

La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso

Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comité
de santé

Valéry Ridde

Avril 2006

■ Ce travail a été réalisé dans le cadre des activités du Laboratoire Citoyennetés. L'édition de ces études est assurée par Jean-Pierre Jacob et Peter Hochet

Référence bibliographique pour citation :

Ridde, Valery, 2006, « La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres des comités de santé », Etude *Recit* n°12. Ouagadougou : Laboratoire Citoyennetés. 36 p.

Résumé. Cette recherche part de l'hypothèse que la compréhension de la notion locale de justice sociale peut fournir des pistes d'explication à la focalisation des acteurs sociaux sur l'efficacité de l'offre et du financement au détriment de l'équité dans l'accès aux soins au Burkina Faso. Le document présente les résultats d'une enquête réalisée dans le Yatenga sur les perspectives émiques de la justice distributive pour deux groupes d'acteurs (infirmiers et membres des comités villageois de santé) impliqués dans ces politiques. La technique utilisée est celle de la cartographie conceptuelle. L'orientation générale constatée de la justice distributive paraît proche du modèle égalitaire, ce qui a été déjà mis en évidence chez les Mossi. Les acteurs ne sont pas prêts à compromettre la stabilité et la paix sociale au profit des indigents ou des plus démunis. Les limites méthodologiques liées à l'usage et à l'interprétation des données issues d'une technique employée pour la première fois en Afrique francophone et en langue locale sont également présentées.

Abstract. This research is based on the hypothesis that local concepts of social justice hold clues for explaining why social actors emphasize supply efficiency at the expense of equity in the access to health care in Burkina Faso. The document presents the results of research in Yatenga on the emic views of distributive justice among two groups of concerned actors (nurses and members of village health committees). Conceptual mapping has been used as the research method. The general conclusion is that the local perception of distributive justice seems close to the egalitarian model, a point that corroborates other findings made among the mossi group. The actors are not ready to compromise social stability and peace for the benefit of the destitute. The limits related to the use and interpretations of the data stemming from the method used for the first time in french speaking Africa and in local language are presented as well.

Laboratoire citoyenntés

BP 9037 06 Ouagadougou Burkina Faso

(226) 50.36.90.47

ace.recit@fasonet.bf | www.ace-recit.org

Avertissement

Ce texte n'est pas issu du programme de recherche du Laboratoire Citoyennetés. Il nous a été soumis par son auteur et a été retenu à cause de sa convergence évidente avec nos préoccupations théoriques. Les données et les analyses de Valéry Ridde nous ont paru importantes à diffuser au Burkina Faso et dans la sous-région, car il alimente notre réflexion sur les valeurs sociales et politiques qui sous-tendent les pratiques des acteurs et la construction de la cité au Burkina Faso.

En s'intéressant aux perceptions émiques de la « justice sociale » et non pas à la façon dont les institutions de développement posent la question, l'auteur révèle que les populations la perçoivent surtout en termes de maintien de la « paix sociale ». Les relations d'inégalité de départ sont renvoyées à l'ordre naturel des choses et les hommes se sentent obligés de garantir la stabilité de leurs rapports internes, dans une double perspective hiérarchique et holiste. Cette découverte permet de comprendre pourquoi l'égalité des chances paraît être l'option dominante en matière d'accès aux services publics. L'étude montre par ailleurs la conscience qu'ont les acteurs que ces relations se construisent et demandent un effort individuel et collectif pour être maintenues. Un constat qui bat en brèche les présupposés d'un « communautarisme » figé et subi.

Table des matières

<i>Introduction.....</i>	<i>- 5 -</i>
Les théories de la justice.....	- 5 -
Contexte et méthode.....	- 6 -
<i>Résultats</i>	<i>- 9 -</i>
Les agents	- 9 -
Les intéressés.....	- 12 -
<i>Discussion</i>	<i>- 14 -</i>
La présence d'éléments communs dans les deux groupes.....	- 15 -
L'absence d'éléments communs dans les deux groupes	- 17 -
De quelques divergences	- 18 -
De certaines particularités	- 20 -
De quelques limites méthodologiques	- 21 -
<i>Conclusion.....</i>	<i>- 25 -</i>
<i>Bibliographie</i>	<i>- 28 -</i>
<i>Annexe : la technique de cartographie conceptuelle.....</i>	<i>- 35 -</i>

INTRODUCTION¹

En Afrique, les analyses de la mise en œuvre des réformes sanitaires des dernières décennies aboutissent toutes à la même conclusion : l'aspect équitable des politiques publiques de santé a été négligé, et les préoccupations premières des acteurs se sont concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place (Gilson, 2000 ; Standing, 2002). Nos propres analyses des écrits scientifiques et des expériences en cours à l'occasion de la mise en œuvre de ces politiques publiques en Afrique de l'Ouest (Ridde 2005), et plus particulièrement au Burkina Faso (Nitiéma, Ridde et al., 2003 ; Haddad, Nougara et al., 2004 ; Ridde, Nitiéma et al., 2005), produisent les mêmes constats. Sur ce même continent, d'autres ont constaté qu'effectivement l'équité au sein du système de santé est devenue un but secondaire laissant la priorité à la viabilité financière, l'efficacité et l'efficience (Leighton, 1996). Aussi, malgré les discours de ces dernières décennies, les plus pauvres n'ont toujours pas accès aux services de santé. Il faut donc essayer de comprendre pourquoi les acteurs impliqués dans l'application de ces politiques se sont focalisés sur l'efficacité au détriment de l'équité. Pour comprendre cette dérive nous avons émis l'hypothèse suivante : l'échec de la mise en œuvre de ces politiques en ce qui concerne leur objectif d'équité s'explique notamment par le fait que l'absence d'équité n'a jamais été perçue comme un problème public (Ridde, 2004a). Or, pour qu'une situation devienne un problème public, de nombreux facteurs doivent intervenir, et la question des valeurs est évidemment centrale (Rocheffort et Cobb, 1994; Ridde sous presse). Ainsi, la compréhension du concept d'équité, et notamment selon une perspective éémique (du point de vue des acteurs), est essentielle. « *Dans l'analyse de l'efficacité ou de l'équité, dans la réflexion axée sur la lutte contre la pauvreté, le rôle des valeurs est, à l'évidence, prééminent* » (Sen, 2000, p.278).

Les théories de la justice

Mais comprendre le concept d'équité est une aventure complexe, car son étude peut se faire en fonction de cinq théories principales de la justice distributive (Mooney, 1987; Krasnik, 1996; Olsen, 1997), utiles à l'atteinte de l'idéal d'égalité de la justice sociale, à savoir :

- ▷ la **théorie de la propriété/libertarienne** (la liberté d'utiliser et de posséder ses propres biens en fonction de ses propres choix),
- ▷ le **modèle égalitaire** (tous les individus sont égaux et doivent être traités de la même façon, quelles que soient leurs caractéristiques),
- ▷ le **modèle fondé sur les besoins** (les soins font partie des éléments de base),

¹ Adresse de l'auteur : Valéry Ridde, Ph. D., Unité de Santé Internationale, Faculté de médecine, Université de Montréal, Édifice Saint-Urbain, 3875, rue Saint-Urbain, Montréal, Québec, Canada, H2W 1V1. Courriel : valery.ridde@umontreal.ca. Cette recherche a été financée par le Centre de Recherche en Développement International (CRDI) du Canada. Outre la contribution de l'ensemble des participants et des personnes lui ayant permis d'effectuer la présente recherche, l'auteur tient à remercier : G. André, Moinbou Abondikou, Ouedraogo Boureima, Ouedraogo Christine, Touendé Bertrand ainsi que Christian Dagenais et Mireille Desrochers qui lui ont permis de se former à la cartographie conceptuelle. La lecture attentive d'une première version de ce texte par Fatiha Halabi lui a été d'un grand secours. Le présent document a été relu par Jean-Pierre Jacob et Peter Hochet.

- ▷ le **modèle utilitaire** (un maximum de biens pour un maximum de gens),
- ▷ la **théorie du “ maximin ”** (le maximum pour ceux qui disposent du minimum).

La mise à l'écart de l'équité dans les réformes sanitaires serait la conséquence de la prédominance de la première de ces cinq théories distributives (Gilson, 1998).

L'équité est un terme polysémique et demeure un concept dont le contenu dépend à la fois de la position épistémologique du chercheur et de l'environnement social des acteurs étudiés (Peter, 2001; Braveman et Gruskin, 2003; Oliver et Mossialos, 2004). Pour bien appréhender la valeur accordée à l'équité par les Burkinabè et leur volonté oblatrice, il est indispensable de connaître l'éventail de leurs définitions conceptuelles. Par exemple, dans la culture mossi (groupe majoritaire dans la zone de l'étude), il semble persister une croyance selon laquelle il existerait une inégalité consubstantielle des rapports entre les individus, constituant le fondement de la vie sociale. Plusieurs proverbes locaux l'attestent (Carré et Zaoual, 1998). Amadé Badini (1994) dit à ce propos :

« 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. On croit ici, comme chez beaucoup d'autres peuples, qu'une inégalité foncière est nécessaire à la vie sociale. À côté du fait que “ même les doigts d'une même main, n'ont pas la même longueur ”, les Mossi affirment que « Silgra riti wili gyèse, singa pinda » (l'épervier mange, pendant que la branche sur laquelle il s'est posé, le regarde, sans avoir à manger à son tour Plusieurs autres proverbes et dictons reconnaissent et affirment que l'inégalité physique, morale, matérielle des hommes est la base de la vie sociale. Et même de l'harmonie sociale : « Rogdo bela yibu pa fugd taba y »é (deux marmites de grosseur égale ne peuvent se couvrir l'une l'autre) » (p. 110)

Contexte et méthode

Il est délicat de demander, à brûle pourpoint, ce que l'équité veut dire aux participants à une recherche, tant le terme paraît abstrait. Un dictionnaire affirme que « *l'équité consiste à mettre chacun sur un pied d'égalité* » (Robert, 1996). Ainsi, nous aurions tendance à penser que l'équité est un concept proche de celui de la justice sociale puisque cette dernière consiste à tenter d'atteindre l'égalité, comprise comme une mesure et comme un objectif à réaliser (Aïach, 1998). Pour certains, équité et justice sociale sont des termes interchangeables (Wagstaff et Van Doorsaler, 1993; Braveman et Gruskin, 2003). La notion de justice sociale sera donc notre point d'entrée conceptuelle pour mieux comprendre les valeurs sociales qui entourent la mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso.

