il est allé voir le directeur provincial de la santé avec moi. Il m'a examinée parce qu'il le connaissait, puis il m'a fait un papier pour aller à l'hôpital Yalgado parce qu'il fallait faire beaucoup d'examens. Donc c'est allé vite. (...). Le lendemain, j'arrive à l'hôpital Yalgado avec ma lettre de référence. Déjà je tourne dans cet hôpital et personne ne peut me renseigner, si le médecin est là, ou quoi. Mon cousin m'avait donné un nom, je l'ai trouvé, et c'est lui qui est parti pour trouver un médecin, un gynécologue. Elle n'était pas contente parce qu'il faut avoir des rendez-vous pour la voir. Enfin, ils ont discuté et à la fin de sa consultation elle m'a examinée. Sinon j'aurais dû faire au moins dix allers et retours de ma province à ici sur un mois avant de pouvoir voir quelqu'un comme ça (un professeur agrégé). Après ça, j'avais des examens à faire, une échographie, une prise de sang et d'autres ; mais je n'ai pas encore réuni tout l'argent, j'en suis déjà à trente mille francs CFA. Donc je reviens avec les premiers, ça suffit peut-être pour le diagnostic, parce qu'après il faudrait peut-être m'opérer. (...). Vous voulez que je vous raconte aussi les rendez-vous pour les examens ? (...). J'arrive hier, on me dit que le cahier des rendez-vous est plein pour une semaine ! Je dis c'est pas possible, je n'habite pas ici, la dame me dit que c'est pas son problème, ou bien de voir moi-même avec le laborantin. Donc je pars trouver le laborantin, rien à faire, je retourne voir le directeur provincial, il me fait un mot, je reviens, le laborantin m'a dit bon, je ne savais pas, et il me donne un rendez-vous pour le lendemain même. Tu*

vois ! Le lendemain j'arrive, il était absent à cause d'un décès. Donc le lendemain encore je suis revenue, et il m'a pris. »²⁸⁰. Ce récit illustre le dysfonctionnement du système, la nécessité d'une participation active de la part du patient mais aussi des négociations qui ne sont pas toujours aisées pour tous.

D'autres enquêtes comprenant le Burkina, attestent par ailleurs que les dispositions légales concernant la prise en charge des plus pauvres, lorsqu'elles existent, ne sont pratiquement jamais appliquées (Ridde et Girard, 2004). C'est également ce que d'autres auteurs tels que Bicaba, Ouédraogo et al., (2003) ont mis au jour. En effet, alors qu'une mesure nationale prévoyait l'exemption du paiement des soins lorsque des femmes indigentes devaient subir une césarienne dans les hôpitaux régionaux, une recherche à ce sujet a révélé que rien n'a pratiquement été fait dans ce sens. Suite à une étude menée dans trois centres hospitaliers régionaux, les auteurs montrent que de 1997 à 2002, seules 32 femmes ont été désignées comme indigentes ; soit 1,6% de l'ensemble des cas de césariennes ont été identifiés. De plus huit de ces femmes ont dû payer le kit opératoire pour leur césarienne.

Ce que nous voulons dégager, est que les agents de santé ont bien une part de responsabilité importante dans le dysfonctionnement des services de santé. C'est dans ce sens que Ridde (2007) met en cause l'abus de pouvoirs des agents de santé. Même s'ils ne portent pas l'entière responsabilité, les agents de santé, dans leur manière de s'organiser et de vivre dans le système de santé mis en place, sont perçus comme entretenant du corporatisme. Le syndicalisme occupe une place importante dans le pays et cela est d'autant vrai pour les agents du ministère de santé (SYNTSHA). Selon Desclaux, A. (1999), il existe au Burkina trois entités dont le syndicat de santé animale et humaine, celui des infirmiers et des infirmières et l'association burkinabè des infirmières. L'existence d'une telle organisation forte est signe de l'engagement d'une société civile. Mais, cela ne devrait pas nuire à la société dans son ensemble, ni se faire au détriment des membres de l'organisation. Comme dans le cas du Niger pays voisin où de nombreuses grèves de syndicats, sans un service minimum ont mis en évidence tout le mépris des personnels de la santé pour les patients (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002)²⁸¹. Si l'on transpose cette réalité au cas du Burkina où la population consulterait un agent de santé trois fois tous les dix ans, en moyenne, et où les inégalités d'accès aux soins sont très importantes, on ne peut comprendre que la priorité dans un pays soit portée sur la santé des membres d'un syndicat ou d'une corporation. Pourtant

²⁸⁰ I. Gobatto, 1999, op. cit. p. 260

²⁸¹ Jaffré, Y., Olivier de Sardan et al., 2002, tels que cité par Ridde, op. cit. p. 391

c'est le cas au Burkina. D'après Ridde, les agents de santé jouissent toujours d'un très grand pouvoir de décision et d'un statut social qui ne permettent pas des audits de compte, de transparence du système. Il montre que les agents dans leur ensemble, agissent ensemble contre tout changement social et pour la conservation de leur pouvoir. Il ressort que certains vont même jusqu'à instaurer des systèmes pour se décharger des conséquences mortelles d'une inégalité d'accès aux soins pour des raisons financières. Dans cette optique, ceux qui s'y opposent sont écartés ; il faut que les agents forment le groupe le plus homogène possible. Ceux qui refusent sont par exemple mutés et/ou maintenus dans des postes les plus éloignés. Au Burkina, au niveau des centres de santé, Gobatto dans son travail (1999) parle de micro-consensus. Une organisation qui est à l'image de la société, très hiérarchisée. Le respect que les jeunes agents doivent aux anciens les empêche d'émettre des critiques sur la qualité des soins effectués par leurs aînés. L'un des principes du groupe est que pour rester membre, une certaine connivence doit exister entre les membres. Bien que le système soit hiérarchique, il fonctionne à la manière du donnant-donnant. On tenterait même à neutraliser les uns les autres étant donné que certains responsables au niveau central font aussi partie du système de collusion au plan local et régional. L'exemple de ce gérant de Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques (DMEG) témoigne bien de la situation. Alors que ce gérant tentait de mettre en place une association pour créer un contre-pouvoir, il a été immédiatement intimidé par les agents de santé de son district et leur hiérarchie supérieure. Il a été convoqué à plusieurs reprises par les responsables du district sanitaire pour tenter de l'empêcher de créer son association. On a dressé les autres gérants contre lui. A travers son projet, il voulait également régulariser sa situation au sein du comité de gestion des dépôts de médicaments qui l'employait comme salarié depuis des années et qui ne lui a jamais établi ni de contrat de travail, ni défini son statut. Après des années de bataille et la saisie de l'inspection du travail, il a fini par obtenir du médecin chef du district sanitaire qu'il informe ses collègues du Comité de Gestion (COGES) de l'importance de passer un contrat de travail avec l'ensemble des gérants des DMEG. Au-delà du conflit d'intérêt, cet exemple montre combien il est difficile de s'en prendre aux agents ou à leur groupe. Or, la recherche de solutions pour un meilleur recours pour tous nécessite des changements. Une telle organisation ne favorise pas la transparence, ni la réactivité du système de santé, ni la prise en compte des besoins des malades encore moins les personnes les plus pauvres. C'est l'ensemble du système qui favorise son dysfonctionnement. Les responsables des structures hiérarchiques et leurs sous-structures ne veulent pas remettre en cause leurs habitudes afin de trouver des solutions aux problèmes de soins des populations et notamment des plus pauvres (indigents). Ainsi, la mise

en place d'une mesure ou d'un changement qui n'ira pas dans le sens de leurs intérêts a peu de chance d'aboutir.

Tout cela n'est pas sans rappeler les phénomènes de corruption et d'impunité qui constituent d'autres facteurs qui exacerbent les inégalités de soins et les problèmes de recours aux services de santé.

7.1.2.2. La corruption un phénomène connu

Pour revenir aux Comités de gestion (COGES) qui sont créés dans le cadre de la mise en œuvre de l'IB dans les villages pour le suivi des dépôts de médicaments essentiels génériques, rappelons que les agents de santé en sont membres d'office. Or, on a vu qu'ils étaient en mesure de s'accaparer des ressources et le pouvoir de décision au détriment des populations les plus concernées. De plus, ces derniers ne sont pas en mesure de porter plainte sans que les autres membres des services de santé n'interviennent pour empêcher de sanctionner les pratiques illicites de leurs collègues. Les exemples qui soutiennent ce constat ne manquent pas. Il apparaît même que le phénomène est largement répandu au Burkina. Un rapport publié par le Comité National d'Ethique (2003 :16) souligne que « *depuis ces dernières années, une sorte de frénésie s'est emparée de notre pays amorçant une décadence sociale* ». ²⁸² D'après ce rapport, le dévouement des agents et des services envers la société a disparu ; ce qui expliquerait la corruption et tout ce qui y réfère. Les projets de développement seraient souvent mis en œuvre pour satisfaire des intérêts individuels et privés tels que l'acquisition d'un véhicule, le paiement d'indemnités, l'octroi de *per diem*, etc.

Dans un sondage sur l'accroissement de la corruption, à la question « pensez-vous que la corruption existe plus que auparavant », près de 91% des personnes ont répondu par l'affirmative. Les sondés étaient aussi bien des hommes que des femmes, de milieux de résidence différents, de différents niveaux d'instruction et situation socioprofessionnelle. 70% pensent que la corruption est même devenue une règle de conduite au Burkina Faso ²⁸³.

Pourtant, sous l'égide des bailleurs de fonds, l'Etat est contraint d'observer les pratiques de délinquance économique, de suivre et de contrôler la mise en œuvre des politiques nationales de lutte contre la corruption. Pour ce faire, l'Autorité Supérieure de Contrôle d'Etat (ASCE) a été créée par la loi n°032-2007/An du 29 novembre 2007. Depuis, l'Etat se félicite en

²⁸² Ridde, V. op. cit. p.394

²⁸³ Comité National d'Ethique, Rapport annuel 2002, Ouagadougou, CNE, 2003, p.37.

avançant que grâce aux actions de cette organisation, le pays est aujourd'hui le moins corrompu des pays de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Il est ainsi classé en 2009 79^{ème} sur 180 pays avec une note de 3,6²⁸⁴. Or, pour ne prendre que l'exemple des structures sanitaires, des institutions telles que la caisse nationale de sécurité sociale, les hôpitaux et services de soins publics, ... ont été identifiés par l'ASCE pour des délits de corruption. De même que des rapports publiés par la cour des comptes ont dressé une liste de noms de personnes impliquées dans des délits et détournements de deniers publics. Mais aucune personne n'a jusque-là été inquiétée ni traduite devant les tribunaux du pays. La situation montre que des gens peuvent agir en toute impunité. Bien que des textes soient établis à cet effet, rien n'est appliqué pour empêcher la mauvaise gestion et la gabegie des biens publics.

Comme la corruption, l'impunité fait également partie des maux profonds du système. Au-delà de ce qui vient d'être développé, l'impunité constitue un facteur important. Comme nous l'avons déjà vu pour la corruption, de nombreux exemples attestent du phénomène. Afin d'expliquer au mieux cette réalité sociale, reportons nous au récit de cet enquêté, pilote et cadre de l'armée nationale de l'air : *« Mon principal souci, celui qui me hante tous les jours est comment soigner ma femme, mes enfants quand ils tombent malades. Avant, c'était mieux car l'armée de l'air avait une mutuelle de santé mais elle n'existe plus pour cause de mauvaise gestion, d'abus et de fraudes. A l'hôpital, vous ne trouverez que deux types de personnes. Les pauvres parce qu'ils ne savent pas où aller pour se soigner. C'est donc leur dernier recours. Les riches, parce qu'ils connaissent tout le monde et parce qu'ils ont un réseau d'amis très influent parmi lesquels les politiques, les médecins, les pharmaciens, ... Alors que deux ou trois médecins sont mobilisés immédiatement pour s'occuper d'eux ou de leurs malades, les pauvres sans argents et sans amis influents meurent dans les couloirs de l'hôpital sans consultation préalable. Voir sortir un pauvre gravement malade de l'hôpital relève du miracle. L'ordre d'arrivée ou la gravité de la maladie ne sont plus des arguments pour bénéficier de soins. Ce qui compte c'est de connaître les gens, mais des gens influents »*²⁸⁵. Ce qui se dégage de ce récit est que les structures publiques de santé dans leur ensemble sont devenues des lieux d'affaires, un réseau de relations privées. De telle sorte que si l'on ne fait pas partie d'un réseau d'amis ou ne connaît pas de personnes influentes, on ne peut recevoir de soins appropriés ou obtenir aucun un service public.

²⁸⁴ In rapport général annuel d'activités 2009 de l'ASCE, p.5 tel que cité par Kagambèga, M, 2011, op.cit.p.249

²⁸⁵ Kagambèga, M, op. cit. p. 242.

Les responsables de ces faits et délits ne sont jamais inquiétés, ni interpellés. Car, s'il arrive que des coupables soient pris sur leurs méfaits ou délits, il n'y a jamais eu de poursuites ou des condamnations. Du fait de l'impunité, cela ne fait qu'inciter d'autres individus et/ou responsables de structures à la corruption pour atteindre leurs objectifs et satisfaire leurs intérêts.

Ces phénomènes remettent en cause la fiabilité et la crédibilité des structures publiques en général et des services sanitaires en particulier. Et c'est l'ensemble de toutes ces carences et insuffisances qui conduisent souvent les malades et leurs familles à se faire leur propre appréciation de la qualité des prestations et des soins offerts des les centres de santé. Une perception qui influence assez négativement les choix d'orientation directe vers les services de santé. Notre recherche corrobore ces résultats.

Ainsi, bien qu'on relève des insuffisances au niveau des soins locaux qui pourraient contribuer au développement des soins dans les centres de santé, la population étudiée reste à majorité favorable aux soins parallèles et traditionnels.

7.2. La place des soins traditionnels dans le recours aux soins

Nous avons montré que le recours aux soins varie selon des raisons socioculturelles et des aspects liés aux caractéristiques des malades mais aussi que leur famille joue un rôle dans les choix en matière de recours aux soins. Il s'agit essentiellement d'éléments liés au statut de la malade au sein du ménage, à l'âge, au niveau d'instruction, au type de ménage, à l'état de gravité perçue de la maladie, à la faible capacité financière, à la religion, au type de maladie ainsi qu'au milieu de socialisation.

Le recours à l'automédication et aux soins traditionnels occupent une place de choix dans les itinéraires de soins des femmes interviewées. Ils sont reconnus, accessibles et peu chers. Souvent, les raisons sont liées à la confiance que les femmes accordent de ce type de soins, à leurs habitudes de pratiques de soins ainsi qu'aux croyances qui restent encore très ancrées dans les esprits. Rappelons qu'au Burkina Faso, le nombre de tradipraticiens est estimé à 30 000, soit 1 /500hbts (Sakandé, 2004)²⁸⁶, contre un médecin pour 37 699hbts. Le nombre peut varier d'une source à une autre mais il est certain que les soins traditionnels représentent une ressource indéniable pour la population en quête de soins. Dans bien de cas, ils représentent la première alternative.

²⁸⁶ Sakandé Ibrahim, « Les Burkinabè doivent compter sur la médecine traditionnelle », in Sidwaya, 16/10/2004, Ouagadougou, Burkina Faso. <http://www.santetropicale.com/Actualites.1004/10047.htm> (consulté avril 2008)

7.2.1. La préférence accordée aux soins traditionnels

Malgré les déclarations favorables de recours aux services de soins de santé, l'analyse des itinéraires thérapeutiques sur notre terrain de recherche, nous enseigne que les soins traditionnels ne sont pas prêts à être abandonnés par les populations. En dépit des mutations que connaissent nos sociétés, les soins locaux et les recours aux tradipraticiens persistent. L'histoire socio-sanitaire du Burkina l'illustre bien. Rappelons que pendant la colonisation, alors que les soins traditionnels ou médecine traditionnelle étaient interdits, les populations ont continué à les pratiquer. Malgré cette interdiction, ces soins ont continué d'exister et se sont renforcés avec le temps ; les gouvernements ont commencé à les tolérer dès les années soixante dix. Mais l'importance des pratiques et des croyances vont s'accroître et amener l'Etat à légiférer sur la question. Une loi légalise aujourd'hui ces pratiques (loi n°23/94/ ADP du 19/5/94 portant code de la santé publique). Les soins traditionnels font l'objet d'une politique formelle du Ministère de la santé. Aujourd'hui le recours aux soins traditionnels est officiellement revalorisé. En effet, la récurrence dans les récits recueillis impliquant des soins traditionnels et l'automédication montre combien ils font partie intégrante du quotidien de la population étudiée. L'automédication est très utilisée. Les femmes expliquent leur choix pour des maux bénins, courants ou déjà connus. D'une manière générale, leur principale préoccupation est d'obtenir un rapide soulagement ou la guérison en cas de maladie. D'autres motifs favorisent l'automédication, tels que le fait de ne pas pouvoir consulter un soignant compétent, la méfiance à l'égard du diagnostic médical, la mauvaise qualité des soins. Le choix de l'automédication serait une réponse à ces dysfonctionnements et insuffisances des services de soins de santé.

Nous avons également relevé dans nos premiers chapitres, le fait que les femmes Yadesé avaient un statut social qui leur conférait une certaine autonomie ; il aurait été intéressant de savoir si cette position n'était pas également une raison favorisant le choix de l'automédication. Dans tous les cas l'analyse nous montre qu'elles ne sont pas aussi libres que leur réputation le laisserait penser. Dans les recours aux soins de santé, elles doivent tenir compte des contraintes familiales et culturelles, quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle.

Au mieux, il ressort de notre analyse des itinéraires de soins des femmes interviewées, une certaine difficulté à mettre des limites spécifiques entre soins traditionnels et services de soins de santé, comme s'il y avait une dissolution progressive des frontières dans la quête de soins,

passant d'un type de recours à l'autre, de manière successive ou simultanément. Et cette démarche semble normale pour les usagers. On peut envisager que les femmes utilisent les offres de soins comme un même système comprenant différentes options possibles, auxquelles elles peuvent recourir selon leurs besoins, le type d'affections et en fonction des représentations et leurs moyens. Dans ce cas ne serait-il pas judicieux d'inclure les pratiques traditionnelles dans le système officiel de soins de santé ? Mais comment ? Jusqu'où ? Et comment s'assurer de l'équilibre entre les services de soins de santé et les pratiques traditionnelles ?

Quoi qu'il en soit, les recours aux soins traditionnels résistent au temps et s'adaptent aux changements. Cela confirme l'analyse de J. Benoist (1996) qui y voit la capacité de synthèse mais aussi d'adaptation des médecines traditionnelles, la garantie de leur pérennité. Celles-ci auraient effectivement une grande capacité à se re-crée et à se repositionner de manière dynamique au sein de la structure des systèmes médicaux pluriels. Les changements que les médecines traditionnelles subissent, ne nuisent pas à leur essence et elles continuent à être considérées comme utiles tant par leurs spécialistes que par les usagers.

Ainsi, bien que des indicateurs montrent une situation sanitaire en amélioration, les populations ont un recours limité aux services de soins de santé. En ce qui concerne les femmes (notre population d'étude) malgré l'élaboration de plans et de projets d'actions en leur faveur et les objectifs sanitaires fixés en matière de santé maternelle et infantile, restent moins nombreuses à fréquenter les services.

L'analyse montre que les femmes peuvent, par elles-mêmes ou avec des soins locaux, soigner efficacement un certain nombre de maladies. Or, ces pratiques dans lesquelles se reconnaissent les usagers ne sont pas prises en compte par les professionnels et les acteurs de développement, notamment de santé. Elles pourraient pourtant faire l'objet d'analyse plus approfondie, dans le cadre d'un programme de santé publique afin d'aider à améliorer les recours aux soins de santé publique.

Mais bien au contraire, d'après certains travaux consultés pour cette recherche concernant la santé dans le Tiers-Monde, ces pratiques sont considérées comme obstacles socio-culturels qui empêchent l'atteinte des objectifs en matière de soins de santé. Il est toujours apparu aux yeux des professionnels de santé, que les facteurs socioculturels des sociétés font partie des causes principales du peu de résultats des projets et même des échecs.