Une recherche a ainsi été menée dans un district sanitaire² au moyen de la stratégie méthodologique de l'étude de cas et d'une enquête de terrain de type socio-anthropologique. Le cas étudié est un projet de coopération internationale d'une Organisation non gouvernementale (ONG) qui met en œuvre une politique de santé à travers un soutien aux services de l'État. Le contexte social est celui de la société mossi du Yatenga. La population du district est très jeune, les villages sont de petite taille, la

² Pour des raisons éthiques, nous ne précisons pas le nom du district sanitaire où cette recherche s'est déroulée.

majeure partie des gens (de confession musulmane et faiblement scolarisés) sont des agriculteurs ou des éleveurs. Globalement, il s'agit d'un groupe social patrilinéaire gérontocratique. L'épouse reste une étrangère au lignage du mari alors que l'enfant, lui, est la propriété de ce dernier (Taverne, 1999). Trois points fondamentaux³ se dégagent de l'organisation sociale des Mossi : i) une solidarité toujours importante mais qui s'effrite, ii) une organisation sociale hiérarchique, stricte et qui recherche la stabilité, iii) une croyance à l'inégalité « naturelle » entre les êtres humains indispensable à l'harmonie sociale (Badini, 1994; Ouedraogo, 1996; PNUD, 2000). Évidemment, dans la société moderne actuelle, les droits coutumiers et les fondements de l'organisation sociale sont discutés, depuis longtemps (Kohler, 1971), et l'identité collective est en pleine mutation (Laurent, 1996).

Pour comprendre la notion de justice sociale, nous avons utilisé de plusieurs techniques de collecte de données auprès des quatre groupes d'acteurs concernés par le processus des politiques publiques (tableau 1). Cependant, cet article porte uniquement sur les résultats empiriques obtenus par l'utilisation de la technique de la cartographie conceptuelle (Trochim, 1989) auprès de personnes membres du groupe des intéressés et des agents (Lemieux, 2002). Ces deux groupes d'acteurs sont considérés comme des spécialistes des politiques de santé (contrairement aux particuliers et aux responsables), les premiers étant situés à l'extérieur de l'appareil gouvernemental alors que les seconds sont à l'intérieur⁴. Les résultats concernant les autres catégories d'acteurs sont disponibles ailleurs (Ridde 2005).

Tableau 1. Les groupes d'acteurs dans la mise en œuvre des politiques de santé

Par rapport à l'appareil gouvernemental	Définitions	Caractéristiques	Exemples
DEDANS	Responsables	Non spécialisés Politiques	Maire, Préfet, Ministre de la santé
	Agents	Spécialisés Bureaucrates	Infirmier chef de poste, médecin chef du district
DEHORS	Particuliers	Non spécialisés Électeurs, patients	Utilisateurs et non-utilisateurs
	Intéressés	Spécialisés Experts, professionnels groupes	Comité de gestion, Experts internationaux, responsables ONG

Sources : Kingdon (1995) et Lemieux (2002)

Les agents participant à l'exercice de cartographie sont les infirmiers chefs de poste (ICP, le poste étant le dispensaire du village) et les agents de santé locaux impliqués dans la mise en place des politiques de santé. Ils sont bien souvent les intermédiaires obligés entre la population, les services de santé et les « développeurs ». Ils forment une population relativement homogène par la formation mais hétérogène par leur région d'origine. L'hétérogénéité des participants demeure essentielle puisqu'elle facilite l'obtention d'un large éventail de points de vue des acteurs. Nous avons invité à prendre part à l'exercice 15 ICP ayant suivi en juin 2000 une formation de six jours portant sur les politiques de santé. Neuf infirmiers (60%) se sont finalement présentés (en moyenne âgés de 32 ans,

³ Voir (Pacere, 1979; Badini, 1994; Kouanda, 1995; Ouedraogo, 1996; Laurent, 1998b, 1998a; Ki-Zerbo et Holenstein, 2003)

⁴ Il s'agit d'un découpage heuristique puisqu'un même acteur peut être infirmier et utilisateur de service de santé.

présents dans le district depuis cinq ans et sortie de l'école de santé publique depuis six ans).

Si les ICP disposent de nombreux pouvoirs dans les dispensaires, les membres des Comités de gestion formés par les habitants des villages (COGES) sont aussi responsables des activités à mettre en œuvre pour améliorer l'équité d'accès et de financement des soins de santé. Ainsi, nous avons employé le même outil pour recueillir les perspectives émiques de l'équité des membres des COGES. Cependant, nous savons qu'au Burkina Faso, seulement 13% de la population des plus de 15 ans sont alphabétisés en langue française (UNDP, 2004). Or, l'utilisation d'une telle technique nécessite que les participants soient en mesure de lire puisqu'il faut effectuer des regroupements d'énoncés qualifiant la justice sociale à l'aide de fiches. Au Burkina, on a offert durant de nombreuses années aux villageois des programmes d'alphabétisation en langues nationales, et un certain nombre ont donc eu la chance d'apprendre à écrire et à lire dans leur langue vernaculaire. Pour organiser ce second exercice cartographique, des membres des COGES, alphabétisés en langue moore (parlée dans la région de la recherche), ont été appelés à participer. Sur 45 personnes présentes lors d'une formation en novembre 2003, seulement huit étaient alphabétisées en moore. Sept d'entre elles (88%) sont venues au rendez-vous (en moyenne, âgés de 50 ans, agriculteurs et éleveurs ; deux ne sont jamais allés à l'école, et cinq se sont arrêtés en CM2). Tout comme pour les ICP, l'origine géographique des participants était diversifiée sur le territoire du district.

Ainsi, un total de 16 personnes a pris part à cette collecte de données⁵. Nous ne décrivons pas les détails de la technique (voir annexe 1). Cependant, puisqu'il s'agit à notre connaissance de sa première application en Afrique et dans une langue vernaculaire, nous voulons relever quelques spécificités liées à son usage dans ce contexte particulier.

Dans la première étape, nous avons demandé aux participants de nous expliquer le terme de justice sociale. Pour ce faire, nous leur avons posé la question ouverte suivante : « *aujourd'hui au Burkina Faso, je pense que la notion de justice sociale veut dire que...* ». La séance avec les infirmiers a été faite en langue française. Mais pour réaliser celle avec les membres des COGES, nous avons été assisté par un instituteur (ayant déjà participé au premier exercice en français avec les ICP), un sociologue (assistant de recherche) et deux membres de la Direction régionale de l'alphabétisation. L'une de ces deux dernières personnes écrivait au tableau en Moore les *énoncés* produits pour qualifier la justice sociale tandis que la seconde les notait sur les formulaires utiles à la suite des opérations. Il faut d'abord souligner qu'il a été délicat de trouver la bonne traduction en Moore de l'expression « *justice sociale* ». Plusieurs discussions ont eu lieu entre les quatre personnes nous assistant afin de choisir entre les trois possibilités répondant le mieux, à leurs connaissances, à la description du concept :

- ▷ que tout le monde soit pareil (*ti neba faa yi yembre*) ;
- ▷ ce qui fait l'unité du pays (*sen naagd tenga nen-buiid taaba*) ;
- ▷ ne pas piétiner les autres (*n da tab taaba ye*).

⁵ Il faut juste ajouter qu'un membre du groupe des COGES n'a participé qu'à la première étape (formulation des énoncés), car nous avons découvert, lors de la deuxième, qu'il était bien alphabétisé, mais en fulfundé (une autre langue nationale) et non en moore. Or, nous avons fait en sorte que les énoncés soient transcrits sur les fiches en moore.

C'est finalement la dernière proposition qui a été collégialement retenue, et nous reviendrons sur les effets possibles de ce choix d'un point de vue méthodologique plus loin dans la discussion. Pour stimuler la création d'énoncés, nous avons demandé aux villageois de se référer à des situations quotidiennes. Cela permettait aux participants de se mettre à l'aise puis facilitait la réflexion sur un plan plus abstrait. Une fois écrit au tableau, chaque énoncé était reformulé oralement et validé par les participants afin d'éviter toute interprétation de la part des personnes écrivant le *moore*.

Ensuite, puisque chaque participant devait attribuer un score, sur une échelle de un à cinq selon le degré d'importance, à l'ensemble des énoncés, nous avons donné un exemple issu du quotidien pour aider les membres des COGES à effectuer ce *classement*.

La troisième étape de la technique a été uniquement accomplie par le chercheur. À l'aide d'une double analyse statistique transformant les jugements individuels en jugement collectif, d'une part, chaque énoncé a été positionné sur une *carte* sous la forme d'un point en fonction de sa distance corrélationnelle avec les autres, et d'autre part, les énoncés ont été regroupés sous la forme de *grappes*, entités qui regroupent des énoncés ayant le même sens sur la base des regroupements individuels. Pour faciliter le travail du chercheur, la traduction des énoncés a été réalisée d'une manière consensuelle par les deux personnes du service de l'alphabétisation et le sociologue. L'intérêt de la technique (voir annexe 1) est que la validation et l'étiquetage des grappes produites par l'analyse statistique sont effectuées par les participants à la recherche et non par le chercheur.

RESULTATS

La présentation des résultats est organisée en fonction des deux catégories d'acteurs ayant participé au processus de collecte de données.

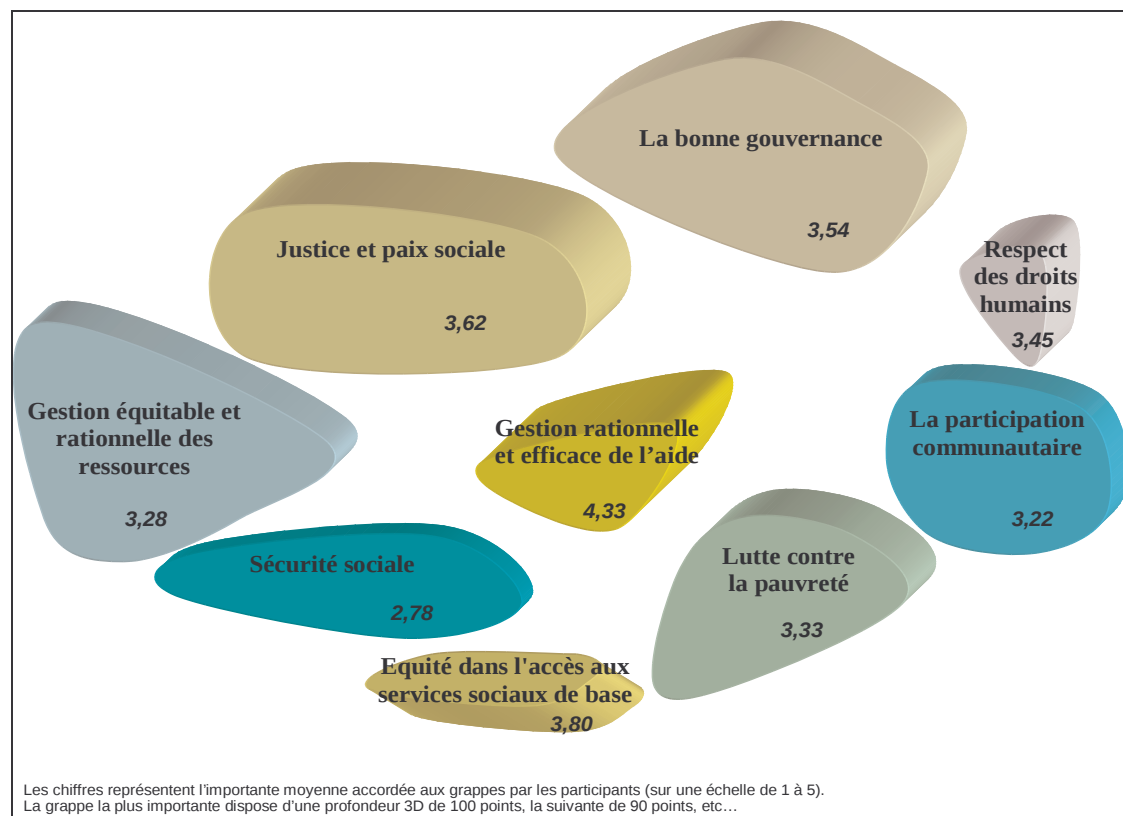
Les agents

Les infirmiers chefs de poste (ICP) ont exprimé 80 énoncés différents. Ils ont ensuite attribué des cotes d'importance. Globalement, ce qu'il nous apparaît essentiel de retenir dans l'étude de ces énoncés individuels est que les agents évoquent des processus fondamentaux liés à la justice sociale dont la responsabilité de mise en oeuvre est la plupart du temps très éloignée de leur propre sphère vitale. Pour la majorité d'entre eux la justice sociale est moins perçue comme imputable à des comportements personnels qu'à un mode de fonctionnement de la société dans son ensemble et de l'État en particulier. Ainsi, les infirmiers mettent en avant des idées relativement abstraites telles que les *droits humains*, la *démocratie* ou encore la *bonne gouvernance*. Ces trois derniers aspects, en dehors de certaines particularités, nous paraissent prévaloir sur l'ensemble des autres propositions relevant de la justice sociale au Burkina Faso pour ces infirmiers.