C'est le propos de Banerji²⁸⁷ qui constate qu'en Inde, les populations et les patients eux-mêmes atteints de tuberculose étaient donnés pour responsables des échecs des programmes sanitaires. Il leur était reproché de ne pas percevoir leurs symptômes, de ne pas participer aux programmes de dépistages et d'être fatalistes. Cependant une enquête auprès de malades tuberculeux non traités, identifiés préalablement dans le cadre d'une enquête épidémiologique, a permis de mettre en évidence le contraire. Les malades étaient conscients de leurs symptômes. Ce qui fait conclure que les échecs des programmes ne pouvaient donc être imputés aux seuls patients ; ils le devaient aussi aux erreurs de diagnostic et surtout au manque de confiance que les spécialistes inspiraient à la population.

De même, concernant le Burkina, V. Ridde (2007)²⁸⁸ analyse les échecs de la mise en œuvre d'une politique équitable dans l'accès aux soins de santé publique. Pour l'auteur, les acteurs (bailleurs de fonds, planificateurs, spécialistes de santé et développeurs, etc) se sont plus focalisés sur les aspects relatifs à l'efficacité de mise en place de la politique que sur l'équité. Il impute ainsi les échecs du programme aux acteurs chargés de sa mise en œuvre.

Les résultats de l'étude sur les maladies diarrhéiques réalisée par Soubeiga et al., (1997) et ceux de Kagambèga (2010), attestent que personnes interrogées sont informées des risques sanitaires, averties de certains symptômes et connaissent également les principales causes.

Ainsi, toutes les raisons d'échec de projet ne sont pas entièrement imputables aux populations. De même que certains facteurs socioculturels peuvent s'avérer des atouts et non des obstacles. Les experts ou professionnels ont également une part de responsabilité. Ils pensent pouvoir à eux seuls assurer et garantir la réussite des programmes de développement tels que les services de soins de santé, parce que les populations ne savent pas tout de leur problème de santé. Mais, même si cela est avéré, les populations sont mieux placées pour exprimer leurs besoins les concernant ; et ceux-ci seront plus pertinents afin de permettre de mieux définir les actions et les programmes à mettre en place. Les populations ont beau être bénéficiaires, elles n'ont pas toujours une part active dans les décisions les concernant. Ce qui n'est pas sans rappeler le phénomène de corruption et les effets que nous venons de développer.

Lorsqu'un programme rencontre des échecs dans sa mise en œuvre, les acteurs continuent d'incriminer les pesanteurs socioculturelles et les normes sociales intériorisées qui

²⁸⁷ Banerji, in Hours Bernard, « Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie », Karthala, 2001, tel que cité par M. Kagambèga, op. cit. p. 55.

²⁸⁸ Ridde, V. op. cit.

s'opposeraient aux logiques du développement. Pourtant, selon Henri Mendras (1976) « *Dès que les paysans voient la logique et les avantages d'une nouvelle organisation dans leur exploitation et de leur vie, et qu'ils sentent à leur disposition des moyens de la réaliser, ils le font et ils changent très rapidement leur manière de voir et de penser en fonction de cette nouvelle logique* »²⁸⁹. Ce qui signifie que les valeurs culturelles ne sont pas imperméables aux nouvelles techniques; elles évoluent avec le temps et se réinventent avec les changements et au contact de la nouveauté. Ce qui compte c'est surtout la capacité d'adaptation d'une société, son aptitude à favoriser l'innovation, à accepter les changements, à encourager l'instruction qui permet le développement économique et social.

7.2.2. Les limites des soins traditionnels

7.2.2.1. L'inefficacité des soins traditionnels

Malgré cet intérêt pour les soins traditionnels, des malades reconnaissent qu'ils sont parfois inefficaces. Ce type de soins connaît aussi des limites.

En effet, les personnes rencontrées, arrivent aux services de santé à un stade souvent avancé de leur maladie. Elles ont pour la plupart commencé à se soigner à la maison et c'est lorsque la maladie s'aggrave qu'elles finissent par recourir aux structures sanitaires. En d'autres termes, nombre de malades arrivent aux services de soins de santé après l'échec des soins traditionnels. Comme c'est le cas de Ramata 7 qui est arrivée à l'hôpital à la suite d'un prolapsus avancé (descente d'organes). Elle a pris des soins traditionnels en vain avant d'arriver en urgence à l'hôpital, pouvant à peine tenir assise.

C'est aussi le cas d'Habibou ; elle traîne sa maladie depuis des mois et a essayé des traitements en vain. Voici son récit : « (...) *J'ai un problème de santé qui ne date pas d'hier. J'ai mal à tout mon corps, je tousse, j'ai des maux de jambes et cela depuis un an. Je me soigne à l'indigénat; je prends tout ce que je trouve, j'en ai bu des potions. Aujourd'hui je suis hospitalisée, il y a 3 jours; c'est mon fils qui a eu pitié de moi et m'a conduite aux soins médicaux mais c'est son père qui l'y a autorisé. Mon fils était en voyage c'est pour cela que je ne suis pas venue plus tôt (...)* », (femme, 70 ans, musulmane, non scolarisée, mariée, 4 enfants, 2 coépouses, cultive du mil).

²⁸⁹ Tel que cité par M. Kagambèga, op. cit. p. 17

C'est ce que confirme ce témoignage recueilli par S. Ferroni²⁹⁰ auprès d'une femme du village de W, âgée d'une soixantaine d'années, elle souffre depuis un moment de maux de jambes. Elle explique : « (...) *Ce que j'ai à dire, c'est comme je suis assise et j'ai mal à la jambe. J'ai commencé avec quoi ? J'ai commencé à me masser avec de la potasse. Et ça n'a pas guéri. Et je suis allée cueillir des plantes à bouillir. Après ça, je suis partie au dispensaire (...) Et actuellement encore, je cherche les produits de mossi* ». La malade a fait plusieurs tentatives de soins traditionnels sans pouvoir se guérir ; alors elle a fini par aller consulter dans un dispensaire ; même si par la suite elle va reprendre d'autres soins locaux. Il se pourrait qu'il y ait un traitement parallèle ; toujours est-il que la malade s'est tournée vers les services de soins de santé après l'échec des traitements traditionnels.

Toutefois, l'analyse des itinéraires de soins des femmes nous a permis d'identifier des affections pour lesquelles elles se référaient directement aux centres de soins telles que la tension, les césariennes, les maladies chroniques. Cette manière de procéder est due au fait que ces maladies ne sont pas bien soignées localement ou que tout simplement il n'y a pas de compétences pour les traiter efficacement.

Nous pensons que la raison de cette situation est due à la difficulté à poser avec précision un diagnostic ; la manifestation des symptômes de la maladie ne correspond à aucune maladie connue. Cela fait que parfois, les traitements spécifiques qui semblaient adaptés pour soigner la maladie identifiée, n'ont pas permis de guérir la malade, ni même soulager la douleur. Alors le mal s'aggrave et la malade finit par être conduite à l'hôpital.

A l'inefficacité des guérisseurs s'ajoute parfois le fait que certains remèdes traditionnels coûtent aussi cher et donc ne sont pas accessibles à tous.

7.2.2.2. Le coût élevé de certains soins traditionnels

Nombre de nos interviewées soulignent que les soucis d'argent font qu'elles ont recours aux soins traditionnels où à domicile « *l'hôpital c'est l'argent, si tu n'as pas d'argent, ils (les infirmiers) ne te donnent rien, ne te regardent pas (...) Ils ne te soignent pas* ». Mais il arrive que pour un mal, la malade enchaîne des traitements pour lesquels, elle paie de petites sommes (peu chères, dira-t-elle) ou donne des cadeaux en nature au guérisseur. Jusqu'à la guérison, les différents traitements reçus peuvent à la longue, lorsque la malade aura retrouvé

²⁹⁰ Ferroni, S., « recours et représentations thérapeutiques des patients et soignants dans une situation de pluralisme médical. Le cas de Ouahigouya, Burkina Faso » mémoire de licence en ethnologie, juin 2009, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Neuchâtel, p.90

la santé, atteindre des sommes importantes, pouvant même dépasser les frais de soins médicaux et devenir très élevés. Ce qui est souvent pris en compte dans ces cas, est le coût isolé de chaque traitement ou le fait que les frais peuvent être payés en différé ou à postériori, après guérison.

Certes, il est souvent difficile de définir des montants concernant des frais traditionnels de soins, certains soignants n'exigeant pas d'argent alors que d'autres en revanche, font payer pour différents traitements. Nous n'avons pas recueilli de récits concernant cet aspect mais nous nous appuyons sur des témoignages recueillis dans d'autres travaux, tels que les propos recueillis par M. Kagambèga (2010 : 226) auprès d'enquêtés, agriculteurs, analphabètes, du village de Balpa au Burkina. Voici leurs récits : « (...) *il y a des médicaments de 100f CFA, 1000F voire plus. Souvent il y a des devins/ guérisseurs qui font payer leurs soins par des biens en nature tels que des poulets, moutons ou autres* ».

Un autre souligne les coûts élevés des soins de certains guérisseurs « (...) *une personne malade qui doit consulter un guérisseur afin de connaître ses fautes puis faire les sacrifices nécessaires et se soigner pour recouvrer la santé, celle-ci peut dépenser plus de 10 000F (environ 15£) et ne même pas obtenir la guérison surtout en ce moment où les chèvres (animal recommandé pour le sacrifice) coûtent très cher. Pour certaines maladies si la guérison exige des sacrifices de chèvre, de mouton ou de poulets, pour d'autres il faut s'attendre à dépenser plus de 30 000F (environ 45£)* ».

La consultation d'un tradipraticien peut en définitive constituer un obstacle de recours aux soins traditionnels tout autant que les services de soins de santé publics dans la mesure où ils peuvent générer des frais importants, voire parfois, dépasser les frais d'un traitement dans un centre biomédical.

De même, dans ce type de soins il existe un certain arbitraire; l'importance de connaître de bien connaître un guérisseur ou quelqu'un qui le connaît est nécessaire. Nous avons abordé dans les chapitres précédents le scepticisme de certaines malades quant à l'efficacité des soins traditionnels. D'autres pointent du doigt les faux guérisseurs qui vendent à leurs clients des remèdes inappropriés voire nocifs à la santé. Tout cela fait que ceux qui préfèrent les soins traditionnels veulent avoir affaire aux vrais et bons tradipraticiens. Mais ces derniers ne sont pas officiellement répertoriés, donc pas connus par les personnes qui voudraient les consulter. La plupart résident dans des villages très reculés. Le recours à ces soignants fonctionne par le bouche à oreille. Il faut donc connaître quelqu'un qui les connaît ou quelqu'un qui connaît

quelqu'un qui les connaît ou être recommandé. Comme explique cet interviewé que nous nommerons Moussa. Nous reviendrons plus en détail sur son récit prochainement. En attendant disons qu'il connaît des guérisseurs pour en avoir consulté un certain nombre afin de trouver le traitement qui le soignera de ses maux de tête chroniques. Ainsi, il les a recommandés à des amis dans le besoin : « ... *C'est un village ; ça c'est dans le département de Windigi. Et j'ai même accompagné des amis là-bas aussi. (...)* », (Moussa, jeune homme, marié, résidant au secteur 13).

Connaître quelqu'un ou être recommandé revient en quelque sorte se garantir d'un bon accueil, une bonne écoute ainsi qu'une consultation de qualité. Le réseau de relations permet aux malades d'être en confiance, de parler librement au soignant. Il met le soignant sous l'effet de la pression liée à cette relation de connaissances. Il sera plus attentif à son patient et plus disponible.

Le choix de se faire recommander peut aussi permettre d'obtenir des faveurs comme par exemple, être consulté gratuitement ou payer très peu de frais de soins.

7.2.2.3. La distance géographique

Une autre limite est la distance géographique, tant dans l'accès aux services de soins de santé, qu'aux soins traditionnels, lorsqu'il faut recourir à un tradipraticien à l'extérieur. La famille peut parcourir des kilomètres pour aller le consulter et rapporter des remèdes pour traiter leur malade. C'est ce que nous disait Minata dans un récit que nous avons déjà mentionné dans l'analyse des itinéraires de soins. Il ressort de son témoignage que lorsque sa maladie s'était aggravée, son mari mais aussi son beau-père, allaient de plus en plus loin de leur village pour consulter et trouver des remèdes.

De la même façon nous retrouvons ce témoignage. Il s'agit de l'interviewé Moussa que nous avons mentionné ci-dessus, un jeune homme habitant à Ouahigouya, au secteur 13. Il souffre de maux de tête violents et récurrents. Voici son récit : « *Depuis, depuis trois ans, bon, moi je, ... c'est dans les villages que je pars ... par exemple à Wabdigré. Je suis allé là-bas. De Tuge encore, je suis allé à Namsigui. De là, je suis encore allé à un autre village ... après Bundukanba. Et là-bas, je suis allé à Samtenga. Puis un autre village, à chose, ... comment dire ? ... A Nenigui. Je suis allé à Nenigui ; je suis allé ... où ça encore ? ... A Orema ; delà je suis allé à Mugumbouli. C'est un village encore. Et de Mugumbouli, je suis allé vers La province de Loro, vers Titao. A quinze kilomètres de Titao, à Tifelle. C'est un village ; ça c'est*

dans le département de Windigi. Et j'ai même accompagné des amis là-bas aussi. Mais ... avec toutes ces tentatives, rien ne va. Mais en tout cas, je suis quand même décidé à rechercher cet homme-là, ce vieux là (...)»²⁹¹. L'auteur met en évidence la multiplicité des recours mais aussi les échecs de traitements qui conduisent à une répétition infinie des consultations pour retrouver la santé.

Le récit permet de relever aussi la grande difficulté à trouver le bon tradipraticien. Les malades et/ou leur famille sont parfois amenés à effectuer de longs déplacements, au-delà même de leur village, région, département pour consulter un guérisseur de renom. Encore faut-il le localiser. C'est connu, le caractère informel de l'activité de soins traditionnels fait que les soignants locaux ne sont pas tous identifiés et répertoriés. Ainsi, la plupart des guérisseurs de renom ne sont donc pas tous connus par les habitants de leur village ou des environs pour être facilement consultés en cas de besoin. L'information n'est pas souvent disponible pour tous. Ce qui ne facilite pas l'accès par les malades. Le plus souvent, c'est grâce à l'information de bouche à oreille que les malades ou leur famille s'orientent dans leur quête de soins. Certains soignants traditionnels habitent parfois dans des zones très retirées, très loin des principaux axes d'accès, posant ainsi le problème de distance géographique à ceux qui voudraient les consulter. L'accessibilité physique relativement éloignée des lieux où résident les soignants traditionnels de renom et parfois leur méconnaissance par les habitants agissent comme des éléments limitant la consultation traditionnelle.

7.2.2.4. Les faux guérisseurs

Au Burkina, ce n'est plus un secret pour personne qu'il existe des faux tradipraticiens ou guérisseurs. A la radio ou à la télévision, le phénomène est dénoncé et les risques encourus font l'objet de sensibilisation auprès de la population.

Un nombre croissant de faux guérisseurs côtoient les véritables guérisseurs qui seuls connaissent réellement les vertus curatives des plantes et diverses espèces médicinales. Selon une l'étude effectuée par S. Ferroni (2009)²⁹², la quasi-totalité des informateurs qu'elle a rencontrés dénoncent constamment le problème des faux tradipraticiens de santé et des escrocs. Selon eux, ces faux soignants profitent de la détresse et de l'espoir de guérison de leurs clients pour leur vendre n'importe quel remède.

²⁹¹ Récit recueilli par Sonia Ferroni « Recours et représentations thérapeutiques des patients et soignants dans une situation de pluralisme médical. Le cas de Ouahigouya, Burkina Faso », mémoire de licence en ethnologie, juin 2009, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Neuchâtel, p.90

²⁹² Idem

Comme en témoigne ce tradipraticien, O. installé à Ouahigouya au secteur 8 : « ... *Beaucoup de tradipraticiens ne connaissent pas le métier. Y en a qui connaissent, mais ce n'est pas beaucoup (ils ne sont pas nombreux). Y en a pas beaucoup qui connaissent. Voilà. Mais c'est, ... bon, Y en a d'autres qui veulent l'argent, il va dire voilà, c'est ceci, c'est cela, mais réellement c'est faux* ».

Ainsi, souligne Zoungrana (2004), dans son travail « certaines brebis galeuses s'infiltrent dans la profession en semant le doute et la méfiance à l'égard des tradipraticiens en abusant des patients »²⁹³. De plus en plus de personnes tentent de tirer profit des usagers. Ainsi, certains individus essaient de gagner de l'argent en revendant des produits qu'eux-mêmes ont trouvé efficaces pour les avoir consommés ; d'autres vendent de faux remèdes en toute connaissance de cause et en toute impunité. Entre les deux, les possibles escroqueries sont nombreuses. Hormis la mauvaise qualité des remèdes, ces faux guérisseurs peuvent mettre en péril la vie de leurs malades et nuisent par la même occasion à la réputation des vrais guérisseurs traditionnels. D'où la nécessité d'un recensement des tradipraticiens entrepris par les autorités sanitaires du Burkina. Cette mesure permettra à terme de distinguer les vrais des faux tradipraticiens.

7.2.2.5. La raréfaction des plantes médicinales

Certains travaux qui ont fait l'analyse des produits thérapeutiques traditionnels et de la pharmacopée au Burkina, n'ont pas manqué de relever cet aspect. En effet, de nombreuses espèces entrant dans la composition de remèdes traditionnels sont en voie de disparition ou se raréfient. Le phénomène est imputé à la sécheresse et à la désertification dont font l'objet les pays soudano-sahéliens dont le Burkina Faso et notamment notre région de recherche.

C'est ce qu'atteste le témoignage de cette femme à ce sujet. Elle déplore la disparition des plantes médicinales : « *nous sommes né trouver* (expression pour dire, cela a toujours été). *C'était la brousse ; quand la forêt commence à finir, et la déforestation, les espèces commencent à disparaître (...) parce qu'il y a beaucoup d'autres qui étaient là et qui n'existent plus (...)* » (S. Ferroni, 2009)²⁹⁴.

²⁹³ Zoungrana Théodore, « Médecine et pharmacopée traditionnelles au Burkina. En plein essor sous réglementation » in l'Hebdomadaire, n°279 du 13 au 19 août 2004

²⁹⁴ Op.cit. p.92

7.2.2.6. Les risques de l'automédication

L'automédication a fait l'objet de nombreuses perceptions souvent contrastées mais aussi de travaux de recherche liée aux facteurs économiques, culturels et sociaux de sa pratique²⁹⁵. Avant d'en parler, il convient de préciser quelques aspects, tant son emploi suscite des difficultés. Lecomte (1999:49)²⁹⁶ considère que l'automédication, au sens large, « *consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un auto-diagnostic et à se traiter sans avis médical* », mais un sens plus restreint, il s'agit de « *l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication* ». D'autres ont cependant montré que l'acquisition d'un médicament à un moment donné peut être le résultat d'une prescription médicale antérieure (Laure P., 1998). Nous l'utiliserons dans le sens proposé par Fainzang (2012) pour dire que l'automédication est le recours d'un individu à un médicament de sa propre initiative ; « *l'acte pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il le procure à cet effet dans une officine ou auprès d'une personne* », avec ou sans ordonnance, y compris les médicaments relevant de la médecine traditionnelle et de la rue/ marché.

Le sens donné à l'automédication n'est pas identique d'un contexte à un autre. Dans une recherche S. Fainzang (2001) a fait découvrir que l'automédication avait une perception différente selon l'origine culturelle des personnes de même que selon leur religion. Sur ce point, l'auteur a observé une forte tendance dans certains groupes à pratiquer et surtout à valoriser l'automédication, et au contraire dans d'autres, une tendance à s'en défendre et à la réprouver, tant le refus ou le choix de la pratiquer est une attitude socialement et culturellement conditionnée. Elle fait ainsi remarquer que, dans un milieu donné, le statut accordé à l'automédication était en fonction des caractéristiques sociales et culturelles des individus, pouvant amener les uns à la revendiquer et les autres à la rejeter.