Les ICP se sont vus remettre ensuite une carte des points (les 80 énoncés), une carte des neuf grappes rassemblant les énoncés et un tableau où sont apposés, pour chacune des grappes, le nom des énoncés. L'étiquetage consensuel des grappes (conçues comme des regroupements conceptuels, des catégories) par les ICP fournit des résultats que nous

présentons sous une forme graphique (figure 1). La représentation cartographique montre, d'une part, la position relationnelle entre les différentes grappes, et, d'autre part, le poids accordé par les participants à chacune d'entre elles. Les grappes sont en trois dimensions dans la figure 1, permettant ainsi de visualiser leur importance relative.

Figure 1. La cartographie de concepts et la notion de justice sociale selon les ICP (n=9)



Source : Cartographie conceptuelle

Si l'on s'attarde d'abord sur l'importance accordée à chacun de ces neuf concepts pour expliquer la notion de justice sociale, on constate que trois groupes de concepts se détachent. Deux groupes sont constitués d'un seul concept, le plus et le moins important, et entre les deux, on retrouve les sept autres.

Alors que le processus de gestion de l'aide publique au développement n'était pas vraiment apparu dans les regroupements individuels, les infirmiers lui accordent le plus d'importance (il est le seul au dessus de quatre de moyenne) pour qualifier la justice sociale. Nous avons bien pressenti une proposition par les ICP à propos de la corruption ou de la mauvaise gestion de la chose publique, pour reprendre leurs mots, mais il n'avait pas été réellement question de l'aide internationale et de ses instruments. C'est la synthèse des regroupements individuels à l'aide des analyses statistiques qui a finalement généré cette catégorie particulière et nouvelle. L'intérêt de la cartographie conceptuelle, dans sa partie participative, est de donner l'occasion aux participants de valider une telle analyse, ce qu'ils ont allégrement fait. Ainsi, aux énoncés regroupés par l'analyse statistique, on a attribué l'étiquette : *gestion rationnelle et efficace de l'aide*. Il faut certainement comprendre cette acceptation de la part des ICP par le fait qu'ils vivent et perçoivent au quotidien les entorses faites à cette dimension de la justice sociale. Ils en sont, nous l'avons dit ailleurs (Ridde à paraître), en partie responsables, ce qui ne les empêche pas de mettre en haut de

la pyramide ce concept. Le fait que le concept le plus important (4,33) soit central n'est peut être pas un hasard statistique. Nous pourrions émettre l'hypothèse qu'il conditionne l'existence de tous les autres concepts. Dit autrement, sans une gestion rationnelle et efficace de l'aide internationale, point de bonne gouvernance, de justice, de sécurité sociale ou de lutte contre la pauvreté. Inversement nous pourrions dire : « *sans bonne gouvernance ou participation communautaire, point de gestion rationnelle et efficace de l'aide !* » Ajoutons que ce concept est aussi très proche de la manière dont l'État fonctionne puisque lui aussi, mais pas seulement lui (ce qui justifie l'existence de cette catégorie unique), participe à la gestion de l'aide.

Le concept le moins représentatif de la perception des ICP de la notion de justice sociale est celui de la *sécurité sociale*, le seul en dessous d'une moyenne de trois points. Conceptuellement, et cela transparaît dans la cartographie, cette catégorie est proche de celle qui visait l'équité d'accès aux soins de santé. Cependant, et après de mûres discussions, les participants ont décidé de ne pas fusionner ces deux concepts et de faire de la sécurité sociale une dimension à part entière. Cette volonté s'explique certainement par le fait de vouloir dissocier la santé des services sociaux en général et de disposer d'une vision assez large de la nature de la sécurité sociale. En effet, en examinant en détail les énoncés qui composent ce concept, on remarque que les ICP incluent dans la sécurité sociale, la sécurité d'emploi et de revenu. La notion de sécurité sociale doit donc se comprendre dans son acception la plus large, de protection sociale. Enfin, qu'ils aient attribué à cette catégorie le score le plus faible (2,78) ne nous surprend guère car, si les infirmiers pensent qu'elle est constitutive de la justice sociale, ils n'en sont pas moins réalistes et savent que c'est très certainement l'objectif le plus difficilement atteignable pour le moment dans le contexte local.

Entre ces deux extrêmes, se détachant largement, sept concepts sont donnés par les infirmiers pour qualifier la justice sociale. La deuxième position, en ordre d'importance, est attribuée à *l'équité dans l'accès aux services sociaux de base*. Il faut immédiatement dire que nous n'avons malheureusement pas discuté avec les participants de leur définition de la notion d'équité. S'ils emploient ce terme, c'est certainement parce que l'expression est en quelque sorte courante. Il nous semble que ce concept veut avant tout dire que l'accès aux services doit être le même pour tous et qu'il ne doit pas y avoir de discrimination positive pour tel ou tel groupe. Dans cette catégorie, l'équité pour les indigents a été affectée du score d'importance le plus faible (2,89), contrairement à l'accès pour tous (4,67).

Ensuite, vient le groupe *la justice et la paix sociale*. Ce concept est très proche, la carte le montre, de celui qui suit immédiatement par ordre décroissant d'importance, la *bonne gouvernance*. À y regarder de plus près, il aurait été tout à fait possible de les regrouper, et cela n'aurait en rien changé l'importance octroyée à cette dimension de la justice sociale (la moyenne serait passée à 3,57). Ces deux concepts, s'ils ne sont pas les plus notables en poids, le sont par le nombre d'énoncés les qualifiant. À eux seuls, ils représentent près de 40% de l'ensemble des énoncés produits, le concept ayant le plus grand nombre étant celui de la bonne gouvernance. La *gestion équitable et rationnelle des ressources* et le *respect des droits humains* ne pèsent pas autant mais sont placés dans la même région du plan de la carte conceptuelle, comme deux prolongements de la justice, de la paix sociale et de la bonne gouvernance. La gestion des ressources est, semble-t-il, comprise selon une perspective distributive par les participants puisqu'ils évoquent notamment une problématique de répartition équitable (des salaires, des équipements, des distinctions, des

affectations), c'est-à-dire en fonction de la richesse, du risque, des compétences, des besoins. Au sein de la carte, ces cinq concepts forment finalement un arc de cercle relativement dominant et cohérent, tous très liés, pensons-nous, au rôle de l'État.

Pour finir, deux concepts ont obtenu des scores moyens d'importance très proches : *lutte contre la pauvreté*, *participation communautaire*. Ces deux concepts sont très liés, tant en ce qui concerne la représentation graphique que le degré d'importance. La communauté, tels que certains énoncés appartenant à cette catégorie le laissent entendre, est associée à la pauvreté. Étant entendu que la pauvreté au Burkina demeure un phénomène touchant bien plus les campagnes⁶ que les villes, il pourrait être inféré que les ICP lient le concept de communauté à la ruralité et la pauvreté. Lorsqu'ils pensent à la communauté, ils pensent d'abord aux pauvres et aux paysans.

Somme toute, ce qui est particulièrement intéressant dans l'étude de la position des neuf grappes est que trois entités semblent se dégager. L'État, dont le rôle essentiel est de garantir les bienfaits que représentent les quatre concepts situés en haut de la figure 1, paraît coiffer la population qui est concernée par les quatre autres placés en bas. Entre les deux, comme concept résultant du processus de leur rencontre, on trouve la gestion de l'aide. Au-delà des clichés Nord-Sud ou « développeurs-développés », les participants veulent peut-être nous dire que la manière dont l'aide est gérée dépend étroitement de cette rencontre et est enchâssée dans les relations particulières qui lient les populations au gouvernement.

Les intéressés

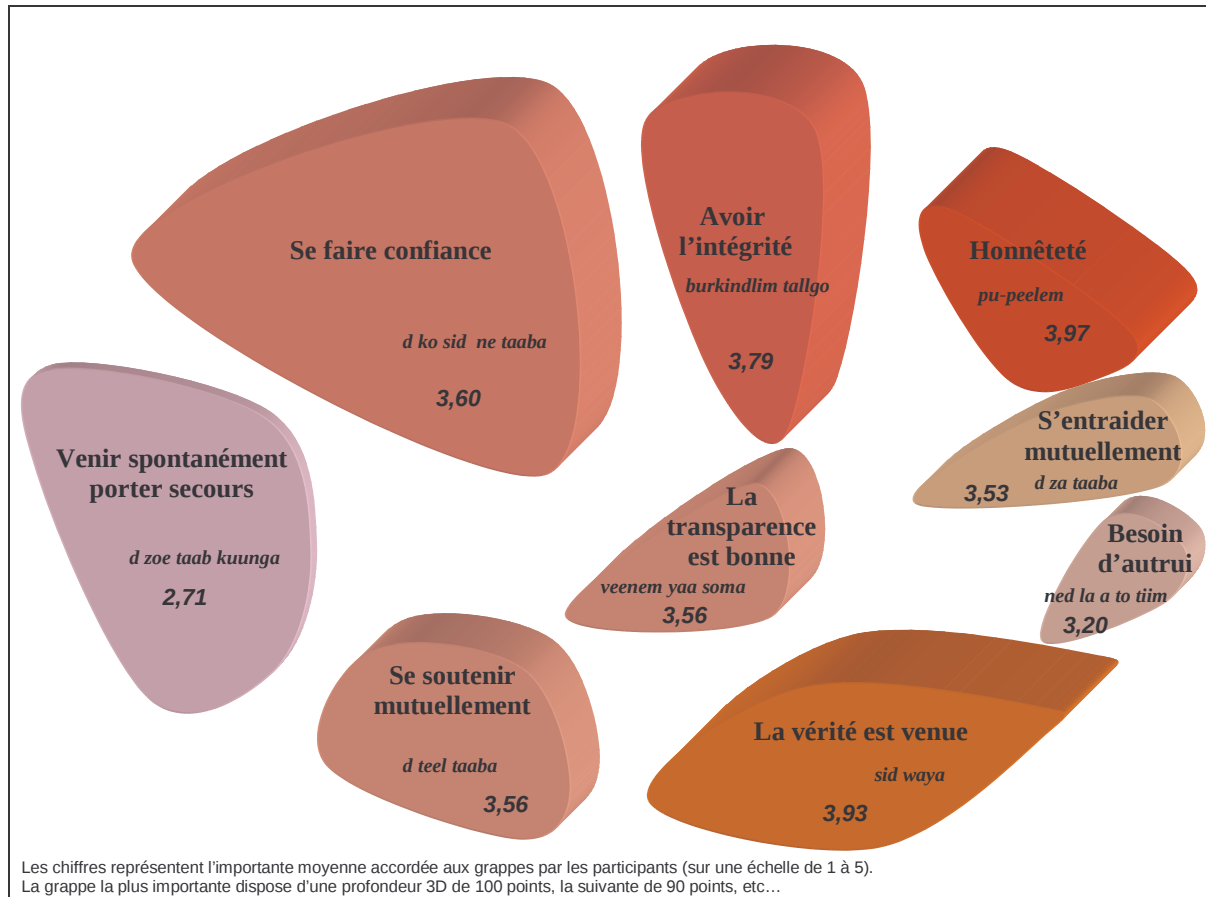
Dans le contexte de cette étude, les membres des comités de gestion des dispensaires sont classés au sein du groupe des intéressés, car ils connaissent relativement bien les politiques mais, contrairement aux agents, ils ne sont pas situés dans l'appareil gouvernemental (tableau 1). Les participants ont exprimé au total 59 énoncés différents. À la suite de l'analyse des énoncés individuellement produits puis ordonnés, il nous semble important de retenir que l'accent est particulièrement mis par les participants sur l'honnêteté, la vérité et la transparence, autant de termes opposés à la corruption ou au détournement de l'aide. L'action politique représente, si elle répond évidemment à ces qualités requises préalablement, une modalité de la justice sociale. L'État ou le gouvernement, ont un rôle indéniable à jouer selon les paysans. En ce qui concerne la capacité de la société dans son ensemble, d'agir collectivement et de garantir l'équité, il ne semble pas se dégager une perception très claire de l'analyse. D'un côté, la solidarité a été mise en avant tandis que de l'autre on ne semble pas trop croire à l'efficacité de l'action collective. Fait remarquable (parmi d'autres), aucun lien entre la justice sociale et l'amélioration des conditions de vie des sous-groupes de la population habituellement qualifiés de vulnérables (femmes et indigents), si ce n'est les enfants, n'a été établi par les membres des comités de gestion.

L'étiquetage consensuel des grappes pour les ICP fournit des résultats que nous présentons sous une forme graphique (figure 2). Il nous faut signaler que contrairement à

⁶ La pauvreté rurale contribue à 93,9% de la pauvreté nationale en 1998, 92,2% en 2002 (Ministère de l'Economie et du Développement, 2004)

la procédure habituelle, nous avons choisi d'annuler, non pas *a priori* mais dans le feu de l'action, l'activité qui consiste à changer les énoncés de grappe en grappe à la fin de la seconde journée. La manière dont l'exercice s'était déroulé nous paraissait suffisamment exigeant pour ne pas solliciter davantage les participants en fin d'après-midi, au risque d'une certaine stigmatisation si la tâche n'était pas bien effectuée.

Figure 2. La cartographie de concepts et la notion de justice sociale selon les membres des COGES (n=6)



Source : cartographie conceptuelle

Cette cartographie caractérisée par neuf concepts différents exprimant la notion de justice sociale apparaît comme séparée en deux entités : l'une concernant des valeurs, l'autre relevant plutôt de l'action.

Lorsque l'on se contente d'analyser les concepts ayant obtenu les scores les plus importants après avoir appliqué les analyses statistiques et ayant été étiquetés par les participants, *l'honnêteté* et *la vérité* émergent largement, *l'intégrité*, en tant que catégorie placée à la troisième place, reste très proche du point de vue de l'importance. Mais si l'on ajoute à ces trois concepts les deux suivants par ordre décroissant d'importance, soit *se faire confiance* et *la transparence est bonne*, il nous semble déceler une entité conceptuelle très clairement orientée vers la même direction, soit celle des valeurs. Ces cinq concepts sont géographiquement assez proches sur la cartographie (figure 2), et l'on remarque une forme en T où les trois catégories du haut de la carte expriment une même idée. Ces cinq concepts seraient les valeurs fondamentales de la justice sociale pour les membres des COGES. Si dans leurs énoncés définitifs, les paysans n'ont pas cherché à relier ces dénominations à des individus ou des groupes ou encore à des organisations, on peut

concevoir, en étudiant de plus près les énoncés des grappes, que ces valeurs concernent tous ces concepts. Le respect de ces valeurs pour une plus grande justice sociale s'applique aussi bien aux communs des mortels (*ne pas se tromper l'un l'autre*) qu'aux responsables politiques (*que les politiciens évitent la démagogie*), aux fonctionnaires (*que les forces de l'ordre travaillent comme il se doit*) ou encore à l'État et ses institutions (*une justice transparente et indépendante*) ou à d'autres organisations (*diriger les activités avec transparence*). Les organisations d'aide au développement ne sont pas directement nommées par rapport au respect de ces valeurs, et on ne sait pas si la problématique du détournement de l'aide évoquée par les membres des COGES les concerne.

La seconde entité au sein de laquelle il nous paraît possible de regrouper les quatre autres concepts fait ressortir l'action comme composante clé de la justice sociale. Pour les paysans membres des comités de gestion, la justice sociale est une double notion : d'un côté les valeurs et de l'autre les actions. C'est par l'intermédiaire de l'intervention que l'on est en mesure, nous disent-ils, d'atteindre un certain niveau de justice sociale. Ce qui est intéressant dans les étiquettes attribuées par les participants est que ces actions paraissent avant tout relever de considérations collectives. Ainsi, il faut se *soutenir mutuellement* et *s'entraider mutuellement*. Puis, dans la même idée, les deux concepts désignant l'action, les moins bien classés en ordre d'importance, sont ceux que nous pouvons relier à des comportements plus individuels. Nous pouvons donc établir qu'*avoir besoin d'autrui* (c'est-à-dire de quelqu'un) ou *venir spontanément porter secours* à des individus paraît représenter le moins d'importance pour les membres des COGES dans la définition conceptuelle de la justice sociale. Si ces ordres d'importance sont à considérer, il ne faut pas oublier que cette cartographie doit aussi être lue selon une vision globale, prenant en compte l'étendue des concepts pour comprendre la perspective émique de l'équité. En outre, il faut ajouter que le dernier concept par ordre d'importance a aussi été celui dont l'indice de dispersion a été le plus grand. Pour le dire autrement, c'est aussi le concept recueillant le moins de consensus au sein des participants quant à l'affectation des énoncés à ce dernier. L'énoncé, et cela ne nous étonnera guère compte tenu de ce que nous avons dit plus haut, obtenant le score parfait de désaccord (1.00) à propos de sa localisation dans une catégorie ou une autre, est celui visant l'*aide aux plus nécessiteux*. Il est en quelque sorte apparu comme un intrus pour les participants ne sachant s'il relève de valeurs ou de l'action ou tout simplement... de la justice sociale.

Somme toute, deux grands domaines conceptuels paraissent se dégager de l'analyse. D'un côté les participants mettent l'accent sur l'importance des valeurs, qui, souvent, sont très liées à une entreprise collective. De l'autre côté, ou plutôt de chaque côté de la figure, il est question d'action et de processus de changement nécessaire pour atteindre la justice sociale.

DISCUSSION

L'un des avantages d'avoir employé la même technique statistique et visuelle pour recueillir le point de vue des agents et des intéressés concernant le concept d'équité réside dans le fait qu'une comparaison entre les deux groupes est possible. C'est une tentative qui n'a pas encore été suffisamment explorée selon les concepteurs de la technique

(Jackson et Trochim, 2002). Cette approche comparative tient lieu de discussion des résultats présentés précédemment. Nous discuterons des éléments convergents et divergents des deux groupes d'acteurs et de certaines particularités. Nous terminons cette section par quelques commentaires sur les limites méthodologiques de notre étude et de la technique employée.

La présence d'éléments communs dans les deux groupes

Tant les agents que les intéressés associent les valeurs d'honnêteté, de justice, d'intégrité ou de transparence à la notion de justice sociale. Les deux groupes n'utilisent pas toujours les mêmes mots, et les membres des comités de gestion paraissent, contrairement à ce que certains auraient pu penser, avoir les mêmes capacités de conceptualisation que les infirmiers. Cependant, ils sont d'accord tous les deux pour mettre l'accent sur l'importance des relations de confiance. Que ce soit dans les relations interpersonnelles, où pourraient se loger les concepts d'honnêteté et d'intégrité, ou dans les relations entre les citoyens et les organisations, quand il s'agit de parler de bonne gouvernance ou de transparence, les valeurs véhiculées par les propos de chacun des deux groupes vont dans le même sens pour qualifier la notion de justice sociale. Les écrits scientifiques traitant du concept de gouvernance sont immenses, et nous ne nous y aventurerons pas. Notons simplement que ce concept, vieux de plus de sept siècles, a surtout été repris, à partir des années 1970, pour mettre en avant les « *revendications démocratiques et les attentes redistributives aux régimes capitalistes occidentaux [...] afin d'assurer un nouveau mode de gestion de l'ordre social* » (Campbell, 2000, p.2). La notion a aussi été largement employée par la Banque mondiale, au début des années 1990, avec un biais culturel et idéologique clair. La gouvernance est définie selon une vision très technique, qui suppose une participation de la société civile, mais dans un objectif utilitariste « *to provide an enabling environment for the private sector* » renvoyant à un « *concept de 'managérialisme populiste'* » (Campbell, 2000, p.7). Ce n'est certainement pas un hasard si le rapport sur le développement humain au Burkina Faso en 2000 portait sur le thème de la gouvernance (PNUD, 2000). Remarquons, toutefois, que les infirmiers ne se sont pas contentés de parler de gouvernance, ils l'ont accompagné d'un adjectif, la *bonne gouvernance*, telle une réverbération de l'un des quatre axes gouvernementaux déterminés pour lutter contre la pauvreté (Ministère de l'économie et du développement, 2003).