Notre enquête confirme ses observations. L'analyse des itinéraires de soins sur les femmes, montrent que l'automédication fait partie des premiers recours. Les femmes ont l'habitude de s'automédiquer lorsqu'elles se sentent malades. Notre terrain révèle que le choix de l'automédication devant un trouble de santé peut être le fait de facteurs matériels,

²⁹⁵ En particulier les travaux de S. Fainzang qui analyse différentes dimensions du recours à l'automédication ainsi que les motivations et les pratiques qui l'entourent, « L'automédication ou les mirages de l'autonomie, Presses Universitaires de France, Paris, 2012

²⁹⁶ Lecomte T., 1999, « Chiffres de l'automédication en France et à l'étranger », in P. Queneau (dir.), *Automédication, autoprescription, autoconsommation* (2^e Colloque de l'APNET), Paris, John Libbey Eurotext, p.49-56, tel que cité par Fainzang, op. cit. p.2

symboliques et sociaux. Les malades ou leur famille identifient eux-mêmes les symptômes contre lesquels ils se procurent les traitements ou remèdes. Ceux-ci peuvent être des produits traditionnels (indigénat) ou des médicaments pharmaceutiques ou achetés dans les marchés. Il arrive que des malades combinent plusieurs traitements en automédication. La personne malade essaie d'interpréter sa douleur en la rapportant souvent à des expériences antérieures qu'elle a de cette perception. C'est cela qui va lui permettre de choisir la manière dont elle va pouvoir soigner ou contenir son mal. Mais qui dit interprétation de la douleur par la personne (donc personnelle), ne signifie pas que le sens attribué au mal est dépourvu d'une base sociale, indépendamment du contexte socioculturel de la personne malade. Ainsi, chez les Yadesé et notamment les femmes, se construisent des pratiques de soins où les croyances sont encore omniprésentes. Celles-ci définissent le sens spécifique donné aux manifestations d'une maladie dans la société. Ce point essentiel est illustré par L. Yoda (2005 :16) dans une recherche sur la signification des catégories nosologiques au Burkina que nous avons déjà développées dans les parties précédentes.

L'anthropologie s'est attachée à montrer que le sens donné aux symptômes était le résultat d'une construction culturelle, chaque société ayant sa propre façon de penser la maladie et ses signes, que ce soit dans le champ de la santé mentale ou dans celui de la santé somatique. Dans ce cadre, l'analyse des attributions causales de même que ce qu'elle montre des cultures a été menée dans le cadre plus général de la maladie. Elle révèle l'étroite articulation entre le symptôme et l'étiologie sociale de la maladie (Fainzang, 1996 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1999), mais aussi un certain nombre de catégories nosologiques définies en relation avec les symptômes présentés. La recherche du sens du symptôme est également ce qui a conduit certains sociologues à analyser les symptômes face auxquels les individus considèrent un recours thérapeutique utile. La plupart ont fondé leurs études sur des symptômes tels que définis par la biomédecine. Et s'inscrivent en cela dans une certaine filiation avec les travaux de Freidson (1984) qui a examiné les variables intervenant dans le processus qui amène le « profane » à penser qu'il est peut-être malade et aller consulter le médecin. Il s'agit en somme, de connaître les critères selon lesquels une manifestation corporelle est définie comme un symptôme possible de maladie et donc un motif de consultation. Dans la plupart de ces travaux, la perception d'un symptôme est envisagée comme l'élément décisif qui conduit plutôt à un recours médical, avec une attention particulière au type de recours envisagé en fonction des milieux sociaux.

Quoiqu'il en soit, le milieu social construit tant la perception d'un symptôme que le type de recours à entreprendre. Et la perception des symptômes d'une maladie est un élément déterminant qui conduit la malade à un recours de soins et le type de recours envisagé est fonction des milieux dont sont issus les individus et des valeurs qui y sont diffusées.

Ainsi, Djiénéba a interprété ses maux de tête comme une fatigue passagère (liée aux petits maux de femme comme le cycle menstruel), tandis que Nicole, enseignante, l'interprète comme des céphalées. Ce sont ces traductions qui les ont conduites à choisir les médicaments (paracétamol, ibuprofène, antalgiques, anti-inflammatoires) pour se traiter. Mais il peut arriver que la personne qui a mal se trompe sur les manifestations de sa maladie ou ait une mauvaise appréciation de sa maladie car l'apparition d'un symptôme peut être difficile à définir ou mal définie. Comme Fati 2, 60 ans, veuve, dont le mal était interprété comme un palu accompagné de fièvre, et se soignait donc comme tel. Le mal passait puis revenait au bout d'un moment. Puis il y a eu des maux de tête fréquents, des vertiges, de la fatigue, En fait elle souffrait d'une hypertension artérielle. Ou encore Djénéba 2, enseignante, mariée, 34 ans qui soignait des malaises qu'elles prenaient pour des petits bobos passagers de femme. C'est en prévision d'une césarienne pour laquelle elle devait effectuer des analyses médicales, qu'elle découvre qu'elle avait le diabète. C'est aussi le cas de Zalissa qui se soignait en croyant qu'elle avait le palu, à cause d'une fièvre et de la fatigue et qui par la suite avait une diarrhée récurrente, des maux de ventre, un manque d'appétit, ... alors que ces symptômes étaient dus au sida.

Ces cas de malades courent le risque de voir leur maladie s'aggraver mais aussi de s'intoxiquer avec des médicaments qui ne sont peut être pas adaptés à leurs soins ou sont mal utilisés. Ainsi que le souligne S. Fainzang (2012)²⁹⁷, un usage non éclairé des médicaments est, bien sûr, susceptible d'amplifier le phénomène. La consommation de médicaments comporte non seulement un risque de pharmacodépendance (comme par exemple avec les psychotropes) mais aussi un risque d'intoxication.

²⁹⁷ S. Fainzang, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, PUF, Paris, 2012, p.118

8. UNE DIVISION GENREE DE L'ACCES AUX SOINS

8.1. Les soins sous emprise

8.1.1. Les comportements familiaux face à la maladie des femmes

Le système organisationnel et social mis en place au Yatenga et que nous avons largement développé dans les premiers chapitres repose sur le fait que les individus dans cette société sont inégaux de fait. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit des femmes. Celles-ci doivent souvent dépendre du mari/chef de famille, autant que les enfants. Les enjeux de pouvoir et de contrôle de certaines ressources sont en partie l'explication de ces comportements. Les femmes (et les enfants) qui ne disposent pas de ressources financières sont souvent contraintes de se soumettre à la décision du mari ou du chef de famille. Dans les précédents chapitres, nous avons déjà précisé les raisons de cette situation. L'analyse que nous avons faite, montre que les caractéristiques qui sous-tendent les recours thérapeutiques font appel à différents registres de soins de manière sérielle, successive, parallèle ou simultanée. Mues par des logiques sociales et culturelles qui illustrent leurs comportements et des glissements de rationalités, les femmes malades et/ou leur famille ont recours à diverses formes de traitements effectués en automédication et/ou auprès d'un tradipraticien à qui est reconnu généralement le pouvoir de soigner.

Le poids de la famille dans le processus de soins est indéniable, surtout en milieu rural, même si au cours de notre analyse on a pu constater des comportements et des logiques individualistes²⁹⁸. Bien que certaines personnes cherchent à se libérer des contraintes et des pressions du réseau familial, du poids des traditions, les femmes sont souvent amenées à solliciter la famille lorsqu'un événement critique tel que la santé, est en jeu.

8.1.2. La dynamique familiale

De l'analyse que nous avons effectuée, de nombreux récits de santé des femmes interviewées permettent d'illustrer divers aspects et facteurs inhérents à la gestion d'un épisode morbide. Ils évoquent les différentes interventions autour de la maladie et la part prise par les membres de la famille, notamment le chef de famille. Ils mettent en évidence les logiques qui sous-tendent à la mobilisation de registres explicatifs. Les récits montrent que le choix du recours

²⁹⁸ Tel que le montre par exemple I. Bardem, *Précarités juvéniles en milieu urbain africain*. « Aujourd'hui chacun se cherche », l'Harmattan, 1997, tel que citée par I. Gobatto, op. cit. p. 279. Sur la montée de l'individualisme des capitales africaines

aux soins se fait en fonction des caractéristiques de la malade. Toutes les femmes n'ont pas le même droit aux soins. Celui-ci se mesure par rapport à la valeur de la malade au sein de la famille ou ménage, mais aussi le type de ménage. Le mari ou le chef famille se décidera plus rapidement ou mobilisera plus facilement des ressources financières pour faire soigner une épouse unique ou jeune, en âge de procréer, capable de travailler, qu'il ne le fera pour une de ses coépouses vieille ou stérile, ne travaillant plus beaucoup.

Comme c'est le cas de Sirina dont le mari est prompt à chaque fois pour la faire soigner, Sirina 17 ans, mariée, agricultrice sans coépouse : « ... *Lorsque je suis malade, mon mari m'emmène à l'hôpital. J'ai été malade du palu et il m'a déjà fait soigner (...)* *J'ai souvent aussi des maux de tête. Une fois, j'ai été soignée contre des douleurs musculaires. Aujourd'hui j'ai des maux de ventre. Je viens pour consulter (...)*.

Safiatou 2, 22 ans, musulmane, vendeuse de légumes et d'épices au marché de Ouahigouya bénéficie facilement de soins rapide lorsqu'elle tombe malade : « ... *Bien avant, j'étais déjà venue à l'hôpital pour me soigner du palu, ... Lorsque je suis malade, j'en parle à mon mari et il me dit de me rendre au dispensaire (...)* ».

Interrogé dans une étude sur la santé des femmes (Resar, 2004 :36), un mari béninois estime qu' « *une femme ne doit jamais tomber malade, si elle l'est qui prendrait en charge ses tâches domestiques ?* ». Si l'on prolonge ce raisonnement, on peut s'attendre à ce que cet interviewé ne soigne pas sa femme si elle venait à tomber malade ou au pire la répudie.

En revanche Minata 2 est malade depuis plusieurs mois et n'a pas pris de soins, elle explique : « *Je suis hospitalisée pour : douleurs musculaires, maux de ventre, saignements. J'en souffre depuis 3 mois. (...). Depuis 3 mois, je ne me soignais pas, je marchais avec mon mal (...). Je suis à l'hôpital depuis un jour (...)* », (Minata 2, 60 ans, mariée, musulmane, non scolarisé, 8 enfants, 2 coépouses cultive et file du coton). A force de la voir souffrir chaque jour, c'est son fils qui a fini par la conduire à l'hôpital (avec l'autorisation du père).

Binta quant à elle, n'a pas de fils adulte pouvant la soutenir, son mari lui a carrément dit qu'il n'avait pas les moyens pour la soigner. (Binta 2, 45 ans, non scolarisée, musulmane, mariée, 7 enfants, 2 coépouses, agricultrice). Lorsqu'elle a fini par aller consulter au dispensaire, elle a été référée à l'hôpital parce que son mal avait aggravé : « *Je suis malade il y a*

longtemps déjà, je me soignais à l'indigénat. Comme je n'allais pas mieux, j'ai fini par aller au dispensaire et j'ai été référée, à la fin, à l'hôpital. Mon mari m'a dit qu'il n'avait pas les moyens. Cela fait un mois que ça ne va plus. J'ai donc informé ma famille que j'étais très malade. C'est mon frère qui est venu me prendre pour aller à l'hôpital et j'ai été hospitalisée de suite ».

Le dévouement de la famille et/ ou du mari pour la santé des femmes dépend de la capacité de ces dernières à accomplir leur rôle social. Lorsque les femmes ne répondent plus à ces critères, elles doivent se débrouiller toutes seules. Cependant, notons que celles-ci peuvent continuer à compter sur les liens parentaux, de la famille d'origine en particulier comme c'est le cas de Binta 2. Mais la situation devient compliquée lorsqu'il s'agit de la maladie du Sida.

8.2. Les comportements face aux longues maladies

8.2.1. Le Sida, une maladie qui exacerbe les caractéristiques mises en évidence.

L'acuité de l'épidémie du Sida et la prédominance des conséquences qu'engendre la maladie chez les femmes mérite que l'on s'y attarde. Les recherches ont montré à plusieurs occasions que la question sanitaire constitue un révélateur d'inégalités de genre et des mécanismes sociaux. Notre analyse l'a également confirmé. L'épidémie du sida est encore plus révélatrice de ces caractéristiques. Il n'y a plus à démontrer que la maladie du sida évolue plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Nombre de travaux l'ont déjà fait. Mais pour ne citer qu'un exemple, l'ONUSIDA (1997, 2000, 2004) révélait qu'en fin 2003, près de 13 millions de femmes de 15-49 ans étaient infectées en Afrique contre 10 millions d'hommes. Cette évolution chez les femmes serait liée en partie à des facteurs biologiques. Le virus du VIH passe plus facilement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours des rapports sexuels (Onusida, 2004), mais aussi largement par des facteurs sociaux et culturels. Dans la plupart des sociétés africaines le multipartenariat et la polygamie sont fréquents. Et il est avéré que les femmes ne peuvent exiger de protection lors des relations sexuelles. Ce qui les expose plus aux risques d'attraper le virus.

Dans le cas du Burkina, l'Onusida en 2004 estimait le nombre de personnes infectées par le VIH à 270 000 avec 56% de femmes. Les données recueillies auprès du service social du CHR de Ouahigouya confirment cette situation à la défaveur des femmes. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15: Les cas de sida enregistrés par sexe pour la période 2003-2007

Nombre de cas de sida / An	Femmes	Hommes	Anti-rétro-viraux
2003	5	2	7
2004	46	10	56
2005	101	40	141
2006	65	31	96
2007	296	109	99
Total	513	192	399

Source : Données de la direction du service social (registre de suivi de l'hôpital de Ouahigouya)

Comme on peut le voir sur le tableau sur un total de 705 cas de sida enregistrés, 513 sont des femmes. Il montre également l'évolution annuelle des cas de sida des femmes et des hommes, en défaveur des premiers.

La plupart des personnes que nous avons rencontrées et qui ont le sida, sont aussi des femmes. L'un des éléments qui entretient cette situation est la vulnérabilité des femmes. Les relations sexuelles au sein du couple sont un lieu de risques pour elles à cause des facteurs culturels qui prévalent dans la plupart des sociétés. Par exemple au Burkina, dans certaines sociétés comme chez les Mossi, notre population de recherche, la sexualité des femmes dépend fortement des normes sociales. Elle est le lieu de prises de risques inégales entre les hommes et les femmes. En effet, les fondements du mariage engendrent des rapports inégalitaires au sein du couple. Ainsi, c'est à partir de la circoncision que l'homme doit prouver sa puissance sexuelle en ayant des amantes alors que la femme doit parallèlement se garder intacte (Guirma, 1970)²⁹⁹. Le mariage, dans cette société, génère au sein du foyer, une autorité et une liberté masculine, alors que les individualités féminines sont niées au profit d'un rôle prédéfini auquel elles

²⁹⁹ Guirma, R., 1970, «L'homme et la femme chez les moose dans la tradition et dans la vie actuelle », Paris, Mémoire de l'EPHESS

doivent se conformer (I. Gobatto et al., 1995 : 160). I. Bardem et I. Gobatto (1995 :40) relèvent à ce propos dans une interview de leur travail qu'un homme Mossi, chômeur analphabète, revendique le droit d'avoir des relations extra-conjugales lorsqu'il sera marié. Des propos combien révélateurs d'un ensemble de contraintes structurant les relations conjugales.

Bien qu'il existe aujourd'hui des possibilités objectives de se protéger, la gestion du risque face à l'épidémie est déterminée par divers facteurs liés à des obstacles culturels, psychologiques et sociaux (I. Gobatto et al., 1995)³⁰⁰. C'est dans le même esprit que Le Palec, A. (2000)³⁰¹ montre que les femmes mariées, par exemple, n'ont aucun contrôle sur la vie sexuelle de leur époux à qui elles doivent soumission.

Selon les résultats du bilan général du comité national de lutte contre le sida (CNLS (2007), pour les cas de sida notifiés dans les formations sanitaires, 5 144 personnes ont été enregistrées ; 1 835 hommes et 3 309 femmes soit respectivement 36% et 64% des cas.

Les carences des structures de soins de santé et de l'Etat dans le secteur de la santé que nous avons déjà analysé dans les précédents développements, se retrouvent exacerbées dans le cas de la maladie du Sida. Malgré les progrès dans la prise en charge de la maladie, l'accès aux traitements et à la couverture sanitaire restent encore inégalement répartis et faibles. Alors que des initiatives étaient prises pour que les malades du sida soient soignés gratuitement³⁰², le Burkina observait encore le paiement thérapeutique, alors que les patients avaient déjà du mal à payer pour les services de soins des maladies courantes. Il est demandé 5 000F CFA par mois à un malade pour les anti-rétroviraux (AVR) si le malade est inclus dans un programme de prise en charge.

A cette offre publique s'est ajouté l'appui des ONG et associations. Il existe une multitude d'ONG locales agissant en faveur des personnes atteintes du sida. Mais comme le montre Ridde (2007)³⁰³, dans le cadre du programme de lutte contre le sida, ces ONG paraissent chercher à faire plus partie du giron des donateurs de fonds pour bénéficier des ressources disponibles que d'exercer un réel appui dans le processus de mise en œuvre du programme (Nguyen, 2002). D'après l'auteur, une association locale qui s'était créée pour faciliter l'accès aux médicaments essentiels génériques, a commencé son action sur les anti-retro-

³⁰⁰ Gobatto, I., 1999, op. cit. P.40 et 160

³⁰¹ Le Palec, A., 2000, «Le Sida, une maladie de femmes », 2000, pp. 354-355, PAMAC, Rapport sur le PECC, 2005

³⁰² Pour contrer l'initiative de l'OMS (3 by 5), une campagne internationale a été lancée sur le thème (free by 5) pour que les malades du sida soient soigner gratuitement, Ridde, p. 390

³⁰³ Ridde, V. op. cit. p. 416

viraux. Son discours sur sa volonté d'agir pour tous ou pour les plus pauvres ou encore pour ceux qui ont les besoins les plus importants n'a jamais été pris en compte dans ses réalisations. Ce constat à propos du sida ne semble pas nouveau puis que d'autres travaux l'ont aussi révélé, parmi eux, Jaffré, Olivier de Sardan et al. (2002 :34). Les auteurs affirment même que « *Dans le domaine de la santé, on ne peut que déplorer l'absence d'associations de malades ou d'usagers, en dehors des cas particuliers du sida et de la drépanocytose. Les protestations publiques sont très rares, les plaintes en justice encore plus, et l'instruction jusqu'à terme de celles-ci devient exceptionnelle* ».

A Ouahigouya, notre zone de recherche, la prévalence propre à la province n'est pas disponible. Toutefois, il existe une prévalence relevée au niveau du site sentinelle de Ouahigouya qui montrait un taux de 4% en 2006 pour l'ensemble de la région nord. Il donne une idée globale de la situation.

La prise en charge des malades du sida a commencé à la fin 2003 avec ESTHER, avec une offre de 45 thérapies anti-retro-virales. A cette initiative s'est rajouté le programme RAP avec 50 traitements ARV. A cette offre publique s'ajoutent les services et soins effectués par les associations et structures communautaires telles que l'Association d'Appui Moral, Matériel et Intellectuel de l'Enfant (AMMIE) pionnière dans la lutte contre le sida et la prise en charge des personnes atteintes du sida. Elle dispose d'un centre de dépistage et de prise en charge mise en place depuis 1986, et d'un système de référence établi avec le CHR de Ouahigouya. Elle comptabilise près de 827 personnes dont 327 sous traitements ARV en 2006. En 2007, le nombre de personnes sous traitement était de 459 personnes dont 4 enfants. Dans une enquête réalisée dans le site du Yatenga au sein de la même association et qui a touché 40 personnes sous ARV dont 80% de femmes et 20% d'hommes, 50% sont mariées, 40% sont veufs et 10% divorcés. Ces chiffres montrent une évolution progressive de la prise en charge des malades. Mais ils donnent à voir également le profil socio-démographique des malades. En effet, on relève le caractère plus féminin de la maladie, en ce sens que les cas notifiés montrent plus de femmes infectées que d'hommes. S'il est vrai que la maladie du sida est un grave problème de santé publique qui continue de ravager l'ensemble de la population, elle pose également un problème de genre. Le nombre de décès reste élevé au sein de cette population. La dissémination et l'impact de la maladie affectent de manière inégalitaire les femmes.