Ces perceptions émiques corroborent les données probantes se rapportant aux relations qu'entretient la notion de confiance (et son rôle de soutien à l'action collective) avec la santé individuelle (Evans et Stoddart, 1996; Veenstra, 2002), le système de santé (Birungi, 1998; Gilson, 2003) ou la société dans son ensemble (Rothstein, 2000). Au sein des pays de l'OCDE, Les États ayant adopté un fonctionnement social-démocrate, à l'opposé du fonctionnement libéral, sont caractérisés par une population en meilleure santé, au sens large du terme (Navarro et Shi, 2001; Coburn, 2004). En Afrique, les pays ayant choisi et implanté, dans les faits, la politique des soins de santé primaires ont vu les résultats de santé de leur population s'améliorer (Dugbatey, 1999). Autrement dit, les gouvernements gérés par des partis politiques ayant une plus grande propension à développer des politiques sociales et de redistribution de la richesse ont eu une action bénéfique sur les résultats de santé de leur population. La mise en œuvre d'un système de santé modelé selon les principes néolibéraux, mettant particulièrement l'accent sur la privatisation du

financement et de la fourniture des services, est accompagnée d'une perte de confiance des citoyens envers les institutions sanitaires gouvernementales et de légitimité des professionnels de santé, dont les conséquences, par exemple, sur les pratiques d'injection dans un contexte ougandais d'expansion de la pandémie du sida peuvent être dramatiques (Birungi, 1998). Les effets des réformes sanitaires sous-tendues par ces principes ont aussi provoqué une tension au sein des professionnels de santé, entre, d'une part, la défense de l'intérêt public et, d'autre part, le désir d'accroissement des gains privés, le corollaire étant l'apparition de logiques de patronage, de corruption ou d'individualisme (Green et Collins, 2003). Or, selon Lucy Gilson (2003), un système de santé fondé sur des relations de confiance est en mesure d'apporter une contribution majeure à la construction des valeurs sociales. Les institutions jouent un rôle crucial dans la préservation de l'ordre social, et les données empiriques recueillies lors de la présente recherche démontrent que les agents et les intéressés pensent que c'est effectivement le cas. La relation vécue des paysans et des infirmiers avec les institutions publiques semble déterminer le fait qu'ils demandent plus de confiance et d'intégrité pour que leur société devienne plus juste. À l'heure de la globalisation (et de ses impacts sur la pauvreté et les inégalités de revenus) et de la marchandisation de la santé (Gobatto, 2003), dont les conséquences sont néfastes sur la santé en général et accroissent les inégalités dans ce domaine (Coburn, 2004), les participants nous rappellent à l'ordre. D'une manière très surprenante, les données empiriques relatives au rôle de la confiance corroborent parfaitement les propositions théoriques de certains auteurs. Rothstein (2000), par exemple, différencie la confiance institutionnelle (verticale) de la confiance interpersonnelle (horizontale), idée exprimée par les participants. Cet auteur affirme aussi que la perception historique qu'ont les acteurs sociaux des institutions formelles forge, dans un contexte donné, la confiance que les individus ont de ces institutions. En s'appuyant sur les travaux de Robert Putnam en Italie (Fassin, 2003), il nous explique que c'est la présence de la confiance interpersonnelle qui va, à son tour, susciter la naissance ou le renforcement de la démocratie et de la confiance dans les institutions sociales et politiques. Autrement dit, c'est le double jeu de la confiance verticale et horizontale qui instituera la démocratisation dans la société.

Exactement dans le même ordre d'idées, d'une manière un peu plus explicite chez les agents que chez les membres des comités de santé, la problématique de la corruption et du détournement de l'aide semble être retenue par les participants comme des prolongements de ces valeurs relatives à la confiance. Des énoncés ont été clairement prononcés en ce sens par les deux groupes. Cette expression concernant la corruption n'est évidemment pas surprenante puisque, pour reprendre l'expression de Rothstein (2000), la corruption est un phénomène que l'on pourrait associer au « *social dilemma* » selon lequel la notion de confiance est centrale. À propos de la corruption, le dilemme social peut s'exprimer ainsi : « *je ne vois pas pourquoi je n'utiliserais pas la corruption puisque i) tout le monde le fait, et je serai ainsi la seule personne honnête, et ii) les autorités politiques et administratives sont aussi corrompues* ». Cette double perspective (horizontale et verticale) renvoie aux notions de confiance interpersonnelle et institutionnelle. Ainsi, « *the more we think that people are corrupt, the more people will be corrupt* » (p. 479) et le *statu quo* se reproduit à l'infini. Si la corruption est constituée de deux faces, l'une publique et qualifiée d'illégale, et l'autre enchâssée dans les pratiques sociales et légitimée (Blundo et Olivier de Sardan, 2000), les participants à cette recherche mettent en avant la première pour qualifier la notion de justice sociale. Autrement dit, la justice sociale nécessite un respect de ces valeurs, qui se concrétise notamment par de saines relations entre les administrés et leur gouvernement

ainsi que par une juste implantation des programmes d'aide au développement. Car la corruption n'est qu'un objet d'étude pour rendre intelligible, entre autres choses, « *l'ensemble du fonctionnement (ou plutôt du dysfonctionnement) de l'État* » (Blundo et Olivier de Sardan, 2000, p. 23).

Agents et intéressés se tournent tous les deux vers la collectivité pour exprimer sa capacité à rendre le monde plus juste. Bien que l'entité collective soit différente selon le groupe interrogé, les agents faisant plus appel à l'État et les membres des COGES à la communauté (nous y revenons dans les divergences), ils croient, les uns comme les autres, que la collectivité peut être le garant, dans ses actions, de la justice sociale. Même les infirmiers, formés dans « le moule » d'Alma-Ata et de l'importance de la « participation communautaire » dans les politiques de santé, indiquent que la communauté et ses interventions qualifient la justice sociale. Mais l'État dont les infirmiers nous parlent n'est certainement pas celui qui « *renvoie dans les représentations collectives, aux possibilités de capture des ressources* » (Laurent, 2000, p.7). Cela ne veut pas dire que de telles représentations ne se conjuguent pas en moore, mais nous pensons que la vision véhiculée par ces agents de l'État pour qualifier la justice sociale est différente. Cependant, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer si l'expression concernant l'État utilisée lors de l'application de la cartographie conceptuelle est valide et sincère, ou si elle est du ressort de « *« l'image officielle » qu'il convient d'afficher à l'adresse de partenaires occidentaux* » (Laurent, 2000, p. 7). Le fait que les intéressés, des paysans, ne font pas référence à l'État traduit certainement l'absence d'espace public en Afrique (Olivier de Sardan, 2000a ; Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002) ainsi que de tradition de la « chose publique » pour reprendre les mots exprimés à deux reprises par les infirmiers. Dit avec d'autres mots, « *L'État burkinabè est apparu comme un élément étranger dans le corps social* » (PNUD, 2000, p.141). La multiplication et le détournement des projets d'aide au développement au Burkina Faso, constatés par certains anthropologues (par.ex. Laurent, 1998b) et mis en avant par les participants à la recherche, sont certainement un frein pour accélérer le processus d'édification de l'État (Olivier de Sardan, 1999). Néanmoins, l'indication que la collectivité peut être capable d'apporter la justice sociale peut s'analyser au regard de la société mossi. En effet, il semble que les caractéristiques propres à ce groupe social auraient pu lui permettre, sans l'arrivée de la colonisation française, de construire un État-nation. L'État actuel s'est édifié, par la volonté de ces colonisateurs, en s'appuyant sur la structuration sociale des Mossi (PNUD, 2000).

L'absence d'éléments communs dans les deux groupes

À l'inverse de ces convergences de points de vue présents dans les deux exercices cartographiques, certains éléments sont complètement absents de la notion de justice sociale simultanément pour les deux groupes d'acteurs. Il est fort intéressant d'en rendre compte.

Malgré le fait que la « *justice est bonne pour notre santé* » (Daniels, Kennedy et al., 1999), l'état de santé et, plus largement, le bien-être des individus ne sont aucunement proposés comme attributs de la justice sociale. Que le processus social et la politique nationale aboutissent à des résultats de santé différents entre les sous-groupes de la population burkinabè ne relève donc pas des catégories qualifiant la justice sociale. Autrement dit, la réduction des inégalités de santé ou même l'augmentation du bien-être collectif ne font

pas partie des justes préoccupations des agents et des intéressés. La santé n'a été évoquée qu'à une seule reprise dans la cartographie, en tant que catégorie, chez les infirmiers ; un seul infirmier (ICP7) a étiqueté une catégorie avec le mot santé en l'associant à l'éducation, et un seul énoncé a été produit en ce sens (n°2). Si les infirmiers, acteurs principaux du système de santé, sont les seuls à avoir un tant soit peu parlé de la santé, agents et intéressés sont d'accord pour ne pas juger nécessaire de lier les résultats concernant l'état de santé avec la notion de justice sociale. De surcroît, il faut retenir de l'usage de la santé par les infirmiers le fait que ces derniers soient préoccupés, pour qualifier la justice sociale, uniquement par le processus (système de santé) et non pas par les résultats (état de santé). Pour qu'il y ait justice sociale, il faut que l'accès aux soins soit équitable.

La seconde caractéristique commune absente au sein des réflexions de nos deux groupes est l'intérêt, dans le sens de la justice sociale, d'agir pour certains sous-groupes de la population (femmes, indigents ou encore diplômés-chômeurs). Agir en faveur des « plus nécessiteux » a été envoyé dans les oubliettes du classement par les membres des COGES (57^{ème} sur 59). Agir en faveur de *l'empowerment* des femmes (52% de la population) n'a pas été plébiscité par ces hommes pour caractériser la justice sociale. Le groupe des intéressés, tous des villageois mâles, n'a même pas mentionné à une seule reprise les femmes. Quant aux agents, cette question n'a retenu leur attention qu'à trois reprises. Ils ont mis ces trois énoncés (sur 80) dans la catégorie d'importance la plus faible, et les femmes (52% de la société !) ont disparu des regroupements individuels ou collectifs. Dans le même ordre d'idées, on remarque l'absence du sous-groupe de la population le plus pauvre du pays, les indigents. Il ne s'agit pas là de contester les relations établies par les infirmiers et plus accessoirement les membres des COGES entre la réduction de la pauvreté et la justice sociale. Mais nous voulons plutôt attirer l'attention sur le fait que la vision des participants est englobante. Autrement dit, c'est des pauvres en général dont il est question pour caractériser la justice sociale, et non pas des plus pauvres, les indigents en particulier. Nous avons argumenté dans une autre recherche au Burkina (Ridde et Girard, 2004), dans un contexte social très proche de celui de cette étude, que la population était clairement en mesure de percevoir des strates de pauvreté et que la phrase « *nous sommes tous pauvres* » ne tient pas longtemps aux demandes de précisions. S'ils reconnaissent donc qu'il existe des indigents, l'amélioration de leur condition de vie ou *in fine* de leur état de santé n'est pas retenu par les agents et les intéressés pour qualifier la notion de justice sociale. La justice sociale doit donc être utile, selon les participants, pour améliorer la situation de tous et non pas de sous-groupes de la population, pas plus les femmes que les indigents.

De quelques divergences

Bien que les agents et les intéressés nous disent, tous les deux, que l'action collective peut être le garant de la justice sociale, l'organisation ou l'institution qui en serait responsable n'est pas de même nature selon les deux groupes d'acteurs. Pour les agents, membres de la fonction publique, l'État est appelé à jouer un rôle important. Le mot n'est pas explicitement mentionné, mais il est implicitement désigné pour atteindre la justice sociale selon les infirmiers. La bonne gouvernance, la justice, la sécurité et même la gestion des ressources incombent à l'État. D'un autre côté, les membres des COGES,

tous des villageois du milieu rural, ne semblent pas vouloir impliquer l'État pour garantir la justice sociale. Ils croient plus à l'organisation et à la solidarité communautaire ainsi qu'aux relations interpersonnelles comme quelques-uns des fondements de la justice sociale. Contrairement aux infirmiers, les paysans gestionnaires des CSPS s'incluent plus aisément dans les acteurs pouvant œuvrer en faveur de la justice sociale. Ils insistent aussi sur le rôle des hommes politiques (on ne parle évidemment pas des femmes politiques). Mais c'est de leurs relations individuelles avec ces derniers dont il est question et non pas des relations avec des représentants de l'État. La politique est comprise comme une activité très personnalisée. Lorsque les agents évoquent la notion de participation communautaire, c'est en référence au processus de prises de décision du niveau central. Ils souhaiteraient que les préoccupations périphériques soient mieux prises en compte et expriment l'idée de l'importance de concrétiser le processus de décentralisation. Le point de vue des intéressés, quant à la place de l'État, est à mettre en perspective avec le processus de construction de celui-ci dans une Afrique contemporaine en pleine mutation, où l'espace public n'est pas encore à l'ordre du jour (Olivier de Sardan, 2000a).

Les mots employés par les uns et les autres sont également intéressants à étudier et montrent en partie que le clivage social peut subsister dans cette région du Burkina. Les infirmiers, avec les instituteurs ou les préfets, sont souvent les rares intellectuels des villages où ils travaillent. Ils ne sont pas des universitaires, mais ils ont, malgré tout, réalisé trois années d'études après le baccalauréat. L'étude attentive des résultats de la cartographie explique que les agents ont choisi d'utiliser des mots initiés par les « développeurs » pour nommer des concepts. Ils se comportent ainsi selon la logique du discours (Ridde, à paraître) : des termes comme bonne gouvernance, lutte contre la pauvreté, droits humains ou encore participation communautaire sont des termes consacrés dans le milieu du développement international. Les projets actuels menés par la Banque mondiale, qui font suite à des programmes d'ajustement structurel, usent largement de ce vocabulaire (Sogge, 2003). Mais il faut tout de suite souligner le peu de lien entre la justice sociale et ces concepts employés par la Banque mondiale.

La Banque cherche à circonscrire le politique, pour reprendre une expression de Béatrice Hibou (1998). Le concept de gouvernance pour la Banque mondiale est associé dans ses écrits (Banque mondiale, 1993; de Beyer, Preker et al., 2000) et dans ses discours (Hibou, 1998) à une nouvelle définition du rôle de l'État, ou plutôt, dirions-nous, à l'affaiblissement de celui-ci. Nous pouvons qualifier les infirmiers de « *street level workers* », jouant le rôle d'interface entre les utilisateurs et l'État, le concept même d'État étant sous-jacent à leurs discours, contrairement à ceux des paysans. Ces infirmiers se retrouvent en quelque sorte être les fonctionnaires prolongeant la création coloniale de la bureaucratie, et quelques-uns de ses traits inventés comme le despotisme, le « privilégisme » et l'importance des intermédiaires (Olivier de Sardan, 2002). Les mots employés par les infirmiers montrent combien le jargon exporté par les institutions de Bretton Woods est « internalisé », pour reprendre les mots de Long (1994), par les acteurs sociaux africains. Cela étant dit, si ce vocabulaire paraît intégré par les fonctionnaires d'interface, l'idéologie sous-jacente au discours de ces institutions ne semble pas, quant à elle, s'être incorporée dans les schèmes de pensée. Cependant, nous ne voulons pas affirmer, par exemple, que la croyance en l'importance symbolique de demander aux usagers de payer les soins de santé lors de l'utilisation des services n'est pas acquise. L'intitulé d'un regroupement de 22 énoncés faits par un infirmier (ICP 9), ainsi qu'un

énoncé (n° 33) classé d'importance moyenne par les membres des COGES, paraissent être des échos de la définition de l'équité (voir plus haut), selon un dictionnaire connu : « *l'équité consiste à mettre chacun sur un pied d'égalité* » (Robert, 1996). Cependant, les deux phrases se contredisent puisque celle de l'infirmier exprime un souhait « *que, socialement, tout le monde soit sur le même pied d'égalité* » et celle des intéressés un fait « *que tout le monde sache que nous sommes sur le même pied d'égalité* ». L'infirmier veut donc dire que la justice sociale est le processus permettant d'atteindre l'égalité (sociale) actuellement absente alors que les paysans affirment que cette égalité est, d'ores et déjà, présente dans la société burkinabè. D'abord, il nous semble important de relativiser cette contradiction puisqu'un seul infirmier a nommé une catégorie avec ces propos et que cela n'a pas été repris par le groupe. Ensuite, on ne peut qu'être surpris de l'expression d'égalité sociale exprimée par les paysans burkinabè. Certes, cet énoncé a obtenu un score d'importance juste en dessous de la moyenne et n'a pas non plus été retenu collectivement comme étiquette conceptuelle de la justice sociale. Cependant, lorsque l'on connaît l'ampleur des inégalités sociales dans ce pays (Gwatkin, Rustein et al., 2000), on s'étonne de ce constat, s'expliquant peut-être par le fait que l'horizon des paysans est d'abord celui du village.. Encore une fois, l'idée générale qui semble sous-tendre ces expressions est qu'il faut traiter tout le monde de la même manière, sans prendre en considération les différences entre certains sous-groupes de la population. La perspective émique du concept de justice sociale est donc liée à un processus égalitaire plutôt qu'équitable.

De certaines particularités

Nous avons déjà discuté de la différence de préoccupation entre l'équité d'accès aux soins (processus) et l'équité de l'état de santé des populations (résultats). Nous souhaitons ici juste souligner que l'accès équitable aux soins de santé de même que la mise en place d'une sécurité sociale n'ont été soulignés comme caractéristiques de la justice sociale que par les agents. L'accès aux médicaments a été mentionné par les intéressés mais uniquement dans un énoncé, oublié ensuite dans les regroupements individuels et collectifs. Cela n'est pas trop surprenant, d'abord, parce que les agents sont, tels que définis dans notre cadre conceptuel, des fonctionnaires de l'État, infirmiers de surcroît. Puisqu'ils sont des *street level workers*, ils vivent au quotidien les problèmes liés à l'accès aux soins. Améliorer cet accès aux soins constitue donc une requête capitale pour plus de justice sociale et pour faire en sorte que les dilemmes éthiques à ce propos, bien connus des cliniciens (au Burkina, ce sont les infirmiers qui prescrivent), soient un tant soit peu résolus. Pour les paysans, l'accès aux soins n'est pas toujours l'urgence et la plus importante priorité de leur vie. Dans une enquête réalisée en 2000, seulement 13% des ménages interrogés avançaient avoir un membre de leur famille en mauvaise santé (Haddad, Nougara et al., 2004). De plus, comme c'est souvent le cas dans les économies de subsistance, les ménages ne consacrent qu'une faible partie de leurs dépenses au domaine de la santé, à peine plus de 10% pour les ménages ruraux, alors qu'ils dépensent près de 65% pour leur alimentation. Les difficultés alimentaires sont les premiers déterminants de la pauvreté avant l'emploi et la santé, d'après un rapport du (ministère de l'Economie et du Développement, 2004). Rappelons que la prévalence de la malnutrition modérée est de 32,7% pour les enfants, ce pourcentage étant 1,6 fois plus important pour les ménages du quintile le plus pauvre que pour ceux du quintile le plus riche, et plus élevé en milieu rural

qu'en milieu urbain (Gwatkin, Rustein et al., 2000). Ainsi, dans une situation d'extrême pauvreté, les membres des comités de gestion ne mettent pas l'accent sur l'accès à la santé.

Les infirmiers ont fait des liens entre la justice sociale et une politique publique de santé : les soins de santé primaires (SSP). Ce n'est pas l'Initiative de Bamako qui a été convoquée à la table de la justice sociale mais bien les SSP, ce qui pourrait donner une certaine indication de la perception qu'ont les infirmiers de la politique d'Alma Ata. Cela ne veut évidemment pas dire que, dans les faits, cette politique soit équitable. Mais associer la mise « *en application [de] toutes les composantes des SSP* » à la justice sociale et lui réserver une importance relativement grande (15^{ème} sur 80) pourrait témoigner de la compréhension que les infirmiers ont eu des SSP. Serait-ce forcer le trait que de dire que le corollaire de cette analyse pourrait mettre en avant que, au contraire des SSP, les récentes politiques de santé — telle que l'initiative de Bamako — ne sont absolument pas associées à la justice sociale ? Les réflexions de certains auteurs à propos de l'association de la justice sociale de type égalitaire à la politique des SSP et non de l'initiative de Bamako (Tizio, 1998) pourraient valider notre perception générale d'une mobilisation plus égalitaire que rawlsienne, le fameux principe de la différence nécessitant d'agir prioritairement en faveur des plus déshérités. .

De quelques limites méthodologiques

Avant de revenir dans la conclusion sur les enseignements essentiels de ce double exercice cartographique, précisons quelques-unes de ses limites méthodologiques. Pour limiter certains biais et notamment ceux liés à notre statut d'observateur étranger, nous avons prolongé notre séjour sur le terrain pendant sept mois⁷. Cette période relativement longue pour produire une thèse de santé communautaire a permis, en partie, de réduire « *les perturbations induites par [notre] présence* » (Olivier de Sardan, 1995, p.77) et d'accroître nos chances que « *la recherche [puisse] faire surgir les réalités qu'elle entend enregistrer* » (Bourdieu, 1993, p.1410). Ajoutons qu'il s'agissait de notre seconde étude dans ce pays.

En ce qui concerne le caractère transférable de nos conclusions, il faut affirmer que l'exploitation des données issues des cartographies conceptuelles ne doit en aucun cas nous servir à généraliser les résultats à l'ensemble des habitants de la région de l'étude et encore moins à ceux du pays dans son ensemble. Rappelons, par exemple, que nous n'avons interrogé que des hommes. Il était évidemment hors de notre portée de chercher une saturation de l'information, quelle soit de nature théorique (sur le concept de justice sociale) ou empirique (sur l'ampleur des données) (Pires, 1997). L'objectif principal de cette collecte de données et des analyses subséquentes est de nous fournir une indication des perspectives émiques du concept de justice sociale pour des groupes donnés, et uniquement cela. Notre recherche n'est pas centrée uniquement sur la justice sociale. Elle se veut une étude sur la mise en œuvre des politiques de santé au sein desquelles les

⁷ Les résultats de cette recherche ont été partagés et discutés à plusieurs reprises : lors de deux conférences scientifiques dont l'une a bénéficié de la présence d'un membre de l'Association burkinabé de santé publique ; ensuite 14 mois après notre départ du terrain, deux ateliers ont été réalisés au Burkina Faso devant une trentaine de personnes concernées par la problématique étudiée. Leurs remarques et questions ont été utiles pour remettre en cause ou approfondir nos interprétations.

valeurs sociales occupent une place, certes prépondérante, mais pas exclusive. La complexité de l'objet étudié (l'équité et la mise en œuvre des politiques de santé) nécessite pour son analyse une approche plus large. La compréhension des valeurs n'est qu'un des neuf éléments importants pour rendre intelligible le fait que la situation d'exclusion de l'accès aux soins des indigents n'a pas été perçue comme un problème public, suivant ainsi les propositions théoriques de Rochefort et Cobb (1994). Notre analyse modeste de la notion de justice sociale s'inscrit dans cet impératif théorique plus vaste et dépend des ressources dévolues à une recherche doctorale.