Par ailleurs, la maladie révèle aussi des facteurs sociaux qui mettent les femmes malades du sida dans des positions plus difficiles d'autant qu'elles sont des femmes. Nous avons remarqué avec nos interviewées que le dépistage volontaire de la maladie était une chose rare

même si dans certains cas, les consultations prénatales sont des moments privilégiés.

En ce qui concerne les femmes que nous avons donc pu rencontrer, elles ont appris leur maladie lors de consultations répétées pour des maladies ordinaires ou courantes qui revenaient régulièrement ou qui s'empiraient telles que le palu, la fièvre, les diarrhées, l'insomnie, le manque d'appétit, la fatigue, l'eczéma, etc. Comme ce fut le cas de Zalissa (34 ans, musulmane, non scolarisée, divorcée (répudiée), 2 enfants) : « (...) *J'ai donc commencé à me soigner il y a 2 mois croyant que c'était le palu mais la fièvre ne baissait pas. Je prenais du paracétamol mais je n'arrive pas à dormir. J'ai continué les prises de médicaments et 2 jours après, je commençais à aller mieux. Le jour suivant, je perdais l'appétit; je n'avais plus envie de manger.(...)* ». Ou encore Azèta 2, 45 ans, 7 enfants, 3 coépouses, séparée, vit chez ses parents, cultive la terre, musulmane, non scolarisée, non membre d'une association. : « (...) *Je suis hospitalisée pour le palu, la fièvre, le manque d'appétit, les maux de ventre. Je suis malade depuis plus d'une année. J'ai commencé à me soigner pensant que c'était le palu, parce que j'avais des signes comme le palu. Mais ma santé ne s'améliorait pas. La fièvre ne baissait pas; j'avais mal à tout mon corps, comme le palu. J'ai pris des produits indigénats. Je suis là depuis 20 jours. C'est mon fils qui m'a conduite à l'hôpital. (...)* ».

Ce sont des malades pour qui une fois hospitalisées avec ces symptômes chroniques, le personnel soignant suspicieux, fait du counseling. Le counseling, terme anglo-saxon, est souvent utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, soutenir, traiter. Dans les années 1987 l'OMS le recommande comme méthode d'aide, de soutien et de prévention la plus appropriée au niveau mondial pour faire face aux innombrables menaces individuelles, communautaires et collectives engendrées par l'épidémie de l'infection par le VIH. Il existe de nombreux programmes de counseling et tous privilégient une approche par situation et non une approche par la pathologie individuelle³⁰⁴. Il s'agit de services d'accompagnement et de soutien aux personnes auxquels le personnel de santé envoie les patients susceptibles d'avoir le sida. Ce programme permet d'amener les malades à accepter de subir des tests de dépistage pour une meilleure prise en charge.

³⁰⁴ Selon Cathérine Tourette-Turgis, « le principe de cohérence du counseling réside en ce que beaucoup de situation de la vie sont cause de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés ». Le counseling répond en ce sens aux besoins de personnes qui cherchent l'aide d'une personne pour résoudre dans un temps relativement bref, des problèmes qui ne ressortent pas forcément de leur propre pathologie. Ces problèmes peuvent en effet, être liés aux contraintes ou à un contexte spécifique avec lequel les personnes doivent composer ou dans lequel elles doivent survivre et pour lesquels, la plupart du temps, la société ne les a pas préparés. C. Tourette, 1996, Le counseling. Ed. PUF, coll. Que Sais-je, p. 25.

Pour continuer avec les récits des femmes infectées par le VIH/ sida, voici également celui de F. Habibou 5, 43 ans, musulmane, veuve, 6 enfants, scolarisée, commerçante d'épices et habite le secteur 13 ; suite au décès de son mari suspecté d'avoir le sida, le médecin qui l'a suivi lui a conseillé de se faire dépister pour être mieux suivie ; elle explique : « (...) *Je suis venue en consultation parce que j'ai des maux de ventre. En 2001 mon mari a eu un accident à son travail et a été hospitalisé quelques jours (12 jours), ensuite il est mort. Son employeur m'a dit qu'il n'est pas mort à la suite de l'accident mais plutôt d'autre chose. J'ai cherché à savoir de quoi il est mort auprès du médecin qui l'a traité. Le dossier médical a révélé sa séropositivité. Le médecin m'a conseillé un test pour une prise en charge.*

Trois ans après, c'était en 2005, j'ai commencé à avoir mal au ventre. Alors j'ai fait une 2^{ème} fois le test. J'ai eu un traitement et c'est calmé. Aujourd'hui je suis venue là au service social pour me faire prendre en charge pour les frais d'analyse de sang afin de contrôler les anti - corps. J'ai eu mal au ventre pendant 3 jours. Comme ça ne se calme pas, je suis allée de moi-même en consultation pour me faire soigner. (...) ».

En général lorsque la femme déclare la maladie du sida, elle a déjà perdu son conjoint ou a été répudiée par celui-ci ou sa famille. Sa belle-famille ne la soigne pas comme elle l'a fait ou l'aurait fait pour son mari. Le mode de transmission se passant entre autre, par les rapports sexuels, le sida est souvent perçu comme une maladie du sexe, et donc une maladie transmise par les femmes (Le Palec, A., 2000). Les femmes sont considérées comme le principal vecteur de contamination de la maladie. Cette interprétation explique la mise à l'écart par la famille du mari, après la mort de celui-ci de la femme atteinte. Elle est souvent tenue pour coupable. Elle se retrouve seule, exposée à un rejet et une dépossession de ses biens (s'il lui reste quelque héritage de son mari défunt. Comme nous explique Habibou 5 sus-citée : « (...) *Auparavant, j'étais retournée chez mon père en 2004 (6 mois) après la mort de mon mari, le propriétaire de la maison nous a jetés dehors pour faute de loyer. Aujourd'hui, je suis dans la parcelle que mon mari avait achetée. J'ai vendu des biens congélateur, télévision, meubles, après la mort de mon mari pour pouvoir construire sur la parcelle et y habiter avec mes enfants. Les frères de mon mari ne veulent pas me remarier parce que je suis Samago (autre ethnie). Ils veulent que je retourne chez mes parents en leur laissant la garde de mes enfants. Ils vendront sûrement la maison que nous habitons.*

J'ai refusé, alors personne ne nous vient en aide. Les enfants sont tombés malades (palu, fièvre) en octobre dernier. On a été hospitalisés mais aucun parent de mon mari ne nous a

rendu visite. J'ai perdu tous mes moyens. Je tenais une boutique que mon mari avait laissée. A force de prendre de l'argent pour me soigner mes enfants et moi, il ne reste plus rien. J'ai contracté un crédit pour approvisionner la boutique et ça n'a pas marché parce qu'il faut acheter des médicaments, s'occuper des enfants, leur école, et toutes les charges. La boutique est vide à présent. Je suis soutenue par une association de l'aide à l'enfant (AMMIE). Depuis qu'elle sait pour moi, elle m'apporte une aide matérielle. Elle m'a appuyée dans une recherche d'emploi et je viens d'être embauchée dans une entreprise de nettoyage depuis 3 mois. J'ai ma sœur à Ouaga, elle travaille dans un laboratoire. C'est elle qui m'aide aussi, elle m'envoie de l'argent, des vêtements et me soutient pour mes soins médicaux. Je ne peux pas compter sur ma belle-famille qui attend toutes les occasions pour me mettre à la porte ».

La maladie du sida est lourde de conséquences chez les femmes qui en sont atteintes. L'exemple qui va suivre permet de mettre en avant les conditions dans lesquelles se retrouvent certaines femmes rencontrées. Azèta 2 déjà citée, hospitalisée depuis 20 jours au CHR, elle avait emprunté de l'argent (micro-crédits pour les femmes financés par les ONG d'aide au développement). A cause de sa maladie, elle ne peut plus mener à bien l'activité pour laquelle elle a eu l'emprunt. Nous avons rencontré la mère de Azèta qui veillait sur elle à l'hôpital. D'après elle, sa fille est malade depuis plus d'une année. « (...). *Elle a des crises qui font qu'elle s'enfuit de la maison de son mari. Au début, elle a reçu des soins à base de produits locaux, indigénats. La maladie se calmait, mais reprenait ensuite avec des délires, des pertes de mémoire, des absences. On a tout essayé mais on n'arrive à rien. La santé de ma fille ne s'améliore pas* ». A présent elle ne s'alimente même plus. (...) *auparavant, lorsque la crise passait, elle retournait chez son mari... Cela fait 4 ans maintenant, son mari nous l'a retournée à cause de sa maladie. Il dit être fatigué de la soigner et de n'arriver à rien. Alors son père a décidé que nous l'amenions finalement à l'hôpital. Nous y sommes depuis 16 jours au moins. Enfant, elle a eu la fièvre, la toux, le rhume, des maux de ventre* ».

Nous trouvons la malade très très amaigrie, le regard vague. Son dossier médical révèle un cas de sida avec des maladies opportunistes. Pour le crédit qu'elle a contracté, sa mère nous a confié qu'elle avait pris l'engagement de le rembourser pour elle.

Outre l'abandon par le mari ou sa famille, les femmes malades peuvent être abandonnées par leur propre famille, les parents. Comme c'est le cas de Zalissa que nous avons déjà présentée, répudiée par son mari, elle était allée chez sa tante dont le mari a fini par lui demander de

partir également. Elle est partie s'installer chez sa mère, veuve qui n'arrête pas de lui dire de se trouver un autre mari, donc de s'en aller. On peut dire qu'elle n'en finit plus d'être rejetée. Quand nous l'avons rencontrée à l'hôpital elle vivait encore chez sa mère. Elle explique : « *Je suis retournée vivre avec ma mère qui est veuve. Je suis commerçante de fruits. Je suis venue en consultation parce que j'ai la fièvre, mal à la poitrine et j'ai perdu l'appétit. J'ai commencé à me traiter à Ouaga, parce que c'est là que j'étais avant de revenir à Ouahigouya. J'habitais chez ma tante. J'ai donc commencé à me soigner il y a 2 mois croyant que c'était le palu mais la fièvre ne baissait pas. Je prenais du paracétamol mais je n'arrive pas à dormir. J'ai continué les prises de médicaments et 2 jours après, je commençais à aller mieux. Le jour suivant, je perdais l'appétit; je n'avais plus envie de manger. Il y a 4 ans, j'ai une amie et voisine qui avait sa fille malade qui est morte par la suite. On dit que c'est le sida mais ses parents n'y croyaient pas. J'ai aidé ma voisine puisque c'était mon amie à s'occuper de sa fille. C'est sûrement là que j'ai attrapé la maladie, parce que depuis ma séparation, je ne suis pas allée avec un autre homme. Je ne comprends pas le mal que j'ai et j'ai peur. Ma tante m'a dit de partir, autrement c'est elle que son mari va répudier Il pense que ma maladie va contaminer sa famille. Alors j'ai décidé de revenir chez ma mère. Ma tante n'a jamais cherché à prendre de mes nouvelles. Mon médecin traitant m'a recommandée à l'hôpital de Ouahigouya pour me suivre. Depuis plus d'un mois je suis des traitements au CHR. On m'a fait plusieurs analyses de sang. Je n'ai pas d'argent pour poursuivre les soins; si ça ne va pas, je vais retourner à Ouaga. (...) ».*

La famille d'origine des malades, du fait que la maladie véhicule de fortes dépenses de soins et qu'elle se voit dans l'incapacité d'y faire face, ou même de soulager, finit par abandonner la malade. De l'avis du responsable du service social du CHR de Ouahigouya, infirmier major, dès que les femmes affectées perdent leur conjoint, elles sont souvent rejetées par leur belle-famille. Cela les conduit soit à rejoindre leur propre famille soit à se faire abandonner avec leurs enfants.

Pour les femmes malades qui ont encore la chance d'être assistées par la famille à l'hôpital, du fait que les traitements et les hospitalisations sont longs, ceux qui les assistent ou les accompagnent finissent par se lasser. Car les malades ont souvent de la fièvre qu'il faut surveiller, et des maladies opportunistes. Lorsqu'on les laisse repartir chez elles, elles ont vite fait de revenir. C'est la plupart des cas que nous avons rencontrés. Il n'est donc pas rare que les malades se retrouvent seules à force d'être régulièrement hospitalisées. De même, du fait que les traitements qui sont dispensés aux malades sont lourds car ils ont beaucoup de

médicaments à prendre tous les jours, il est recommandé aux malades de bien s'alimenter, et d'avoir une bonne hygiène. Ce qui n'est pas souvent possible dans leur état. Les moyens des femmes diminuent et deviennent insuffisants parce qu'elles ont arrêté de travailler à force d'être souvent malade.

Les familles d'origine qui constituent le dernier soutien, du fait que la maladie véhicule de fortes dépenses de soins et qu'elles se voient dans l'incapacité de guérir leur malade, finissent par les abandonner. C'est ce que confirme le service social de l'hôpital ; il évoque des stigmates et des rejets des femmes atteintes du sida. D'après le responsable du service social, il est même arrivé que des familles abandonnent ou refusent d'enlever le corps de femmes décédées de cette maladie. Contrairement aux hommes qu'on viendra chercher à l'hôpital lorsque son état de santé ne s'améliore pas ou qu'il est en phase terminale. Ils sont ramenés en famille bénéficiant de soins traditionnels ou mourir auprès des leurs. Le décès d'un homme dans ces conditions est ressenti comme un échec, une humiliation qu'il faut chercher à effacer.

Cette attitude montre que les femmes ne sont pas soignées comme les hommes et dévoile des inégalités de rapports sociaux de sexe. Ce sont les femmes qui paient le prix fort pour cette maladie.

La maladie du sida éclaire la condition des femmes rencontrées. Les femmes sont doublement pénalisées ; autant elles sont considérées comme étrangères chez l'époux (parce qu'elles pourraient quitter ce dernier pour un autre), elles le sont également par leur famille d'origine (parce qu'en tant que fille, elles sont appelées à se marier donc à quitter leur propre famille pour celle du mari; « investir pour fille serait comme arroser le jardin du voisin »). Elles n'ont finalement de place nulle part.

A force d'être abandonnées à elles-mêmes, celles qui sont enregistrées au CHR ou dans les associations d'aide comme Habibou 5, sont soit référées à l'hôpital par l'association pour prendre des soins ; soit c'est l'hôpital qui les recommande à une association pour une prise en charge matérielle et alimentaire : « (...). *Je suis soutenue par une association d'aide pour les enfants qui est au courant pour le problème de santé* ».

Ce que nous cherchons à dire, est que les femmes qui dans la vie quotidienne connaissent déjà des soucis matériel et sont économiquement dépendantes de leur époux ou du chef de famille, avec la maladie du Sida deviennent davantage dépendante et face à la maladie qui ne guérit pas, les solidarités familiales qui étaient déjà faibles et insuffisantes, s'érodent. Et lorsqu'elles

se retrouvent seules, la situation empire.

Les informations fournies par les rapports d'activités du service social de l'hôpital de Ouahigouya confortées par les récits des femmes interrogées, mettent en évidence des stigmates et des rejets de femmes atteintes du sida. La stigmatisation est comprise comme une marque de différenciation d'une personne par rapport au groupe auquel elle appartient. Selon le rapport ONUSIDA (2004), la stigmatisation a des répercussions concrètes sur la vie des personnes malades. Selon l'UIDH (2006), les formes de stigmatisation rencontrées par les malades du VIH/ Sida, sont diverses et complexes.

De récentes recherches organisées par l'ONUSIDA en Afrique subsaharienne (dont le Burkina) et Centre, ont aussi révélé des discriminations multiples, au travail, à l'accès aux soins médicaux, à l'éducation, aux crédits bancaires, à la vie familiale et sociales (SP/CNLS-IST, 2007).

Ce vécu de la maladie contribue à une forte modification de la perception de la société, de la famille. De part et d'autre des familles, les femmes finissent par perdre tout soutien qui était garant de protection sociale et de sécurité, matérielle, mais surtout morale et psychologique. On peut dire que la maladie du sida favorise la désorganisation du système et des rapports sociaux. D'ailleurs, certains chercheurs voient en cela un accélérateur des mutations des systèmes sociaux eux-mêmes, déjà engagés dans un puissant mouvement de changement. Les travaux de Maryvonne Charmillot (2002)³⁰⁵ sont pertinents à ce sujet. En effet, dans une recherche sur le lien social face au Sida, réalisée dans une ville mossi au Burkina Faso, l'auteure montre les conséquences de la maladie sur les réseaux communautaires, réseaux qui représentent pour la grande majorité de la population l'unique système de protection sociale. Elle analyse comment le sida met à l'épreuve ce lien social, et déstructure les liens familiaux. Elle met aussi en lumière des formes d'adaptation développées face à ces conséquences. Sur cette dernière idée, C. Baylies et J. Bujra dans leur travail sur les rapports entre sida et genre en Tanzanie et en Zambie, montrent que des solutions existent. Pour les auteures, une des forces des femmes atteintes par la maladie dans ces pays, est leur capacité à s'organiser entre elles et à créer des groupes d'entraide³⁰⁶. Mais ces formes d'organisation existent peu au Burkina.

³⁰⁵ Charmillot Maryvonne, 2002, «Solidarité et lien social en contexte africain : Etude de cas autour du sida dans la ville de Ouahigouya (Burkina Faso)», Thèse n°308, Genève, 2002

³⁰⁶ Carolyn Baylies et Janet Bujra, 2000, tel que cité par Desgrées du Loûet al. in Genre et sociétés en Afrique, Implication pour le développement, Ined, 2007, p174.

8.2.2. La difficulté du statut de séropositivité

Les récits que nous venons d'analyser montrent des cas où des femmes malades du sida étaient totalement abandonnées par leur mari ou leur famille (divorce, rejet, abandon matériel, financier, moral, ...). Nous avons également enregistré d'autres types de témoignages qui méritent que l'on s'y attarde. Il s'agit d'une femme séropositive et veuve.

Contrairement donc aux autres malades du sida déjà citées ci-dessus, P.M est une femme de 30 ans non scolarisée, mariée à un commerçant, 4 enfants. Son mari atteint du sida est mort. Son mari était commerçant qui voyageait beaucoup pour ses affaires. Son activité était fructueuse et il construisit une maison pour abriter sa famille. Mais lorsqu'il mourut, il ne laissa presque plus grand-chose pour celle-ci. Toutes les économies et une partie du fonds de commerce ont été utilisées pour le soigner.

Elle découvrit par la suite qu'elle est séropositive. Elle accepta de se faire suivre à l'hôpital et les conseils qui vont avec (port du préservatif, refus de don de sang, etc.). Mais les parents de son mari défunt exigèrent d'elle, qu'elle se remarie avec un des frères de son mari défunt. Selon les traditions chez les Mossi, lorsqu'un homme décède, sa ou ses femmes et ses enfants doivent être récupérés par un frère. La femme est une propriété familiale, de même que les enfants et les biens matériels. Si la femme refuse le remariage, elle sera remise à sa famille, ses enfants retirés et sans aucun héritage. Elle court vers une sanction d'exclusion de la part de sa propre famille si elle prenait le risque de faire répudiée par sa belle-famille. C'est le sort qui attendait P. M si elle désobéissait aux lois en refusant d'être mariée à nouveau à un frère de son défunt mari. Elle s'est soumise et vit à présent avec un des frères de 26 ans, apprenti chauffeur.

Le constat est que lorsqu'une femme est infectée du VIH/Sida, devient veuve sans déclarer la maladie, elle est remariée avec un parent direct de leur mari défunt. La femme séropositive paraissait bien portante, en pleine forme aux yeux de la famille. Personne ne croit en sa séropositivité. Il est fréquent de voir des partenaires nier le fait que leur femme soit infectée par le VIH/Sida, surtout lorsque celle-ci n'a pas encore déclaré la maladie. Alors que parmi les conseils qui lui sont donnés, elle se doit de se protéger lors des rapports sexuels pour éviter de se réinfecter mais aussi de contaminer son ou ses partenaires. Le choix d'avoir des relations sexuelles protégées devient impossible. Une situation d'autant compliquée que notre interviewée et encore en âge de procréer, se doit de faire des enfants pour son nouveau mari. Un refus de sa part peut entraîner une pression de son conjoint ou de sa famille et les pousser

à de graves sanctions ou à la répudier.