Il faut maintenant dire quelques mots sur les limites méthodologiques soulevées par l'utilisation d'une technique de collecte de données qui repose sur des énoncés produits en réponse à une seule question posée aux participants. Cette question se pose habituellement plus aux experts des méthodes quantitatives⁸ usant de questionnaires standardisés — « *if one question works, why ask several?* » s'interroge Anne Bowling (2005) — qu'à ceux empruntant une démarche socio-anthropologique qui suppose l'analyse de données essentiellement qualitatives. Or, contrairement à la plupart des techniques qualitatives employées pour rendre compte du point de vue des acteurs, la présente technique cartographique ne permet aucune marge de manœuvre à l'égard de l'interrogation. Cela n'est pas habituel pour les utilisateurs d'une telle approche car le plus souvent, les chercheurs ont une certaine liberté et beaucoup de souplesse lors de leurs interactions avec les participants. Par conséquent, le choix de la question, unique et définitive⁹, est stratégique. Ce qui est singulièrement vrai dans notre cas où la phrase a été traduite. « *Le couple à trois (chercheur-interprète-informateur) ne transforme pas la situation ethnologique en vaudeville mais en une source possible de compromis, de cachotteries, ou évidemment de quiproquos* » (Copans et Singly, 1998, p.67).

Concernant la traduction, pour les infirmiers, il n'y a pas eu de problème puisque la question a été posée en français. Mais pour les responsables de COGES, il en a été tout autrement. Il s'est trouvé que la traduction de la question relative à la justice sociale posée aux paysans par les quatre experts locaux renvoyait à la manière dont les êtres humains interagissent entre eux : « *ne pas piétiner les autres* ». Bien que cette traduction ait indubitablement orienté les discours vers les relations sociales, nous pensons que, dans le contexte de cette recherche, cette phrase apparaît comme triplement pertinente pour les raisons suivantes :

Cette traduction a été comprise, dans le contexte où elle a été conçue et au moment où elle a été produite, comme étant l'expression la plus proche de la notion de justice sociale selon ces experts locaux s'efforçant de transposer une idée exprimée en langue française en une phrase compréhensible en moore. Aussi, nous n'avons pas de raison particulière de penser que la phrase proposée par ces quatre personnes est moins (im)parfaite que d'autres tentatives de traduction. Cependant, oser cette traduction était assurément un

⁸ La cartographie nécessite également des analyses quantitatives sophistiquées. De nombreuses discussions ont actuellement cours sur les enjeux méthodologiques liés à ces analyses mais nous croyons qu'elles dépassent largement l'intérêt des lecteurs du présent document. Avec quelques collègues d'Europe et du Canada, nous préparons un numéro spécial d'une revue sur la question.

⁹ Limite évoquée par d'autres ayant employé la technique (Wheeler, Anderson et al., 2005)

pari et impliquait une aventure semée d'embûches. Comme pour Fassin (2005) analysant les constructions de l'intolérable dans les sociétés dites traditionnelles où le mot « intolérable » n'existe pas, nous avons sans aucun doute pris « *un risque épistémologique particulier* » car « *l'abstraction de la notion utilisée et son importation depuis un univers étranger impliquent une part d'interprétation importante* » (p. 22). Les sources d'erreurs d'interprétations par le chercheur sont de toute façon relativement réduites dans la technique de cartographie du fait que les participants jouent un rôle certain dans l'analyse des données, notamment lorsqu'ils nomment les grappes constituées à la suite des traitements statistiques. C'est un des avantages de cette technique qui offre la possibilité aux acteurs eux-mêmes d'utiliser le vocabulaire qui leur convient (Trochim, 1989; Burke, O'Campo et al., 2005). Evidemment, les mots employés ne sont pas neutres. Ils sont enchâssés dans des structures sociales et dénotent des schèmes de pensée et des processus « d'internalisation » . À propos de la traduction, d'autres avant nous ont tenté de traduire en moore la notion de justice sociale et, faute d'expression satisfaisante, ont décidé de surseoir à la traduction et de contourner le problème en ayant recours à des questionnements opérationnels (Nikiéma, Haddad et al., 2004), tel que nous l'avons fait dans les groupes de discussion avec les particuliers (Ridde 2005). Gageons que cette prise de risque sera éventuellement utile à d'autres chercheurs pour fournir une meilleure traduction, s'il en est besoin.

Les paysans ont été mis au courant, lors du démarrage de l'exercice de cartographie, de cette difficulté de traduction par les quatre traducteurs. Les participants connaissaient donc la question posée en français au groupe des infirmiers et ils la saisissaient car s'ils ne sont pas alphabétisés dans cette langue, ils la comprennent suffisamment pour avoir perçu cette gageure. Mais il fallait la leur poser en moore pour faciliter le débat et les échanges.

Nous croyons qu'il est possible, à partir de discours produits sur la nature des relations sociales, d'inférer sur ce que la justice sociale représente pour les participants. Pour Sen (2000), « *les normes et les notions liées à la justice déterminent les comportements* » (p.272), les comportements humains sont donc liés à la justice. La manière dont nous interagissons les uns avec les autres, dont les uns piétinent les autres, ou dont, par exemple, nous considérons les sous-groupes de la population ne témoigne-t-elle pas de notre conception de la justice sociale ? Le fait que personne ne semble vouloir favoriser certains sous-groupes au détriment d'autres (selon le principe du holisme et de la hiérarchie mis en évidence par Louis Dumont (1985)) donne une certaine indication de la conception de la justice sociale. Les relations sociales ne forment évidemment pas la seule caractéristique de la justice sociale, mais selon le contexte de cette étude et l'obligation que nous avons, pour l'usage de la technique de cartographie de trouver une traduction dans la langue pratiquée par les participants, il s'agissait du choix le plus pertinent, au sens de *responsiveness*. Il faut cependant convenir que, telle que posée en moore, la question pouvait induire la réflexion des participants plus vers la justice procédurale (répartition des moyens) que distributive (répartition des fins). Cela pourrait, par exemple, être une piste d'explication à l'absence de considération pour l'état de santé dans les énoncés produits par les paysans pour qualifier la justice sociale, absence tempérée néanmoins par le fait que les infirmiers n'en n'ont pas non plus parlé (voir plus haut).

Face à ces quelques limites, nous avons cru essentiel d'avoir recours à la technique des groupes de discussion (Krueger, 1994). L'utilisation de cet outil de collecte de données n'était pas à l'origine prévue dans le protocole de recherche. Nous l'avons employé essentiellement pour deux raisons :

La première raison concerne la technique et ses limites lorsqu'il s'agit d'étudier en profondeur un sujet complexe que celui de la justice sociale. Bien que nous pensions que les exercices de cartographie conceptuelle auprès des seuls agents et intéressés seraient suffisants pour appréhender la notion de justice sociale, nous avons constaté que tel n'était pas le cas. Aussi, à la suite du premier exercice de cartographie en français avec les infirmiers, nous avons éprouvé le besoin d'aller plus en profondeur et de permettre aux acteurs sociaux de parler plus longuement de leur conception de l'équité. Si la cartographie conceptuelle offre certains avantages pour l'analyse des données par rapport aux entrevues individuelles (notamment à l'égard des problèmes de codification (Jackson et Trochim, 2002)), la triangulation des données par l'emploi complémentaire de méthodes qualitatives est une solution parfois retenue par les chercheurs employant la cartographie (Southern, Batterham et al., 1999).

La seconde raison, qui est finalement un aspect positif tiré de cette limite méthodologique, concerne l'objet même de la recherche sur l'équité et les politiques de santé. L'importance de la question des valeurs entourant la mise en œuvre des politiques de santé a été, non pas révélée puisque nous avions prévu de l'étudier, mais accentuée à la suite des exercices cartographiques. Cette technique a permis de nous rendre véritablement compte de l'importance cruciale qu'il fallait accorder aux valeurs et aux conceptions locales de la justice sociale. Les résultats préliminaires ont montré que les valeurs apportaient une piste d'explication *a priori* très pertinente de la mise à l'écart des indigents dans l'organisation du système de santé. Aussi, il nous fallait ne pas nous contenter uniquement du point de vue des agents et des intéressés mais aussi, interroger les particuliers¹⁰. Cependant, pour les raisons concernant l'usage de l'écriture, mais également à cause de la limite méthodologique soulignées précédemment, nous avons décidé de ne pas employer la cartographie conceptuelle pour la catégorie des particuliers. Nous avons adopté la technique des groupes de discussion focalisée (*focus group*). Certaines questions posées ont été choisies de telle sorte que les réponses permettaient de comprendre la nature de la théorie de la justice mobilisée. Par exemple, les participants ont été mis devant une étude de cas où il fallait procéder à un partage d'une donation de mil dans le village. De plus, pour contrecarrer le problème déjà évoqué de la traduction de la notion de justice sociale, son opérationnalisation lors de ces entrevues de groupe s'est opérée à l'aide de questions ouvertes centrées sur les inégalités sociales et de santé. Tel que nous l'avons déjà argumenté au début de document, l'absence de justice sociale dans une société donnée implique la création d'inégalités sociales et de santé (Ridde, 2004b). Autrement dit, nous voulions connaître et comprendre les réactions des particuliers à la présence de telles inégalités en faisant référence à la vie quotidienne des villageois. Cela a été une stratégie utile pour mettre au jour le point de vue des acteurs sur la notion de

¹⁰ Face aux difficultés, malgré nos efforts importants, de rencontrer les responsables (ministre...), nous avons étudié leur perception de la justice sociale à travers les documents de politiques publiques. Compte tenu des difficultés inhérentes à ces rencontres, nous avons décidé de centrer les rares entrevues réalisées avec les responsables sur d'autres aspects que celui de la justice sociale.

justice sociale. Par conséquent, quatre groupes de discussion composés de 20 femmes et 21 hommes ont été réunis. Les résultats ont complété ceux issus des cartographies et ont largement confirmé, par cette forme de triangulation des données, les analyses par rapport à la justice sociale et notamment, nous en dirons quelques mots dans la conclusion, du désir farouche de paix sociale.