L'épidémie du sida ne révèle pas seulement les inégalités face au risque de contracter l'infection et de soins entre les hommes et les femmes. Elle donne aussi à voir les rapports sociaux qui placent les femmes lorsqu'elles sont infectées, dans une situation de faible autonomie tant pour se protéger que pour gérer les conséquences.

CONCLUSION PARTIELLE

Comme nous venons de le voir, les politiques sanitaires du Burkina ont connu de nombreuses transformations au fil des années. Celles-ci ont été définies pour répondre aux orientations et préoccupations des grands organismes internationaux, pauvreté, inégalités d'accès aux soins, équité. Elles ont ainsi entraîné, au fur et à mesure, une inflexion des formes d'intervention publique et les principes qui les sous-tendent. L'évolution des politiques a néanmoins contribué au développement de l'offre de soins avec la diffusion de structures mieux équipées dans l'ensemble. Pour autant, les services constitués restent moins utilisés alors que la population elle, continue de croître. Autrement dit, si la politique publique a permis le développement de nombreuses structures de soins de base, elle n'a que peu modifié les comportements de la population. De même, il apparaît que les malades n'ont recours aux services de soins de santé qu'en dernier ressort. Plusieurs déterminants en sont les causes tels que la non représentation des différents échelons de référence au niveau de la hiérarchie hospitalière, l'insuffisance technique et du personnel. D'autres éléments mis en évidence dépendent de la qualité des soins offerts.

De là se situe aussi, en partie, les dysfonctionnements du système de santé. En voulant rapprocher les populations des services de soins, l'Etat a privilégié la quantité au détriment de la qualité. De même, l'Etat a privilégié certaines régions et les grands axes de communication dans sa mise en place des structures. Ainsi, les disparités et les inégalités de répartition continuent de s'opérer aux dépens de lieux qui ne rentrent pas dans les critères définis par l'Etat. L'implantation des établissements de soins de base qui devaient contribuer à réduire les inégalités spatiales et sociales dans l'accès aux soins, les ont renforcées.

D'autres éléments identifiés traduisent une remise en cause du rôle de l'Etat en tant que garant de l'unité sociale et digne de confiance. En effet, outre le dysfonctionnement du système sanitaire en place, l'exclusion des plus pauvres, la mauvaise qualité des soins offerts, il est également observé le phénomène de corruption, de détournement de fonds et de l'impunité.

Mais au-delà de ces raisons, nous avons également dégagé la préférence de la population pour les soins traditionnels. Les politiques sanitaires n'ont pas réussi à détourner la population du système de soins traditionnels. Les femmes que nous avons rencontrées, sont régies par des normes culturelles propres à leur communauté. Ce sont elles qui influencent leur perception de la maladie ainsi que leurs comportements en matière de recours thérapeutiques. Maryvonne Charmillot (1997) qui a analysé deux éléments nosologiques dans la maladie de l'oiseau (liulo) et le Zao, maladie se rapprochant du paludisme, montre l'influence de telles variables.

Ses résultats viennent confirmer nos observations. Mais ces conclusions doivent être nuancées. En effet, nous avons également relevé parmi nos interviewées que certaines n'étaient pas de grandes adeptes de soins traditionnels. Pour preuve ceux-ci ont aussi leurs limites. Parmi celles-ci l'inefficacité de ces soins est mis en avant, de même que leur coût élevé, la distance géographique, le problème des faux guérisseurs, le risque d'intoxication, la méconnaissance de bons soignants, etc.

L'analyse de cette partie a également permis de mettre en lumière des enjeux de genre dans les recours aux soins de santé. Le rôle de la famille dans les décisions de recours aux soins est extrêmement important. Les récits recueillis auprès des femmes ont permis de le relever. La dynamique qui se met en place varie en fonction des caractéristiques individuelles du malade, de la maladie et de sa perception, de la disponibilité des traitements. Tous les membres de la famille n'ont pas les mêmes droits aux soins. En revanche le chef de famille mobilisera plus facilement les ressources pour soigner son fils en âge de travailler qu'une fille destinée à fournir sa force de travail dans une autre famille. Le dévouement de la famille et/ou du mari pour la santé des femmes dépend de la capacité de ces dernières à accomplir leur rôle social.

On ne soigne donc pas un homme comme on soignerait une femme. L'exemple de la maladie du sida a permis d'illustrer ces caractéristiques. L'analyse montre pourquoi les femmes sont dans des situations différentes et difficiles face au sida, et permet ainsi de mettre en évidence des rapports sociaux très inégaux entre les hommes et les femmes et plutôt défavorables aux femmes. Il serait intéressant de poursuivre les investigations sur l'infection à VIH et les femmes. Une étude spécifique sur la vie quotidienne des femmes malades, les récits de vie, l'implication de l'entourage.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

Le Burkina Faso, au cœur de l'Afrique subsaharienne, a connu de nombreux changements depuis son indépendance. A l'instar des autres pays de la sous-région, il rencontre des difficultés à assurer des soins de santé en quantité et de qualité pour l'ensemble de la population. C'est dans ce contexte que se développent, depuis des décennies, des stratégies relatives aux politiques de santé. Le Burkina a été, à cet effet, un lieu de mise en place de nombreux projets pilotes de santé, où différentes réformes sanitaires y ont été expérimentées. Tout cela a entraîné des changements et des évolutions qui se sont répercutés sur l'ensemble du territoire, certes de manière inégalitaire. Une chose est sûre, les infrastructures sanitaires de base ont vu leur nombre se multiplier. L'étude de documents, de rapports et de travaux de recherche ont permis de rendre compte des évolutions. On constate qu'en dépit des insuffisances et des disparités observées sur le territoire national, l'offre de soins de santé a augmenté, permettant ainsi au pays de disposer d'une couverture sanitaire de base plus dense. La mise en œuvre des politiques successives de santé a été une réponse au bilan critique de la situation sanitaire du pays, marqué par une insuffisance en infrastructures. De nombreux programmes sanitaires ont été réalisés afin d'augmenter le nombre de centres de soins pour les rapprocher des populations et favoriser leur plein usage. Le Yatenga, comme l'ensemble des provinces où l'état de santé des populations était plus préoccupant, ont bénéficié de ces programmes. Une attention particulière a été accordée à la santé des femmes. Ainsi, une grande partie des investissements a servi à la mise en place de structures sanitaires destinées aux femmes (maternités, dispensaires). Pour autant, on peut s'interroger sur les causes liées à l'insuffisance des résultats obtenus notamment en matière de recours aux soins de santé. Il ne suffit pas de multiplier les services de santé pour obtenir leur forte utilisation, ni un recours systématique.

Dans un premier temps, nous sommes attachés à la construction de notre objet de recherche et à la définition de notre problématique. L'ensemble des références théoriques et de nos premiers constats dégagés sur la question, nous ont ainsi permis d'élaborer un cadre d'analyse de notre réflexion.

Nous partions du constat du faible niveau des recours aux soins par les populations du Burkina en général et des femmes en particulier. La littérature exploitée nous a permis de cerner l'étendue du problème et d'appréhender la manière dont il est abordé dans les

recherches. Plusieurs facteurs sont identifiés comme étant à la base de la situation. Et un certain nombre de courants permettent d'une manière générale de les analyser.

Ainsi, l'approche démographique permet de mettre en relation l'utilisation des services de santé avec les caractéristiques socio-démographiques (âge, niveau de vie, éducation, religion). Les travaux de Fournier et Haddad (1995) proposent de distinguer trois grands groupes de facteurs. D'abord ceux qui regroupent les caractéristiques individuelles ou socio-démographiques puis ceux qui se rapportent à la maladie et ses perceptions et enfin les éléments qui caractérisent les services tels que la qualité, le coût, l'accessibilité. Ce que l'on peut surtout retenir est que cette analyse met l'accent sur la demande et les insuffisances de l'offre de soins. Elle intègre peu les facteurs associés à l'offre.

L'approche médicale analyse les aspects liés à l'offre. Elle explique la faible utilisation des services de santé par leur insuffisance en quantité et en qualité, le coût élevé des prestations ainsi que la distance géographique (Audibert et al. 2004 ; Ridde 2003). Mais A. Meunier (1999) qui a analysé le système de santé au Burkina montre qu'il ne suffit pas d'avoir des services en nombre suffisant pour obtenir une forte fréquentation. Cela prouve qu'il n'y a de relation automatique entre l'offre et la demande. Dans notre cadre de recherche, on peut observer des zones bien équipées en services et agents de santé mais qui enregistrent peu de recours. Cela nous fait également dire que la demande de soins qui émane des populations varie indépendamment des soins offerts.

L'approche socio-anthropologique s'intéresse aux aspects culturels. Elle met en relation la fréquentation des services de santé et les institutions sociales ; le personnel soignants et les malades. C'est ce que proposent D. Dacher (1992) ou J. Benoist (1996) dans leurs travaux sur les soignants et les soignés dans un contexte de pluralisme médical. Dans le contexte de notre recherche on peut souligner les travaux de Y. Jaffré (1990) et D. Bonnet (1996). La sociologie analyse à la fois les aspects sociaux, culturels et les rapports sociaux.

Quelles que soient les approches, les problématiques s'appuient sur les inégalités de soins, les préoccupations sur la rentabilité, l'efficacité des services, les pratiques de santé, l'accès aux soins ainsi que l'utilisation des structures en suivant l'évolution des politiques publiques de santé. Ces approches offrent les clés pour analyser la santé des populations et l'utilisation des services. En ce qui concerne la démarche de soins notre revue de littérature a permis de montrer que les études consacrées aux déterminants de l'utilisation des services par les populations sont abondantes. Elles relèvent également moins de progrès en matière d'accès

aux soins et des inégalités entre les hommes et les femmes. Les inégalités entre les sexes qui est une réalité au Burkina (mais aussi dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne) sont l'un des principaux sujets qui intéressent depuis quelques années les travaux de recherche portant sur la demande sanitaire. Les inégalités observées entre les hommes et les femmes s'expliquent par les rapports de genre. Des rapports qui placent souvent les femmes dans un statut inférieur aux hommes et limitent l'accès de celles-ci aux services sociaux (santé, éducation, information). Les comportements des femmes sont souvent expliqués par les normes et facteurs culturels qui sont des productions sociales contraignantes. Mais, bien qu'il faut reconnaître qu'il existe, d'une manière générale, certaines similitudes entre les groupes ethniques telles que la conception traditionnelle dans le ménage, la précocité des mariages, etc, les rapports d'une société ou d'un groupe donné face à un phénomène (santé, éducation) ne sont pas communs à une autre. Dans une classification faite par F. Kobiané (1999) sur les rapports de genre au Burkina, l'auteur hiérarchise des ethnies suivant le niveau des inégalités. Il a ainsi montré que dans certaines les facteurs culturels jouaient un rôle beaucoup plus déterminant dans les chances de fréquentation scolaire d'un enfant que d'autres. De même que les variations observées dans les inégalités entre garçons et filles pourraient être dues à des différences de rapports de genre d'une ethnie. Cela revient à dire que les productions sociales ne sont pas toutes les mêmes d'une ethnie à une autre et sont parfois nuancées. Car dans certaines ethnies, les normes sociales reconnaissent à la femme un certain nombre de prérogatives. Comme c'est le cas par exemple chez les Samo ou Gourounsi où les femmes ont à la fois un pouvoir économique et de décision. L'influence qu'elles ont sur leurs filles, l'intérêt accordé au point de vue de la jeune fille quant au choix de son conjoint, la promptitude avec laquelle elles peuvent quitter leur conjoint en cas de maltraitance ou de violence ont été étudiés par G. Gosselin (1970). A côté de ces femmes on a les femmes Lobi, Dagari ou Goin qui ont un pouvoir de décision mais un pouvoir économique très faible. Les femmes Dioula elles peuvent surtout disposer de ressources propres.

Ainsi les prérogatives qu'ont les femmes peuvent être grandes ou petites et induire les mêmes différences au niveau des statuts entre les sexes. Nous supposons qu'une ethnie qui accorde une place importante dans son organisation sociale aux femmes et au sein de laquelle elles peuvent s'exprimer, présentera les conditions d'inégalités moindres entre ses hommes et ses femmes, donc un meilleur recours aux services sociaux par l'ensemble de sa population.

Dans notre cas d'étude, les femmes Yadesé³⁰⁷ sont perçues comme faisant parties d'un groupe social au sein duquel, elles bénéficient d'une de liberté d'agir et de s'exprimer. En somme, ce groupe présente les conditions d'une moindre inégalité entre les hommes et les femmes.

Ainsi, nous sommes proposé d'analyser la question au travers de la démarche de soins de santé des ces femmes.

Le recours aux soins de santé au Burkina Faso et la manière dont il se construit chez les femmes Yadesé tel que nous l'avons abordé se trouve entre sociologie de la santé, anthropologie et sociologie du genre. En effet, notre cas d'étude nous a engagé sur une recherche dans un contexte précis, un groupe ethnique spécifique que sont les Yadesé. Cela nous a emmené sur une dimension sociologique/anthropologique où le terme « ethnie » fait toujours débat. Et qu'il nous a fallu préciser le contenu dans ce travail. L'idée est de cerner comment cette population et notamment les femmes, se comporte pour résoudre ses problèmes de santé.

La sociologie du genre donne une orientation aux recherches sociales, économiques et politiques. En ce sens qu'elle permet de mieux questionner les rapports familiaux, de pouvoir, une reconceptualisation des faits sociaux. C'est toute la dynamique des rapports entre les hommes et les femmes qui est à prendre en compte. Elle permet d'analyser les comportements des femmes, leur statut, leurs droits, les inégalités et les actions engagées pour renforcer leurs capacités.

Nous avons tenté de mettre en relation l'ethnie, les rapports de genre dans la démarche de soins de santé, de rendre compte des comportements sanitaires des femmes. Sur cette base nous avons analysé les pratiques sanitaires des femmes en nous focalisant sur leur parcours thérapeutiques. Des parcours qui ont permis d'examiner les circonstances dans lesquelles le recours est effectué ou non ; de s'intéresser aux facteurs de la plus ou moins grande implication du groupe social dans le recours soins de santé, afin de faire ressortir les spécificités dans l'organisation sociale et économique de ce groupe ethnique. Cela a permis un meilleur diagnostic des causes du faible recours aux soins de santé.

Pour aborder le terrain je me suis appuyée sur des données quantitatives que j'ai obtenues en consultant les rapports et registres des services, les comptes rendus d'activités et autres documents disponibles à l'hôpital, à la direction régionale de santé ou au ministère de la santé.

³⁰⁷ Les Yadesé, sont intégrés dans l'ethnie Mossi ; un groupe social caractérisé par sa forte hiérarchisation et au sein duquel les rapports sociaux sont jugés très inégalitaires entre les hommes et les femmes.

Ces données ont permis de collecter des informations sur l'activité hospitalière, les consultations, les effectifs, les évolutions, les maladies. Elles ont permis de donner une première image de la situation.

Dans le but de comprendre et d'expliquer les pratiques sanitaires des femmes, dans un contexte social et culturel, nous avons choisi une approche qualitative ; le principal outil a été l'interview. Il s'est agi de récits biographiques basés sur les parcours thérapeutiques. Ainsi une série d'interviews a été réalisée essentiellement dans le secteur public, à l'hôpital de Ouahigouya ; au total, 115 récits ont été recueillis. J'ai pris le parti de proposer des récits et des extraits d'entretien afin qu'ils viennent en appui à l'analyse que nous proposerons, mais aussi pour offrir aux femmes la possibilité de s'exprimer.

A ces interviews s'est ajouté des données d'observations (pendant les interviews et lors des consultations) et d'entretiens informels.

Dans la deuxième partie de cette thèse nous avons d'abord procédé à la présentation du contexte de cette recherche qu'est le Burkina et son cadre spécifique, le Yatenga. Ainsi, nous avons, tour à tour, abordé la situation générale, historique, géographique, socio-démographique, économique et sanitaire. Nous avons estimé qu'il était nécessaire de présenter les caractéristiques propres à cette région, caractérisée par un environnement social et économique précaire et des services de santé qui restent peu fréquentés pour la plupart. Cela a permis de rendre compte des singularités de cette région.

Tout cela a été important pour rendre compte de certaines informations qui ont permis de faire des constats qui vont servir de fil conducteur de cette recherche. Une fois ce cadre posé, nous nous sommes donc attachés à soulever les questions posées par la situation sanitaire des femmes. Nous avons voulu mettre l'accent sur les femmes, tout simplement parce que, d'une manière générale elles sont davantage plus confrontées à la maladie que les hommes. Elles s'occupent également des membres de la famille et notamment des enfants qui sont souvent sujets à toutes sortes de maladies. De plus, elles doivent aussi gérer les maladies liées à leur maternité. Par ailleurs, les femmes sont numériquement plus importantes que les hommes.

Notre hypothèse s'est élaborée autour de l'idée que les femmes Yadesé, bénéficiant d'une certaine autonomie de vie, auraient plus facilement recours aux soins de santé. En choisissant de comprendre comment les femmes se soignent, en analysant leurs parcours et en interrogeant les éléments explicatifs, le travail effectué tout le long de cette thèse visait à mettre au jour les déterminants du faible recours aux soins chez ces femmes Yadesé.

Après nous être attachés à reconstruire les parcours de soins des femmes nous nous sommes ensuite engagés à cerner et à analyser les raisons avancées pour expliquer les comportements dégagés. L'étude des itinéraires montre que les femmes sont dans une situation de variété de recours possibles. Cela peut aller du non recours (supporter le mal), à l'automédication, en passant par le guérisseur et le recours aux services publics de santé. C'est une tendance générale qui est présentée ici, même si chaque itinéraire est un cas unique.

Au début de leur maladie, les femmes d'une manière générale attendent que ça se passe, sinon elles se prennent en charge en automédication. Celle-ci peut être faite avec des produits traditionnels ou avec des produits pharmaceutiques achetés vendus dans les marchés ou en pharmacie. L'analyse des itinéraires met en lumière des normes sociales intériorisées par les femmes qui consistent à épuiser d'abord les recours de soins classiques avant d'admettre toute autre idée de se diriger vers un recours extérieur.

L'automédication constitue un premier recours. De nombreuses affections font l'objet de soins à domicile mais lorsque la malade n'est pas guérie, le recours extérieur est envisagé. Ce recours peut être orienté vers un tradipraticien / guérisseur ou vers un centre de soins ou hôpital. Les choix opérés laissent entrevoir une classification des maladies de sorte qu'on aurait des maladies pour lesquelles on se réfère à l'hôpital et celles pour lesquelles il est recommandé d'aller chez le guérisseur. Mais on a observé que les limites entre maladies pour l'hôpital et celles pour le guérisseur sont poreuses. Car une maladie conduisant à consulter dans un hôpital peut également faire l'objet de consultation chez un tradipraticien ou vice versa.

Il est rarement constaté l'utilisation exclusive des formations sanitaires ou de l'hôpital. On assiste dans ces cas à des recours simultanés de soins traditionnels et de soins hospitaliers, des recours alternés ainsi que des recours parallèles. Parmi des études qui ont traité des itinéraires thérapeutiques des malades (Benoist, 1996) et tenté d'en analyser les logiques, si la question du sens social d'un mal ne se pose pas systématiquement et laisse parfois place à un traitement « ordinaire » d'un épisode de maladie (Desjeux et al., 1993)³⁰⁸, elle reste pourtant l'une des clés des dynamiques thérapeutiques en quête de guérison. Ces recherches ont rarement constaté l'utilisation exclusive d'un secteur ; un choix n'est jamais définitif à condition que le malade recouvre la santé.

³⁰⁸ Desjeux D. Fabré I et al. (1993) *Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte*, Paris, l'Harmattan

L'explication avancée par Sindzingre abonde également dans le même sens. Pour l'auteur, le fait que la médecine moderne (institution de soins publique) ne puisse répondre aux questions : « *Pourquoi moi, maintenant... ? Comment cela m'arrive ? Qui ou quoi a initié l'infortune qui m'affecte?* », en cas de guérison de la maladie, est la raison explicative de la consultation chez le soignant traditionnel ou devin³⁰⁹.

A priori il est difficile de déterminer l'origine exacte du mal. Cette incertitude peut alors expliquer le choix non définitif d'un recours et souvent la préférence des malades et/ou leur entourage pour les soins traditionnels et le recours au guérisseur. Cet ensemble de recours que nous venons de présenter donne forme à un parcours de soins influencé par divers éléments intervenant dans le processus de choix ou de décision.

Plusieurs raisons sont avancées par les femmes pour expliquer leur comportement. Le parcours des malades à la recherche d'un traitement apparaît comme la résultante de plusieurs logiques et de causes structurelles. Un premier élément qui se dégage est la perception que la malade se fait de son mal. L'analyse des itinéraires a révélé que c'est selon que les cas de maladies sont jugés bénins ou courants, ou encore déjà connus, que la malade choisit son recours. A cet élément s'ajoute la mauvaise image que se fait la société de la femme malade.

Lorsqu'un recours se tourne vers l'extérieur, vers un soignant reconnu, traditpraticien ou agent de soins de santé, le choix de la malade est influencée son univers culturel. Nos analyses montrent que les femmes n'ont pas ou ont peu de pouvoir de décision. Ainsi, il leur faut souvent obtenir l'accord du chef de famille. Or, cet accord n'est pas systématique. Il dépend de l'interprétation que le chef ou son entourage se font de la maladie : sa gravité, ses caractéristiques ainsi que son origine supposée.

La prise de décision va aussi être déterminée par le type de ménage, monogame ou polygame. Dans les ménages monogames, les femmes ont plus de chance de recourir aux soins que les femmes des ménages polygames. Dans les familles monogames, le mari n'a qu'une femme et lorsqu'elle tombe malade, on peut dire que la situation affecte toute la famille. Dans les ménages polygames en revanche, le mari a plusieurs épouses. On observe que les règles de vie ne sont pas les mêmes, les charges non plus.

Les femmes qui peinent à obtenir l'autorisation du mari, sont dans des ménages de types polygames. A l'inverse, les femmes qui n'ont pas de difficulté à ce sujet, sont de ménages

³⁰⁹ Ibid. p.194

monogames. Au sein de ces derniers, les hommes conduisent facilement leurs femmes ou leurs enfants à l'hôpital lorsqu'ils tombent malades, et, dans tous les cas, les autorisent à y recourir.

De même que le statut de la femme au sein de son ménage influence la décision d'avoir recours aux soins de santé, les malades ne bénéficient pas du même appui ou soutien familial. En effet, l'implication du chef de famille pour le recours aux soins devient faible lorsque les femmes sont plus âgées ou ne sont plus en âge de procréer. Les hommes sont également peu présents ou se désengagent simplement dans les cas de maladies chroniques, qui nécessitent de longs traitements.

Ce qui nous fait dire que les membres de la famille n'ont pas le même droit aux soins. Ainsi, un chef de famille mobilisera plus ou moins facilement son énergie, de l'argent, et d'autres ressources pour soigner une de ses femmes jeune, en âge de procréer avec des capacités de travailler qu'il ne le fera pour une autre qui n'a pas les mêmes capacités. Ainsi que pour son fils en âge de travailler que pour sa fille destinée à fournir sa force de travail à une autre famille.

A ces éléments s'ajoutent les caractéristiques propres à la malade telles que le milieu de socialisation, le lieu de résidence et le niveau d'instruction. Le milieu de socialisation de la femme pendant l'enfance est à même d'influencer positivement ou négativement son comportement, notamment le recours aux soins. Les femmes qui ont grandi dans une famille où les parents ont eu des comportements favorables aux soins de santé et/ou vivant en milieu urbain sont ouvertes aux soins médicaux. Et inversement, les femmes qui ont évolué avec des parents peu favorables aux services de santé et/ou vivant en milieu rural ont plus tendance à s'orienter en première intention de recours vers les soins traditionnels. Toutefois ces propos sont à nuancer dans la mesure où des femmes en milieu urbain peuvent également recourir aux soins traditionnels et les femmes en zone rurale à des soins de santé.

Le niveau d'instruction a également retenu notre attention. Lorsque les interviewées ont un niveau d'instruction élevé, elles sont plus favorables aux soins de santé. Le recours aux structures de santé intervient très tôt après l'apparition des symptômes de la maladie. L'instruction les rend plus réceptives aux pratiques biomédicales en les déconnectant d'avec leur milieu. Ce qui explique que les personnes scolarisées, de manière générale, sont plus favorables et familières aux soins de santé publique, et parfois sceptiques à l'égard des soins locaux ou traditionnels. Et les femmes peu ou pas scolarisées sont plus familières aux soins

traditionnels. Toutefois ces propos doivent être nuancés car des femmes scolarisées et résident en ville ont parfois recours aux soins traditionnels à bien d'occasions.

Retenons donc que le lieu de résidence, l'âge, le niveau d'instruction influencent les comportements de recours aux soins de santé. A ces éléments s'ajoutent des raisons d'ordre matériel tel que, la perte de temps, le manque d'argent et la distance géographique. D'autres facteurs importants également relevés sont l'âge, la religion et la génération.

Pour autant, cette recherche montre de réelles avancées structurelles. A la faveur des diverses politiques sanitaires diverses, nous avons effectivement relevé l'augmentation significative des services de soins de base. On estime une augmentation de 40 centres chaque année et des indicateurs qui évoluent même s'ils restent encore en dessous des normes prévues par l'OMS. Malgré ces résultats qui sont loin d'atteindre les objectifs visés, les évolutions sont perceptibles.

D'une manière générale, on relève un intérêt réel pour les soins de santé. Dans notre zone de recherche, des femmes consultent de plus en plus directement dans les centres de santé, en recours extérieur. Ces femmes ont en commun l'âge, le niveau d'instruction ou le lieu de résidence ou le milieu de socialisation.

Mais des efforts restent à fournir pour accroître ses résultats. Un autre élément qui oriente le choix des recours de soins concerne la perception que la malade se fait des services offerts par les centres publics de soins. Il existe de la méfiance à l'égard du diagnostic médical et de la qualité des soins offerts. Ainsi que le souligne A. Meunier (1999), les malades ont leur propre appréciation de la qualité des soins et des prestations médicales dispensés

Les relations privées avec le personnel soignant, la connaissance individuelle d'un agent de santé ou la recommandation à celui-ci par un ami sont aussi un élément qui constitue un facteur incitatif de recours aux services de soins. Cela laisse à penser que les malades qui n'ont pas de connaissances personnelles dans ce milieu refusent souvent de recourir au service de soins de peur de ne pas être bien reçus ou d'être mal traités. A ce propos d'ailleurs, des recherches anthropologiques ont mis au jour plusieurs problèmes relatifs au mauvais accueil de patients, à l'absence d'écoute et aux violences subis (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002)³¹⁰. Ces auteurs qualifient négativement³¹⁰ la qualité des soins de santé dispensés aux

³¹⁰ Y. Jaffré, Olivier de Sardan et al. 2002, tel que cité par R. Valéry, op. cit. p.52

malades qui ne disposeraient d'aucune relation particulière avec les professionnels de santé de la structure dans laquelle ils consultent.

L'importance du coût des soins dans les divers recours est également un argument avancé en tant que obstacle à la fréquentation des services de soins publics. De même, la perception de l'efficacité des soins médicaux et l'exclusion des plus pauvres font partie des raisons qui freinent le recours aux soins de santé. Ces dysfonctionnements sont aggravés par les phénomènes de corruption et d'impunité qui remettent en question la fiabilité et la crédibilité des structures publiques de santé. Les résultats de notre recherche corroborent cela.

Au-delà de ces déclarations, l'analyse de nos enquêtes nous enseigne que les soins traditionnels ne sont pas prêts à être abandonnés par les populations. Avec l'automédication, ils occupent une place de choix dans les itinéraires de soins des femmes interviewées. Les motifs favorisant ce recours est qu'ils sont reconnus, accessibles et peu chers. Souvent, les raisons sont liées à la confiance que les femmes accordent de ce type de soins, à leurs habitudes de pratiques de soins ainsi qu'aux croyances qui restent encore très ancrées dans les esprits. Elles ne sont d'ailleurs pas les seules. Leur attitude s'inscrit dans un comportement plus général de la population burkinabè. Rappelons qu'au Burkina Faso, le nombre de tradipraticiens est estimé à 30 000, soit 1 /500hbts (Sakandé, 2004)³¹¹, contre un médecin pour 37 699hbts. Le nombre peut varier d'une source à une autre mais il est certain que les soins traditionnels représentent une ressource indéniable pour la population en quête de soins. Dans bien des cas, ils représentent la première alternative.

Quoi qu'il en soit, les recours aux soins traditionnels résistent au temps et s'adaptent aux changements. Le choix des recours traditionnels serait une réponse aux dysfonctionnements du système sanitaire et aux insuffisances des services de soins publics de santé. Cependant les soins traditionnels connaissent aussi des limites. Parmi ces limites, nous avons relevé l'inefficacité de certains soins traditionnels, le tâtonnement dans les diagnostics, le coût élevé de certains traitements locaux, la méconnaissance de bons guérisseurs, les faux guérisseurs, la distance géographiques ainsi que les risques d'intoxication dans l'automédication.

Ces failles peuvent constituer des opportunités pour promouvoir et renforcer les soins de santé. Il serait toutefois nécessaire de prendre en compte les acteurs, leur culture propre et leur singularité qui sont des aspects pouvant constituer de sérieux et vrais obstacles.

³¹¹ Sakandé Ibrahim, « Les Burkinabè doivent compter sur la médecine traditionnelle », in Sidwaya, 16/10/2004, Ouagadougou, Burkina Faso. <http://www.santetropicale.com/Actualites.1004/10047.htm> (consulté avril 2008)

L'analyse de ces parcours de femmes nous a également permis de mettre en lumière des enjeux de genre dans les recours aux soins de santé. Le rôle de la famille dans les décisions de recours aux soins est extrêmement important. Les récits recueillis auprès des femmes ont permis de le relever. La dynamique qui se met en place varie en fonction des caractéristiques individuelles du malade, de la maladie et de sa perception, de la disponibilité des traitements. Tous les membres de la famille n'ont pas les mêmes droits aux soins. En revanche le chef de famille mobilisera plus facilement les ressources pour soigner son fils en âge de travailler qu'une fille destinée à fournir sa force de travail dans une autre famille. Le dévouement de la famille et/ou du mari pour la santé des femmes dépend de la capacité de ces dernières à accomplir leur rôle social.

On ne soigne donc pas un homme comme on soignerait une femme. L'exemple de la maladie du sida a permis d'illustrer ces caractéristiques. L'analyse montre pourquoi les femmes sont dans des situations différentes et difficiles face au sida, et permet ainsi de mettre en évidence des rapports sociaux très inégaux entre les hommes et les femmes et plutôt défavorables aux femmes d'autant qu'elles le sont. Il serait intéressant de poursuivre les investigations sur l'infection à VIH et les femmes. Une étude spécifique sur la vie quotidienne des femmes malades, les récits de vie, l'implication de l'entourage.

Nous relevons dans nos premiers chapitres, le fait que les femmes Yadesé avaient un statut social qui leur conférait une certaine autonomie³¹². Cette position est pour nous une des raisons favorisant le choix de l'automédication. En effet, nos enquêtes révèlent que l'automédication est le premier recours vers lequel les femmes se tournent dès les premiers symptômes de leur maladie. Ainsi, elles décident de manière active des traitements médicamenteux qu'elles vont apporter à leurs maux, sans avoir recours ni à une structure de soins de santé, ni à l'autorisation du chef de famille, ni à aucune autorité. Toutefois, on peut s'interroger sur la place occupée par cette autonomie dans cette société.

Une fois que la maladie s'aggrave et nécessite un recours extérieur, vers un soignant reconnu (agent de santé, guérisseur), cela change la donne. Nous avons vu que la majorité des femmes ont besoin de l'autorisation du chef de famille. Ce qui nous fait dire que cette liberté reconnue aux femmes Yadesé a ses limites. L'analyse nous montre qu'à l'instar des femmes Mossi, les femmes Yadesé ne sont pas aussi libres que leur réputation le laisserait penser. En matière de

³¹² Désigne, la capacité à décider pour soi-même des règles auxquelles on obéit et la capacité à agir qui en découle.

santé et de recours aux soins, en tout cas, elles doivent tenir compte de divers éléments, quelque soit leur catégorie socioprofessionnelle. Nos résultats montrent des éléments liés à l'univers culturel de la malade, à son entourage, à des éléments d'ordre matériel ainsi qu'à des caractéristiques propres à la malade.

Cela nous fait dire qu'en l'état actuel des choses, les femmes disposent de bien peu de pouvoir pour modifier les rapports sociaux et les règles. L'analyse a permis de comprendre et d'identifier les éléments qui y participent. Ceux-ci ne sont pas que politiques et économiques. Ils sont aussi des choix sociaux, culturels dépendant de l'organisation de chaque société et de son mode de gestion. Cette recherche participe à l'amélioration de la compréhension de la complexité autour des recours de soins mais aussi à la situation particulière des femmes.

Nous retiendrons ces points qui se sont révélés être de vraies questions dans les derniers temps de cette recherche. Les femmes Yadesé sont-elles conscientes de leur autonomie ? Comment est-elle vécue, comment s'exerce-t-elle ? Quelle est sa place dans cette société ? Ces questions restent ouvertes, comme le projet d'approfondir les parcours de soins des femmes malades du sida et/ou infectées par le VIH ; les facteurs liés à leur mal, la prise en charge thérapeutique, l'implication de leur entourage.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

AKOTO, E.M., *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire.*

Hypothèse et recherche d'explication, Académie, Louvain-La-Neuve, 1993, 299p.

AMSELLE Jean-Loup, M'BOKOLO Elias (s.dir.), *Au cœur de l'ethnie : Ethnies,*

Tribalisme et Etat en Afrique, La Découverte/ Poche, Paris, 1999

ANNUAIRE STATISTIQUE (DEP) / Santé, 2003 - 2004.

AUDIBERT, M. et ROODENBEKE, E., *Utilisation des services de santé de premier niveau*

au Mali, Analyse de la situation et perspectives, Banque Mondiale, avril, 2005, 68p.

AUGE, M. et HERLICH, C., *Le sens du mal*, *Anthropologie, Histoire, Sociologie*, Paris, éd.

Des Archives Contemporaines, 1984.

AYAD et al., *Demographic and socioeconomic characteristics of households*, DHS

Comparative Studies, 1994, n°26, Calverton, Macro International Inc .

BENINGUISSE, G., *Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques*

de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, ULC,

Département des Sciences de la Population et du Développement, Institut de

Démographie, Louvain-La- Neuve, 2001, 313p.

BENOIST, J., (s.dir), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris,

Karthala, 1996.

BONNET, D., *Corps biologiques, Corps social*, Paris, Ed. de l'Orstom, 1982.

BOP, C., « *Les femmes chefs de famille à Dakar* », in *Femmes du Sud, chefs de famille*, éd.

Karthala, 1996

BESERUP, E., *La Femme face au développement économique*, Paris, PUF, 1983.

COLIBALY, S., DICKO, F., TRAORE, S.M., SIDIBE, O., SEROMOSSE, M., BARRERE,

B., *Enquête démographique et de santé, Mali 1995-1996*. Cellule de la

planification et de statistique, ministère de la santé, de la solidarité et des personnes

âgées, Direction nationale de la statistique et de l'informatique, Macro International

Inc. Calverton, Maryland, USA, 1996, 375p.

DAULAIRE, N. et coll., *Promises to Keep : the toll of Unintended Pregnancies on Women's*

Lives in Developing World, Global Health Council, 2002, p.42

DESJEUX, D., FABRE, I. et al., *Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la*

diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte. Paris, l'Harmattan 1993.

DIOP, A.B., *La famille Wolof. Tradition et changement*. Ed. Karthala, Paris, 1985.

DJOURDEBBE, F.B., *La déperdition des soins prénatals au Tchad*, IFORD, Université

- de Yaoundé, DESS en Démographie, oct. 2005.
- DOZON, JP. Et FASSIN, D., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.* Paris, Balland 2001.
- DRULHE, M., *Santé et société : le façonnement sociétal de la santé.* Paris, PUF
- EVANS, R.G., MORRIS, L. et al., *Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie.* Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1996.
- FERREOL, G. et al., *Dictionnaire de Sociologie.* Armand Colin, Paris, 2002, 42p.
- INSTITUT PANOS, *Sida. Une triple menace pour les femmes,* Paris, l'Harmattan, 1991.
- JAFFRE, Y. et OLIVIER DE SARDAN, J.P., *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest,* Paris Presses Universitaires de France., 1999.
- LE BRETON, D., *Anthropologie de la douleur,* éd. Métailié, Paris, 1995
- LE ROBERT, *Dictionnaire de sociologie,* éd. Le Robert/Seuil, 1999.
- LOCOH, T. (s.dir.), *Genre et sociétés en Afrique, implications pour le développement,* Ined, Paris, 2007, pp.432.
- MARIE, A., *L'Afrique des individus, Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey),* Paris, Kathala, 1997.
- MEILLASSOUX, C., *Femmes, grenier et capitaux,* Paris, Maspero, 1975.
- MUSHUGALUSA, P.S., *Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé en zone de santé de Kadutu, Province du Sud Kivu-RDC Congo,* Université de Kinshasa, Maîtrise en Santé publique/ Economie de la Santé 2010, <http://www.memoireonline.com> (consulté le 05/01/ 2010).
- OMD, *United Nations Millennium Summer,* New York, 6-8, Septembre 2000.
- OMS, *Maternité sans risque: Santé de la mère et de l'enfant,* Guide de pratique, Genève, 2000, 62p.
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde,* 1999
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant,* Genève, 2000.
- ONU, *Condition de la femme et population, le cas de l'Afrique francophone,* Université du Bénin, Togo, 1992, 116p.
- ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida, 2008,* Août, 2008
- ONUSIDA/ OMS, *Le point sur l'épidémie du sida,* 2007, décembre 2007
- PAULME, D. (s.dir.), *Femmes d'Afrique Noire,* Paris, EHSS, La Haye, Mouton et Cie, 1960.

- PHELPS, G.E., *Les fondements de l'économie de la santé*, Public-Union/ France, 1995.
- PISON, G. et al., *La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal*, Population, Paris, 2000, 55(6) : 103-18, 2000.
- PNUD, *Rapport mondial sur Développement Humain Durable (DHD)*, 2003, p. 195
- RESAR (s. dir.), Sow, F. et Bop,C., *Notre corps, Notre santé et la sexualité des femmes en Afrique Subsaharienne* », Paris, l'harmattan, 2004, p.33
- SALADIAKANDA, N.F., *Recherches des facteurs d'un recours de qualité de soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum : cas de la ville de Bafia*, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé, 1999, 84p.
- TOURE, L., *Recherche socio-anthropologique sur la politique communautaire et son acceptabilité par la population dans la zone sanitaire de Salingué*, Rapport Final, Médecins Sans Frontière, Luxembourg, 2002.
- TRAORE, F.A., *Etude des complications obstétricales et de la modernité maternelle à la maternité Gabriel Touré*, Thèse de Doctorat, Bamako, 1990, 141p.
- UNDP, *Human development report 2002*. New York, UNDP: 251, 2002.
- UNDP, *Human development report 2004*, New York, UNDP: 375, 2004.
- UNICEF, NY, *La situation des enfants dans le monde, tableau Education*, 1997, tel que cité par I. Gobatto, 1999, op. cit. p.19
- UNICEF, *La situation des enfants dans le monde, Tableau éducation*, 2006
- VUARIN, R., *Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie ? Se soigner au Mali*, une contribution des sciences sociales. J. Brunet-Jailly, Paris, France, Karthala-ORSTOM : 299-316, 1993.
- WRIGHT, J.K., *Human Nature*, in Geography, Harper and Row, New York, 1966.
- WORLD BANK, *Human Development Network Data Group*, 2004, cité par Ridde V., *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Ed. l'Harmattan, 2007, pp.536
- ZAHRE, A. et ROYSTON, C., *Maternal Mortality : a Global Factbook*, Genève, OMS : 1-6, 1991.

ARTICLES GENERAUX

- ALBERT, C., *Une image sur papier glacé : l'agriculture d'Agri- Sept*, in Lagrave, R. M., Ed. 1987: 61- 85.
- AUDIBERT, M. et al., *L'utilisation des services de santé, l'approche communautaire en*

- termes d'offre de soins est-elle une réponse ?*, Communication présentée au Développement Durable et Santé dans les pays du Sud, Décembre 2004, Lyon, France.
- AUDIBERT, M., DE ROODENBEKE, et MATHONNAT, J., *Financement de la santé Dans les pays à faible revenu : questions récurrentes et nouveaux défis*, Médecine Tropicale, 2004, vol. 64 pp. 552-560.
- BENINGUISSE, G. et al., *L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services de soins obstétricaux en Afrique*, In Isiugo-Abanihe, U., Ngwe, E. et Kokou, V. (eds.), Population et questions de santé en Afrique. Etude de la Population africaine, supplément B du vol. 19, UEPA, Dakar, pp. 251-274, 2004.
- BENINGUISSE, G. et BAKASS, F., *Santé de la reproduction et statut des femmes dans les ménages : l'exemple du Cameroun et du Maroc*, in Genre et société en Afrique (s. dir.) Thérèse Locoh, 2007, pp. 395-427: 397
- CHAWLA, M. et ELLIS, R.P., *The impact of financing and quality changes on health care demand*, in Niger Health Policy and planning, 2000, vol.15, pp. 76-84.
- BOURDIEU, P., « *L'identité et la représentation* », in Actes de la recherche en sciences sociales, Vol. 35, novembre 1980, pp. 63-72
- DESGREES DU LOÛ, A., *Le sida, un révélateur des disparités de genre en Afrique, les femmes affrontées à une multiplicité de risques*, in Bozon Michel et Locoh T. (s. dir.), Rapports de genre et question de population, II. Genre population et développement, Paris, Ined, coll. « Dossiers et recherche », n°85, p. 105-116
- DIAL, F., *Le divorce, une source d'émancipation pour les femmes ? Une enquête à Dakar et Saint-Louis*. In Genre et sociétés en Afrique, op. cit. 2007 :157-172, p. 161
- EVANS, R. et STODDART, G., *Produire de la santé, consommer des soins*. In Evans, R. et al. « Être ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie », Montréal, les Presses Universitaires de Montréal, pp. 37-73, 1990.
- FOURNIER, P. et HADDAD, S., *Quality, cost and utilization of health services in Developing countries. A longitudinal study in Zaïre*, Social Science and Medecine, 40(6): 743-53,1995.
- FOURNIER, P. et HADDAD, S., *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement*, in Girard, H et Piché V., La Sociologie des populations, PUM/ AUPELF – UREF, pp. 289-32, 1995.
- LAVIGNE DELVILLE, P., *Des groupes cibles aux groupes stratégiques : participation et exclusion*, Paris, GRET. Les notes méthodologiques, n°2 :7, p.2, 2000.

- LE GRAND, T. et M'BACKE, C., *Différences de mortalité selon le sexe et l'utilisation des services de santé au Mali*, Démographie Sociale en Afrique, Cahiers Québécois de Démographie, 21 (1), pp. 99-119, 1992.
- LFARAKH, A., *Différentiels entre sexes en matière d'éducation, de santé et de prise de décision*, In Les inégalités entre garçons et filles en matière de morbidité, de santé et de mortalité au Maroc, INSEA, série Etudes, Rabat, pp.41-63, 2000.
- LE PALEC, A., *Le Sida, une maladie de femmes*, Rapport sur le PECC, 2005, pp. 354-355, PAMAC.
- LOCOH, T. et al., *Femmes, pouvoir, société*, Politique africaine vol.65, « L'Afrique des femmes », p. 3-20.
- LOYOLA, N.A., *L'Esprit et le Corps*, in « Des thérapeutiques populaires dans la banlieue de Rio », Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1983.
- ASSIE-LUMUMBA, N., « Le genre dans la recherche en Afrique » in *Evio-Nouvelle Série* n°5, Dakar, Afard, 2000.
- MERCIER, P., *Monographie sur les Somba du Bénin*, 1968, cité in « Au cœur de l'ethnie : Ethnies, tribalisme et état en Afrique », (s. dir.) Jean-Loup Amselle et al., éd. La Découverte / Poche, 1999, p.17
- MEUWISEN, E.L., *Problems of Cost Recovery Implementation in the District Health Care: A Case Study from Niger*, Health Policy and Planning, vol. 17, p. 304-313, 2002.
- MORIKO, M., *Accès aux soins de qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali)*, In M. Audibert, de Roodenbeke E. J. Mathonnat (eds), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, 2003, pp. 5-37.
- NADEL, S .F., *Byzance noire*, 1971, cité in « Au cœur de l'ethnie : Ethnies, tribalisme et état en Afrique », (s. dir.) Jean-Loup Amselle et al., éd. La Découverte / Poche, 1999, p.16
- NDHLOVU, L., *Clients and Providers : Definitions and Perspectives of Quality of Family Planning Services*, Communication présentée à l'atelier sur la qualité des soins de santé pour les femmes dans les pays en développement », Budapest (Hongrie), 15-17, octobre 1994, Organisation Mondiale de la Santé, 29 p.
- RIDDE, V., *Les victimes devraient payer les soins de santé ?*, Revue des Questions Humanitaires Printemps, pp.12-15, 2002.
- ROYSTON, E. et ARMSTRONG, S., *La prévention des décès maternel*, Genève, OMS : 11-27, 1990.

- RODRIGUEZ, J., Déviance et société, article en ligne, http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE-DS_262_O269, consulté le 01/10/2012
- SOW, F., *La cinquième conférence régionale africaine des femmes Makai*, in Recherches Féministes 18 (1), pp. 175-183, Québec, 1995.
- TABUTIN, D., *Surmortalité féminine en Afrique du Nord de 1965 à nos jours*, Population, 45 (4) pp 833-854, 1978.
- THOMPSON, P., *Des récits de vie à l'analyse du changement social*, in Cahiers Internationaux de sociologie, LXIX : 249-268, 1980 tel que cité par I. Gobatto, 1999, op. cit.
- WYSS, K. et NANDJINGER, M., *Problems of Utilization of National Rehabilitation Services by Mothers of Malnourished Children in Ndjamen (Tchad)*, in IH. ROBERTS et C. VLASSOFF (s. dir.), *The Female Client and Health Care Provider*, Ottawa (ON, Canada, Centre de recherché pour le développement internationale, pp. 138-153, 1995.

OUVRAGES ET RAPPORTS SUR LE BURKINA FASO

- ATLAS, *Atlas de l'Afrique. Burkina Faso*, Ed. J. A. Paris, 2005, 115p.
- AUGUSTIN, J-P., *La Haute-Volta à l'épreuve du territoire : création, suppression et reconstruction*, Géographies des colonisations XV-XXè siècles, M. Bruneau, D. Dor (s.dir.) l'Harmattan, Paris, 1994, pp. 399-409
- BADINI, A., *Les relations de parenté à plaisanterie : éléments des mécanismes de régulation sociale et principe de résolution des conflits sociaux au Burkina Faso*, Le Burkina Faso entre révolution et démocratie (1983-1993), Paris, l'Harmattan, 1994.
- BADINI, A., *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*, Paris- Ouagadougou, SEPIA-ADDB, 1994.
- BADO, J-F., *Médecine colonial et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala, 1996, 432p.
- BANQUE MONDIALE, *Santé et pauvreté au Burkina Faso : progresser vers des objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté*, 2003, Washington : 99
- BANQUE MONDIALE, *Le financement de la décentralisation au Burkina Faso*, Rapport sur la coopération pour le développement, Burkina Faso, 2004.
- BANQUE MONDIALE, *La politique hospitalière et financement de l'hôpital en Afrique*,

- 2005, <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20H> consulté 3 mai 2006
- BENINGUISSE, G., NIKIEMA, B., et al., *La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique Centrale et de l'Ouest. Niveaux, schémas et facteurs associés*, Projet ARC6 A4F, Montréal (Canada), 2005, 7p.
- BIAYE, M. *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité dans l'enfance des 3 pays de l'Afrique de l'Ouest*, Louvain-La-Neuve, Paris, Académia-Bruylant/ l'harmattan, 1994.
- BINGER, L.G., *Du Niger au Golfe de Guinée*, Hachette, Paris, 1892, Tome I, p.513 ;
- BODART, S., et al., 2001, par Valéry Ridde, *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, l'Harmattan, 2007, p. 43
- CHARMILLOT, M., *Solidarité et lien social en contexte africain : Etude de cas autour du sida dans la ville de Ouahigouya (Burkina Faso)*, Thèse n°308, Genève, 2002
- CHR Ouahigouya, *Avant projet-Projet d'établissement 2003-2007*, Ouahigouya, Centre Hospitalier, 2003, p. 25.
- CHRETIEN, J.P., et PRUNIER, G., (s.dir.) *Les ethnies ont une histoire*, éd. Karthala/ ACCT, 1989, p.435
- DACHER, M., et LALLEMAND, S., *Prix des épouses, valeur des sœurs*. Paris, l'Harmattan, 1990.
- DACHER, M., *Prix des épouses, valeurs des sœurs. Les représentations de la maladie. Deux études sur la société Gouin (Burkina Faso)*. Paris, l'Harmattan, 1992.
- FAINZANG, S., *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1989 tel que cité par Gobatto I., 1999, « Etre médecin au Burkina Faso », éd. L'Harmattan, p.36
- FAINZANG, S., *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, PUF, Paris, 2012, p.181
- GUIENNE, V., *Nos choix de santé, dilemme et controverses*, L'Atalante, Nantes, 2012, p.185
- GOBATTO, I., *Etre médecin au Burkina Faso*, Paris l'Harmattan, 1999, 334p.
- GOBATTO, I., et al., *Maux d'amour, vies de femmes, sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain (Ouagadougou)*, Paris, l'Harmattan, 1995.
- GRUENAI, M.E., et al., *Sida, stigmatisation et exclusion, étude anthropologique au Burkina Faso*, Rapport de recherche Marseille-Bobo-Dioulasso, IRD/ SHADEI/ ANRS, 2004, 114p.

- GUIRMA, R., *L'homme et la femme chez les moose dans la tradition et dans la vie actuelle*, Paris, Mémoire de l'EPHESS, 1970.
- INSD, Burkina Faso, *Enquête démographique et de santé, 1998-1999*, Ouagadougou, 2000, 327p.
- INSD, *Enquête démographique et de santé (EDS, 2003)*, septembre, 2004, 455p.
- INSD, *INSD, RGPH 1996, 2006*, Ouagadougou, 2006.
- INSD, *Enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages*, Ouagadougou, 2007
- INSD, *Enquête Burkinabè sur les conditions de vie des ménages, 2005*, Ouagadougou, 2005.
- INSD et ORC Macro, *Enquête Démographique et de santé Burkina Faso, 2003*, Septembre, 2004
- INSD, *Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages en 1998, 1999*, mars 2000
- INSD, *La santé d'après les enquêtes statistiques nationales : une synthèse des résultats disponibles depuis l'indépendance au Burkina Faso*, ministère de la santé, septembre 2010
- INSD, *Recensement Général de population et de l'Habitat, 2006*, INSD, 6 avril, 2007, www.insd.bf
- IZARD, M., *Le Yatenga précolonial*, éd. Karthala, 1985.
- IZARD, M., *Traditions historiques des villages du Yatenga*, éd. Karthala 1965, p. 319
- JAFFRE, Y. et al., *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet « santé urbaine », (Unicef Coopération Française) Enquêtes sur Burkina », Sciences Sociales et Santé, vol. 3, n°3-l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. Paru sous le titre « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest », Paris, Karthala, 2002, p. 289*
- KAMBOU-FERRAND, J.M., *Peuples voltaïques et conquête coloniale 1885-1914, Burkina-Faso*, Ed. l'Harmattan, Paris, 1993.
- KAGAMBEGA, M., *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique Des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de Doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, 2010
- KINDA, F., *Analyse de la situation des enfants et des femmes au Burkina Faso. Naître fille au Burkina Faso*, Ouagadougou, Ministère de l'Action Sociale et de la Famille/Unicef, 1995.
- KOUASSI, B., *Pauvreté des ménages et Accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest-Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali et Togo*, éd. Karthala, 2008, p.285

- LAURENT, P-J., *Les pouvoirs politiques locaux et la décentralisation au Burkina Faso*, Louvain-La-Neuve, Paris, Academia, l'Harmattan, 1995.
- LAURENT, P-J., *Une association de développement en pays mossi, le don comme ruse*, Karthala, Paris, 1998, p. 235
- LOMPO, B., *Les causes socioculturelles de la sous scolarisation des filles*, Université de Ouagadougou-Université du Bénin (Togo-Lomé), 1990.
- LOMPO, B., *L'aide privée française de développement au Burkina faso : Formation et fonctionnement des associations nantaises*, DEA de sociologie, Université de Nantes, sous la direction de Guienne Véronique, 2004
- MEUNIER, A., *Système de soins au Burkina Faso : le paradoxe sanitaire*, Paris, l'Harmattan, 1999, 288p.
- MAURIN, S., *Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ?*, Médecine, Lyon, 2006, p.147
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, *Burkina Faso : cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Ouagadougou, 2003.
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DEVELOPPEMENT, Développement, *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Ouagadougou, Burkina Faso, 2004, 124p.
- MINSITERE DE LA SANTE/Burkina Faso, *Annuaire statistique*, 2007
- MINISTERE DE LA SANTE/ Burkina Faso, *Tableau de bord*, 2007
- MINISTERE DE LA SANTE/Burkina Faso, *Tableau de bord santé*, 2008
- MINISTERE DE LA SANTE/Burkina Faso, *Ministère de la Santé. Analyse des résultats du recensement des établissements privés de soins*, novembre 2007
- MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME/Burkina Faso, *Rapport Evaluation Beijing +10*, Ouagadougou, Avril 2004 : 28
- MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME/ BF, *Plan stratégique maternité à moindre risque 2005-2008*, DSF, Ouagadougou, 2004, 40p.
- MINISTERE DE LA SANTE, *Document d'analyse de la situation sanitaire nationale*, Ouagadougou, MS, 2000, p.140
- MINISTERE DE LA SANTE, *Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010*, Burkina Faso, 2000, 60p.
- MINISTERE DE LA SANTE, *Cadre et directives de planification 2004*, Ouagadougou, MS/SG/DEP, 2003.
- MINISTERE DE LA SANTE, *Stratégie nationale pour une maternité sans risque, 1998-2000*, Burkina Faso, Septembre 1998.

- MINISTERE DE LA SANTE, « Document cadre de politique pharmaceutique nationale », Ouagadougou, 1996, p.17
- MONOGRAPHIE DU YATENGA, en ligne, <file://c:/burk/mono.yatenga.html>, consulté 3/5/2006
- NIGNAN, B., *Population et développement dans la province de la Sissili*, Ouagadougou, Conseil National de la Population, 1993.
- OMD, *Rapport du projet Objectif du Millénaire*, Ouagadougou, Burkina Faso, 2000
- OUEDRAOGO, D., *Réflexion sur les forgerons du Yatenga*, Ed. Karthala, 1974, p.10
- OUEDRAOGO, B.L., *Entraide villageoise et développement. Groupement paysans au Burkina Faso*, Paris, l'Harmattan, 1990.
- OUEDRAOGO, I.B., *Analyse situationnelle du système de référence au service gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo Burkina Faso*, Mémoire CES, UFR/SDS, Université de Ouagadougou, 2005.
- PACERE, T.F., *Burkina Faso: Migration et droits des travailleurs (1897-2003)*, éd. Karthala, 2004, p. 262 : 53
- PNUD, *Rapport sur le développement humain*, Burkina Faso, Ouagadougou, PNUD, 1999, 166p.
- PNUD, *Rapport sur le développement humain-Burkina Faso. Le rôle de la gouvernance*, Ouagadougou, PNUD : 238, 2000.
- PNUD, *Rapport sur le développement humain-Burkina Faso. Corruption et développement humain*, Ouagadougou, PNUD, 2003, p.207.
- RIDDE, V., *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, l'Harmattan, 2007, 536p.
- SAKHO, M., et YONLI, L., *Backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région sanitaire de Kaya*, décembre 1997, Ouagadougou, Ministère de la Santé, SCPB : 28
- SAVONNET-GUYOT, C., *Etat et société au Burkina : essai sur le politique africain*, éd. Karthala, Paris, 1986, p.110
- SHAW, P., et al., *Le financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne par la tarification des services et l'assurance*, Banque Mondiale, Washington DC, USA, 1995.
- SISSAO, A.J., *Alliances et parentés à plaisanterie au Burkina Faso, mécanismes de fonctionnement et avenir*, Ouagadougou, 2002, 186p.
- SOUBEIGA, A., *A propos d'une recherche sur les soins de santé primaire au Burkina Faso*, Sociologie Santé, 9 :191-197

- SOUCAT, A., GANDAHO, T., LEVY-BRRÜHL, D. et al., *Health seeking behavior and household health expenditures un Benin and Guinea: the equity implications of the Bamako Initiative*, International Journal of Health Planning and Management 12:109-135.
- SP/ CNLS-IST, *Bilan général de la du PNM 2007*, CNLS-IST, décembre 2007
- YONLI, L., *Etude sur la fréquentation des services de santé dans la région sanitaire de Kaya*, Ouagadougou, Direction Régionale de la Santé, SCPB, PI : 62, 1998.
- ZONGO, S., *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri*, Mémoire de Maîtrise, Département de Sociologie, Université de Ouagadougou., p.65, 2005.
- ZOUNGRANA, M.C., *Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali)*, Collection de Thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 1993, 214p.

ARTICLE SUR LE BURKINA FASO

- BONNET, D., « *Etre femme au Burkina Faso : de la construction du « Genre » en pays mossi* » in « *Place des Femmes : Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des Sciences sociales* », EPHESIA, éd. La Découverte, Paris, 1995, p.286-289
- DAKOURE, H., *La situation des femmes au Burkina Faso*. Wildaf/ FEDDAF-WEST AFRICA, décembre, 2004, mise à jour Août 2008, p.9.
- DRABO, K., *Politiques démographique en matière de fécondité dans les pays de l'Afrique Subsaharienne francophone*. Communication présentée au Séminaire International Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique, Abidjan, Côte d'Ivoire, 16-19 mai 1995, ENSEA- Orstom, 21p.
- EDITORIAL, Carrefour africain, février 1988
- EGROT, M., *Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique Subsaharienne*. Sci. Soc. Santé 22(3), pp.45-70, 2004
- FAINZANG, S., *La maison du Blanc, la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bissa*, du 4 :105-128, 1985.
- GRUENAI, M.E., *Aînés, aînées, cadets, cadettes. Les relations aînés/ cadets chez les*

- Mossi de centre (Burkina Faso)*, In Abélès Marc et Collard Chantal (éd.), *Âge, pouvoir et sociétés en Afrique*, Montréal-Paris. PUM-Editions Karthala, 1985, p.219-245
- HADDAD, S., NOUGTARA, A., et al., *Burkina Faso case study. Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability*. Policy Lessons for Low-and Middle-Income Countries, in press. Haddad S. et al. Ottawa, IDRC.
- HADDAD, S., et al., *Les inégalités d'accès aux soins de santé et leurs déterminants aux Burkina Faso*, *Revue Santé, Société et Solidarité*, 2004 (2) : 199 - 211.
- HAGBERG, S., *A l'ombre du conflit violent. Règlement et gestion des conflits entre agriculteurs Karaboro et agro-pasteurs peul au Burkina Faso*, *Cahiers d'Etudes Africaines* 2001, 161 : 45-72.
- HANNEQUIN, B., *Etat, patriarcat et développement : e cas d'un village mossi du Burkina Faso*, In *Canadian Journal of African Studies*, 24 (1) :37-49.
- HONIGMANN, J., article in A. *Dictionary of the social Sciences*, 1964, p. 729, cite par M. Godelier (1973, 102), cite in « Au cœur de l'ethnie : Ethnies, tribalisme et état en Afrique », s. dir. Jean-Loup Amselle et al., éd. La Découverte / Poche, 1999, p.17
- KINDA, F., ZOUNGRANA, M.C., et al.. 1998, tels que cités par Kobiané Jean-François, *Ethnies, genre et scolarisation au Burkina Faso*, In *Genre et sociétés en Afrique* », Ined, Paris, 2007, p.221-239 : 225.
- KOBIANE, F., et SILAS, *Transition de la fécondité et planification familiale au Burkina Faso, quelques données et réflexions*, Communication présentée au Séminaire International Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique, Abidjan, Côte d'Ivoire, 16-19 mai 1995, ENSEA-Orstom, 14p.
- KOBIANE, F., *Ethnies, genre et scolarisation au Burkina Faso*, In *Genre et Société en Afrique*, s. dir. T. Locoh, Ined, 2007, 220-259, p.225
- KOANDA, A., *La religion musulmane : facteur d'intégration ou d'identification ethnique : Le cas des Yarsé au Burkina Faso*, In (s. dir.) J-P. Chrétien et G. Prunier, *Les ethnies ont une histoire* Karthala-ACCT, 1989. p. 125-157.
- LALLELAND, S., *Une famille mossi*, in *Recherches Voltaïques*, n°17. Ouagadougou CVRS, Paris, CNR, 1977.
- LAURENT, P-J., *Permanence et résurgence des réseaux de solidarité*, *La revue nouvelle* 5 mai : 88-95, 1996.
- LAURENT, P-J., *Dynamiques matrimoniales chez les Mossi du Burkina Faso ; pratiques de*

- l'église des Assemblées de Dieu, des aînés, des cadets et de l'Etat*, Phénomènes informels et dynamiques culturelles en Afrique. G. De Villiers, Institut Africain, l'Harmattan, n°10-20 ; pp. 166-183, 1996.
- MAÏZI, P., *Identité plurielles des femmes moose, du Yatenga, Burkina Faso*, Cahiers des Sciences Humaines, 31 (2), 1995, pp. 485-499.
- NOUGTARA, A., OUEDRAOGO, J., et al., *Evaluation des liens entre les programmes d'ajustement macroéconomique, la réforme du secteur de la santé et l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé*. Rapport global du Burkina Faso, Ouagadougou, Montréal, Ministère de la Santé, Association Burkinabè de Santé Publique, CRDI, Université de Montréal, 2001.
- NYAMBA, A., *La problématique des alliances et des parentés à plaisanterie au Burkina Faso : historique, pratique et devenir*, Grandes conférences du Ministère de la Communication et de la Culture, 6 mai 1999, pp. 73-91.
- OUEDRAOGO, A., et al., *Infection à VIH et modification des relations sociales*, Ouagadougou, Burkina Faso, cahiers. Etudes. Recherches. France. 15 (4), 253-257, 2005.
- OUEDRAOGO, J., « *Les femmes chefs de ménage en zone rurale du Burkina Faso* » in « Femmes du sud, chefs de famille », éd. Karthala, 1996, pp. 99-107
- PIVETEAU, A., *Ong et Développement au Burkina Faso. Présence majeure et effets mineurs*, Centre ORSTOM de Ouagadougou, Document n°6, Juin 1994, p.11
- PRESSE-SIDWAYA-Burkina Faso, article en ligne,
http://www.santetropicale.com :actualites0702_7.html
- RIDDE, V., *Fee-for-services, cost recovery, and equity in district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative*, Bulletin of, World Health Organization 87(7): 532-538, 2003.
- RIDDE, V., *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, vol24, n°2, 2003, pp. 237-256
- SŒUR MARIE-ANDRE, du Sacré Coeur, 1939, «*La femme noire en Afrique occidentale* , Paris Payot », tel que cité par Kobiané, F., 2007, in, Genre et Sociétés en Afrique, (s.dir) Locoh, T., 2007, Paris, INED. pp. 221-239
- TAVERNE, B., *Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : Lévirat et sida au Burkina Fao*, Sciences Sociales et Santé, 14(2), p. 87-105, 1999.

LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNEES SUR LE VIH/SIDA

<http://www.unaids.org>

<http://www.epidem.org>

<http://www.measuredhs.com>

In LARMARANGE, J., « Prévalence du VIH en Afrique : validité d'une mesure », Thèse de Doctorat de l'Université de Paris V, Descartes, option démographie, Paris, 2007.

ANNEXES

ANNEXE I : EXEMPLES D'ENTRETIEN REALISE

Interview 1 : Sirina, 17 ans, mariée, sans enfant, pas de coépouse, agricultrice et s'occupe des travaux dans le ménage

Q : Voulez-vous me citer les maladies que vous avez attrapées pendant votre enfance ?

R : Oui, il ya eu la méningite, le palu, la fièvre, les maux de tête, puis la toux, les diarrhées aussi, puis le mal de ventre.

Q : qui vous soignait ?

R : C'est la mère, avec des décoctions, tisanes, infusions en somme des produits traditionnels trouvées dans le village ou dans les environs. Si la maladie était grave mon père allait plus loin du village et rapportait d'autres traitements à ma mère.

Q : Pourquoi c'est votre mère ?

R : Parce que c'est à la femme qu'il revient de prendre soin des enfants et de la famille. Si par la suite la maladie continue de s'aggraver alors on décide d'aller à l'hôpital.

Q : Et qui décide quand il faut se rendre à l'hôpital?

R : A l'hôpital ou ailleurs (hors de la maison), c'est mon père qui décide.

Q : Pourquoi c'est votre père qui décide et non votre mère qui s'occupe de vous ?

R : Parce que c'est lui le chef de famille ; donc c'est à lui que revient les prises de décisions. Ma mère ne peut pas dans ce cas prendre sa place (*comprenez usurper la place*).

Q : Et à présent comment cela se passe-t-il ?

R : Je suis souvent malade, palu, maux de tête, froid. Une fois c'est pour des douleurs musculaires que j'ai été à l'hôpital. J'avais mal à tout mon corps et je n'arrivais plus à marcher alors mon mari m'a amenée.

Aujourd'hui mon mari m'a amenée à nouveau pour une consultation ; suite à mes maux de ventre j'ai été opérée et je suis anémiée. Je viens pour un contrôle médical.

Q : c'est votre mari qui a décidé pour l'hôpital ?

R : Bien sûre, maintenant que je suis mariée, c'est mon mari qui prend les décisions. Même si j'ai mal quelque part et qu'il me dit de patienter, je dois attendre jusqu'à ce qu'il décide de ce qu'il faut faire.

Avec ma grossesse par exemple, j'ai attendu au quatrième, cinquième mois avant de commencer les pesées et consultations. C'est mon mari qui m'a dit que c'était le moment de faire suivre mon ventre (grossesse).

Q : Pourquoi attendre 4 ou 5 mois ?

R : rire, puis silence, puis souffle (huummmmm) pour finir par répondre « rien ». Ensuite elle enchaîne « si tu as toi – même de l'argent, même si ton mari ne le dit pas et que tu es malade ou mal à la tête tu iras te faire soigner à l'hôpital pour pouvoir recouvrer la santé et mener toutes tes activités quotidiennes.

Q : Vous arrive – t – il de taire un mal ou une maladie ?

R : Des petits maux de femmes oui, comme les maux de ventre, les règles douloureuses, les maux de tête, ...

Sinon qu'on ne peut pas taire une maladie ; si tu as de l'argent seulement, tu vas te faire soigner pour ne pas souffrir. On commence toujours par se soigner en famille avant d'arriver à l'hôpital. C'est pareil pour les enfants ; on attend toujours avant de se rendre à l'hôpital.

(Remarque : La grossesse de Sirina a connu des complications, ce qui a nécessité un suivi et par la suite, elle a dû subir une intervention chirurgicale).

Interview 2

Mame Fatima. Elle a une cinquantaine d'année (55 ans peut être même plus, je ne suis pas née dans une maternité, donc c'est à peu près dit-elle), non scolarisée, ménagère, veuve. **Je lui ai demandé ce qu'elle fait lorsqu'elle tombe malade** et voici sa réponse « *ça dépend, si par exemple c'est des maux de tête que j'ai, j'achète du paracétamol que je prends pour me soigner ; il y a partout dans nos marchés. Mais si c'est le palu, j'utilise des plantes médicinales. Je peux cueillir certaines feuilles de plantes que je peux bouillir pour boire et/ ou me laver ; sinon je les achète chez les guérisseurs (herboristes) au marché. Ces plantes soignent bien le palu. Ça coûte environ 200 FCFA (à peu près 20 centimes). Pourquoi n'allez - vous pas consulter à l'hôpital ou au dispensaire le plus proche de chez vous ?* silence, puis elle répond, *je ne sais pas. Est-ce à cause des frais, de l'argent ? non. Sinon pourquoi vous préférez aller chez le guérisseur ou l'herboriste ou les soigneurs traditionnels ? C'est une habitude ; et puis on est né et on trouvé les choses comme ça, je tines ça de mes parents et eux de leurs parents aussi et ainsi de suite, tu comprends. C'est beaucoup plus culturel et puis moi j'ai confiance à ces plantes pour ce genre de maladies que je t'ai dit. J'ai toujours fait comme ça, depuis près de 30 ans, voire plus ; et ça toujours marché. Mes enfants sont grands aujourd'hui, d'ailleurs tu viens de voir l'une d'entre eux. Ce n'est pas la première ; j'en ai 7. Certains vivent en France et d'autres pays par là – bas. C'est grâce à ces soins traditionnels qu'ils ont survécu aux nombreuses maladies infantiles et / ou courantes.*

Je vais quand même à l'hôpital mais c'est après avoir épuisé tout ce que j'ai comme recours thérapeutiques. Parce qu'à chaque fois que je suis allée à l'hôpital, je suis retournée chez moi avec des ordonnances, à chaque fois, sans compter l'argent qu'il faut payer pour se faire consulter. Mais ce n'est pas à cause de cela que je ne vais consulter souvent à l'hôpital. Nous aussi on possède des soignants, des médicaments, quand même, Non ? enfin....., je ne fais rien pour prévenir les maladies..... mais tout cela est entre les mains du bon Dieu ; c'est lui qui sait tout.

ANNEXE II : RESULTAT GLOBAUX DE L'ENQUETE TERRAIN

Les résultats de l'enquête de terrain portent sur un recueil de cent cinq récits de soins. Les personnes rencontrées sont essentiellement des femmes malades, dans la région du Yatenga, à l'hôpital de Ouahigouya, le chef-lieu de la province. Elles viennent de divers villages du Yatenga mais aussi de la ville.

L'âge des femmes est compris entre 16 et 70 ans. 88 femmes ont déclaré vivre en union mariées, concubinage, 17 vivent seules (célibataires, séparés, veuves).

En termes de catégories socio- professionnelles, l'enquête permet d'identifier plusieurs types, dont des agricultrices, des commerçantes, des fonctionnaires, des femmes au foyer, des chômeuses. Quant au niveau d'instruction, on note que seulement 30 femmes ont été scolarisées et 2 alphabétisées en langue locale mooré³¹³.

Près de la moitié de nos interlocutrices vit au sein de ménages polygames (48) et résident en milieu rural (47). On observe enfin que parmi les femmes rencontrées, nombre d'elles sont de religion musulmane (95).

³¹³ C'est la langue qui est parlée par le plus grand nombre de la population burkinabè, les moosi (48%)

La synthèse des résultats est présentée sur le tableau ci-dessous :

Variables	Effectifs	Pourcentage
Statut matrimonial		
Mariées / concubinage	88	
Séparées	3	
Célibataires	7	
Veuves	7	
Professions		
Agricultrices	35	
Ménagères	16	
Commerçantes	40	
Restauratrices	5	
Fonctionnaires et employées	6	
Elèves	3	
Milieu de résidence		
Urbain	58	
Rural	47	
Niveau d'instruction		
Primaire	18	
Secondaire	12	
Alphabétisée	2	
Aucun	73	
Type de ménage		
Polygame	48	
Monogame	40	
Religion		
Musulmane	95	
Chrétienne (catholique/ protestant)	9	
Animisme	1	

PROFILS DES SUJETS

Nom	Age	Niveau d'instruction	Profession	Résidence	Confession	Statut matrimonial	Type de ménage
Sirina	17	Non scolarisée	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Monogame
Fati n°1	20	Non	Agricultrice	Kalou/vill	Musulmane	Mariée	Polygame
Sali n°1	19	Non	Agricultrice	Sect. 2	Musulmane	Mariée	Monogame
Djénéba n°1	26	Non	Agricultrice	Zougré	Musulmane	Mariée	Polygame
Kadi	30	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Limata n°1	25	Primaire	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Ramata n°1	16	Non	Agricultrice	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Fatou	27	Secondaire	Ménagère	Ville (sect.13)	Musulmane	Concubinage	Polygame
Salimata n°1	19	Primaire	Commerçante	Ville (sect.7)	Musulmane	Concubinage	Polygame
Minata n°1	29	Secondaire	Ménagère	Ville (Ouah)	Musulmane	Concubinage	Monogame
Salimata n°2	31	Non	Commerçante	Ville	Protestante	Mariée	Monogame
Ramata n°2	27	Non	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Awa n°1	46	Non	Restauratrice	Sect.7/ ville	Musulmane	Mariée	Polygame
Safiatou n°1	40	Non	Commerçante	Sect.13	Musulmane	Mariée	Polygame
Safi n°1	17	Non	Ménagère	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
N. Awa n°2	23	Secondaire	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Korotimi	18	Non	Ménagère	Village	Musulmane	Mariée	Monogame
Carole	36	Secondaire	Ménagère	Village/Gourcy	Catholique	Mariée	Monogame
Siéta	45	Non	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Limata n°2	37	Non	Commerçante	Village/Tanghin	Musulmane	Mariée	Polygame
Adjaratou n°1	25	Non	Ménagère	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Zalissa n°1	29	Non	Restauratrice	Village/gourcy	Musulmane	Mariée	Monogame
Fatimata n°1	30	Secondaire	Ménagère	Ville.Ouahi	Musulmane	Mariée	Monogame
Limata n°3	17	non	Agricultrice	Village	Musulmane	mariée	Monogame
Safiatou n°2	22	Primaire	Commerçante	Sect.9/ville	Musulmane	mariée	Monogame
Awa n°3	27	Non	Ménagère	Titao/ village	Musulmane	Mariée	Polygame
Ramata n°3	38	Primaire	Agriculture	village	Musulmane	Mariée	Polygame
Sanata n°1	30	Non	Agriculture	Ville	Musulmane	Mariée	Polygame
Fatimata n°2	27	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Safi n°2	32	Non	Ménagère	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Mariam n°1	20	Non	Ménagère	Village	Musulmane	Mariée	Monogame
Aïssatou	23	secondaire	Elève	Ville	Musulmane	Célibataire	-
Sali n°2	26	Non	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Monogame
Clémence	36	Primaire	Commerçante	Ville	Catholique	Mariée	Monogame
Fatimata	47	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Azèta n°1	31	Primaire	Employée Chr	Ville	Catholique	Mariée	Monogame
Sylvie	38	Primaire	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Bibata n°1	16	Primaire	Ménagère	Sect.2/ ville	Musulmane	Concubinage	Monogame
Yuma	56	Non	Agricultrice	Village	Animiste	Mariée	Polygame
Habibou n°1	40	Non	Agricultrice	Kouri	Musulmane	Mariée	Polygame
Limata n°4	19	Secondaire	Elève	Ville	Musulmane	Célibataire	-
Mariam n°2	56	Non	Restauratrice	Ville	Protestante	Mariée	Monogame
Adjara	21	Primaire	Ménagère	Ville	Musulmane	Célibataire	-

Aminata n°1	36	Primaire	Agricultrice	Ville/ RCI	Musulmane	Mariée	Polygame
Ramata n°4	26	Non	Ménagère	Dédougou	Musulmane	Mariée	Monogame
Azèta n°2	45	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Veuve	Polygame avec coépouses
Binta n°1	56	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Binta n°2	45	Non	Agricultrice	Koumbri	Musulmane	mariée	polygame
Abzèta	47	Non	Agricultrice	Kalsaka	Musulmane	mariée	polygame
Mariam n°3	44	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Aminata n°2	48	Non	Commerçante	Sect.2	Musulmane	Mariée	Polygame
Marie Louise	19	Primaire	Restauratrice	Ville	Catholique	Célibataire	-
Bibata n°2	47	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Kalizèta n°1	20	Primaire	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Mariam n°4	23	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Bintou	33	Non	Agricultrice	Sect.2	Musulmane	Mariée	Monogame
Adjaratou n°2	29	Secondaire	Employée/ projet	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Kalizèta n°2	23	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Madame	65	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Veuve	-
Fati n°2	60	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Veuve	-
Nicole, K.adijata	23	Secondaire	Enseignante	Ville	Catholique	Célibataire	-
Sbidou	45	Primaire	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	
Mariam n°5	59	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Séparée	-
Fati n°3	55	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Veuve	-
Fatimata n°4	51	Non	Agricultrice	Sect.7	Musulmane	Veuve	(polygame)
Amsétou n°1	36	Non	Commerçante	Sect.17	Musulmane	Mariée	Polygame
Habibou n°2	45	Non	Agricultrice	Zogré/Tanghin	Musulmane	Mariée	Polygame
Salamata	32	Primaire	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Monogame
Fati n°4	40	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Azèta n°3	65	Non	Agricultrice	Ramsé/village	Musulmane	Mariée	Polygame
Habibou n°3	70	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Limata n°5	40	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Veuve	-
Fatima	35	Non	Agricultrice/ Elevage	Village	Musulmane	Mariée	Monogame
Alimata	30	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Limata n°6	30	Non	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Alimata n°2	60	Non	File coton	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Ramata n°5	50	Non	Agricultrice	Koumbri	Musulmane	Mariée	Polygame
Mariam n°6	57	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Polygame
Mariam n°7	51	Primaire	Commerçante	Sect.6	Musulmane	Mariée	Polygame
Bibata n°3	35	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Zoénaba	28	Secondaire	Enseignante	Sect.9	Musulmane	Mariée	Monogame
Djénéba n°2	34	Secondaire	Enseignante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Mamouna	56	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Ami	47	Non	Ménagère	Ville	Musulmane	Veuve	-
Fatimata	47	Non	Agricultrice	Sect.5	Musulmane	Mariée	Monogame

n°5							
Mainémata	32	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Polygame
Bibata n°4	35	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Mariée	Polygame
Awa n°4	17	Non	Agricultrice	Biisga	Musulmane	Concubinage	Monogame
Kalijata	17	Non	Aide ménagère	Gourcy	Musulmane	Célibataire	-(chez beau – frère)
Ramata n°6	42	Non	Agricultrice	Ziaga	Musulmane	Mariée	polygame
Madina	44	Non	Agricultrice	Village	Musulmane		Monogame
Mariam n°8	19	Secondaire	Elève	Ville	Catholique	Célibataire	Chez oncle
Léonie	30	Non	Commerçante	Sect.3	Catholique	Mariée	Monogame
Minata n°3	54	Non	Commerçante	Sect.6	Musulmane	Mariée	Monogame
Habibou n°4	26	Non	Ménagère	RCI/ ville	Musulmane	Mariée	Monogame
Zalissa	34	Non	Commerçante	Ville	Musulmane	Séparée	-
Sarata	41	Non	Restauratrice	Sect.5	Musulmane	Mariée	Polygame
Kadissa	40	Non/ alphabétisée	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
F. Habibou n°5	43	Primaire	Commerçante	Sect.13	Musulmane	Veuve	-
Amsétou n°2	53	Primaire/ alph	Commerçante	Sect.5	Musulmane	Mariée	Polygame
Sanata n°2	40	Alpha	Commerçante	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Alizèta	25	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Mariam n°9	27	Non	Agricultrice	Village	Musulmane	Mariée	Polygame
Selma	25	Non	Ménagère	Sect.10	Musulmane	Mariée	Polygame
Zarata	35	Non	Commerçante	Sect.6	Musulmane	Mariée	polygame

ANNEXE III : PHOTOS

Photo 1 : Hôpital de Ouahigouya



Photo 2 : Le bâtiment destiné au bloc opératoire