CONCLUSION

Les données du présent document ainsi que celles présentées en détail ailleurs (Ridde 2005), montrent qu'il se dégage une tendance très nette à propos de la notion de justice sociale sur notre terrain d'enquête. L'orientation générale constatée de la justice distributive paraît proche du modèle égalitaire, ce qui a été déjà mis en évidence chez les Mossi (Fiske, 1990). Au Québec, il semble bien que les acteurs de la santé publique pensent autrement et mettent l'accent sur la vision rawlsienne de la justice sociale lors des interventions (Massé et Saint-Arnaud, 2003). Au Burkina Faso, les acteurs sont plus préoccupés par l'accès aux soins de tous que par celui des plus pauvres et des indigents. La notion de besoin est rarement prise en compte pour porter un jugement sur l'accès aux soins. Si certains sous-groupes de la population attirent l'attention des uns et des autres, ce sont des sous-groupes relativement grands comme les pauvres ou les femmes. Contrairement, par exemple, à la présence d'une discontinuité des notions d'équité entre les « développeurs » et les « développés » lors de l'implantation d'un projet d'une ONG à Kinshasa (De Herdt, 2003), il existe dans notre cas une certaine cohérence conceptuelle entre ces deux groupes d'acteurs. L'égalité de l'accès aux soins pour tous prime sur l'équité d'accès pour certains. La mobilisation du principe de l'équité verticale qui postule un accès différent pour des besoins différents n'est pas envisagée. Pour le dire autrement, en confirmant empiriquement certaines propositions théoriques (Flori et Tizio, 2000), les membres de l'ONG, des COGES ou les agents du système de santé usent de l'équation « efficacité *ergo* équité ». Cela a été montré dans la présente recherche, comme d'autres l'ont fait avant nous ailleurs en Afrique (Gilson, 2000). L'exemple révélateur nous semble être le fait que, dans le travail de cartographie conceptuelle, les agents ont associé à la notion de justice sociale la mise « *en application [de] toutes les composantes des SSP* » (n°15), mais ils n'ont rien dit de l'initiative de Bamako. Dans cette initiative, formulée dans la capitale malienne mais dont l'origine est largement exogène (UNICEF et OMS), est incorporé implicitement la théorie rawlsienne de la justice puisqu'il était recommandé d'organiser des mécanismes d'exemption pour les indigents en finançant cette gratuité pour certains par le paiement demandé à d'autres (principe de l'équité verticale). Si l'on avait exploré les significations de la justice lors de la définition des politiques de santé au Burkina Faso, on se serait peut-être rendu compte que la démarche (globale) implicitement rawlsienne heurtait certaines valeurs (locales) — sans pour autant mettre un frein à toute action — et qu'il était ainsi indispensable de prendre certaines mesures incitatives en faveur de l'équité pour que les actions prévues pour améliorer l'accès aux soins de certains sous-groupes soient tolérées. Aussi, la prise en compte du système dominant des valeurs d'une société doit être consubstantielle à la formulation des politiques publiques.

De plus, d'une manière générale, les acteurs sociaux étudiés dans la présente recherche ne sont pas prêts à compromettre la stabilité et la paix sociale de tous afin d'intervenir en faveur des indigents ou des plus démunis. Dire cela revient à apporter une nouvelle piste d'explication à la préséance irénique de l'égalitarisme. En effet, puisque le système de valeurs (l'idéologie aurait dit Dumont (1985)) en place paraît reposer sur le fait que les individus sont inégaux par nature — « *deux grosses marmites ne se couvrent pas l'une l'autre* » nous a-t-on dit —, reprenant ainsi la thèse rousseauiste, il est bien délicat de vouloir contrer cet état de *fait*. Dans la société traditionnelle Haoussa voisine « *l'inégalité est constitutive de l'ordre social* » (Raynault, 1990, p. 139). Cette stabilité sociale et la recherche du consensus permanent n'incitent pas les personnes concernées à agir spontanément en faveur de certains groupes, au détriment de quelques autres. Cela est d'autant plus vrai que l'idéologie libérale qui prône que chaque individu est « *entrepreneur de lui-même* » (Dubet, 2006) traverse largement les frontières et influence le courant des orientations des politiques du Burkina (Ridde 2005). Cette explication faite à l'aide des cartographies a été largement confirmée par les entrevues de groupe avec les particuliers¹¹. La vision de la société que nous offrent les particuliers, lorsque l'on évoque la justice sociale, est extrêmement hiérarchique, bien organisée et surtout « cimentée ». Tant dans la justification de l'existence des inégalités que dans la réflexion pour trouver la manière de les réduire, la peur de briser le *statu quo* est fortement présente dans le discours de ces ruraux. Les particuliers mis devant un cas concret de partage de sacs de céréales dans le village affirment que la répartition sera égalitaire (une personne = une part) et non en fonction des besoins, car « *le partage non équitable se fait en excluant telle personne sous prétexte qu'elle est nantie* »¹². Ces manières de penser s'expliquent, pourrions-nous résumer, par deux raisons principales. D'abord, la majeure partie sinon la totalité des Burkinabé croit en Dieu, un Dieu « importé » qui participe des religions monothéistes ou encore un Dieu « local », Wende (Savonnet-Guyot, 1986). Selon eux, cette société et les inégalités, telles qu'elles sont aujourd'hui, ont été créées par Dieu, et il n'est pas facilement admis que l'on puisse aller à l'encontre d'un ordre divinement établi. Ensuite, les Mossi, en tous les cas les personnes interrogées, tiennent absolument à la pacification sociale, et cela n'est pas nouveau puisque la société s'est construite sur la pacification sociale, les chefs offrant aux maîtres de la terre les moyens de cette pacification (Izard, 1992; Laurent, 1995). Il faut que les membres de la communauté s'entendent, se respectent, respectent l'organisation sociale et vivent en harmonie. Le conflit est la pire des situations qui puissent être imaginées, comme Hagberg (2001) l'a parfaitement montré pour une autre région du pays. Loin de nous l'idée de penser que cette société burkinabé n'est pas en mutation et que des conflits, notamment de générations, ne surviennent pas. Cependant, ce que nous écrivons ici est une émanation du discours contemporain des paysans ayant participé à

¹¹ Pour des données empiriques, voir (Ridde 2005)

¹² Cette problématique de la répartition et de la prise en compte de l'équité est au cœur des critiques des études coût-efficacité (Farmer et Castro, 2004) qui permettent de sélectionner les actions prioritaires ou les services qui doivent être prioritairement financés dans un contexte de rareté de ressources. Une étude célèbre dans le domaine médical a montré que les participants à une recherche ont rejeté, au nom de l'équité, l'introduction d'une nouvelle technologie médicale sauvant potentiellement 1.1000 vies (plus efficace) car il n'était possible de l'offrir qu'à la moitié de la population. Ils ont préféré choisir la technologie sauvant moins de vies (1.000, moins efficace) mais accessible à toute la population (Ubel, DeKay et al., 1996).

cette recherche. L'usage du terme spontané à propos de l'action en faveur de certains sous-groupes est important, car il ne nous semble pas avoir décelé une rigidité absolue au sein de cette société locale, notamment en ce qui a trait aux inégalités liées au système de santé. Autrement dit, si trop peu d'actions ont été entreprises en faveur de l'accès aux soins des indigents c'est probablement parce que socialement il est difficile d'aller à l'encontre du *statu quo*, tant le système de valeur dominant n'est pas propice à de telles avancées. Effectivement, « *pursuing equity requires swimming against the tide of prevailing forces, who may feel threatened by efforts to achieve a more equitable distribution of society's benefits* » (Braveman, 2003, p.185).

BIBLIOGRAPHIE

- Aïach, P. (1998). "Justice et inégalités sociales de santé." *Santé publique et sciences sociales* 2(2ème semestre): 21-34.
- Badini, A. (1994). *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*. Paris-Ouagadougou, SEPIA-ADDB.
- Banque mondiale (1993). *Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé*, Oxford University Press.
- Birungi, H. (1998). "Injections and self-help : risk and trust in Uganda health care." *Social Science and Medicine* 47(10): 1455-1462.
- Blundo, G. et J.-P. Olivier de Sardan (2000). La corruption comme terrain. Pour une approche socio-anthropologique. *Monnayer les pouvoirs. Espaces, mécanismes et représentation de la corruption*. G. Blundo. Genève-Paris, IUED. 9: 21-46.
- Bourdieu, P. (1993). *La Misère du monde*. Paris, Éditions du Seuil.
- Bowling, A. (2005). "Just one question: If one question works, why ask several?" *J Epidemiol Community Health* 59(5): 342-5.
- Braveman, P. (2003). "Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework." *Journal of Health Population Nutrition* 21(3): 181-192.
- Braveman, P. et S. Gruskin (2003). "Defining equity in health." *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 254-258.
- Burke, J. G., P. O'Campo, G. L. Peak, A. C. Gielen, K. A. McDonnell et W. M. Trochim (2005). "An introduction to concept mapping as a participatory public health research method." *Qual Health Res* 15(10): 1392-410.
- Campbell, B. (2000). "Quel modèle politique est sous-jacent au concept apolitique de Gouvernance ?" *Communication pour la Table ronde, Séminaire d'été du Haut Conseil de la Coopération Internationale « Le développement : pour un débat politique »* Dourdan, France. 29 août 2000 <http://www.ceim.uqam.ca/textes/GouvernanceHCCI.htm> (accès le 4/03/04).
- Carré, H. et H. Zaoual (1998). La dynamique des ONG : une approche interactionniste. *ONG et développement : société, économie, politique*. J.-P. Deler, Y.-A. Fauré, A. Piveteau et P.-J. Roca. Paris, Éditions Karthala: 323-337.
- Coburn, D. (2004). "Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities." *Social Science and Medicine* 58(1): 41-56.
- Copans, J. et F. d. Singly (1998). *L'enquête ethnologique de terrain*. [Paris], Nathan.

- Dagenais, C. et C. Bouchard (2003). "Contribution de la cartographie de concepts à la modélisation des interventions en situation de crise en protection de la jeunesse." *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme* 18(1): 61-84.
- Daguenais, C. et C. Bouchard (1995). *la cartographie de concepts dans le contexte de la modélisation des interventions auprès de familles en crise*. Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale. Université du Québec à Montréal.: 23.
- Daniels, N., B. P. Kennedy et I. Kawachi (1999). "Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities." *Daedalus* 128(4): 215-51.
- de Beyer, J. A., A. S. Preker et R. G. Feachem (2000). "The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership." *Soc Sci Med* 50(2): 169-76.
- De Herdt, T. (2003). "Aide d'urgence et notions locales d'équité : analyse d'un programme d'aide nutritionnelle comme une interface sociale." *Canadian Journal of Development Studies* XXIV(2): 273-287.
- Dubet, F. (2006). "Une société construite sur une méritocratie parfaite serait probablement inégalitaire. Redoutable égalité des chances " *Libération* jeudi 12 janvier 2006.
- Dugbatey, K. (1999). "National health policies : sub-saharan African case studies (1980-1990)." *Social Science and Medicine* 49: 223-239.
- Dumont, L. (1985). *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris, Seuil.
- Evans, R. G. et G. L. Stoddart (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Farmer, P. et A. Castro (2004). Pearls of the Antilles? Public Health in Haïti and Cuba. *Unhealthy health policy : a critical anthropological examination*. A. Castro et M. Singer. Walnut Creek, Calif. ; Toronto, AltaMira Press: 3-28.
- Fassin, D. (2003). "Capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 51(4): 403-13.
- Fassin, D. (2005). L'ordre moral du monde. Essai d'anthropologie de l'intolérable. *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. D. Fassin et P. Bourdelais. Paris, Découverte: 17-50.
- Fiske, A. P. (1990). "Relativity within Moose "Mossi" culture: Four incommensurable models for social relationships." *Ethos* 18: 180-204.
- Flori, Y.-A. et S. Tizio (2000). Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité. *Efficacité versus équité en économie*

- sociale*,. A. Alcouffe, B. Fourcade, J. M. Plassard et G. Tahar. Paris, L'Harmattan. 2: 467-478.
- Gilson, L. (1998). "In defence and pursuit of equity." *Social Science and Medicine* 47(12): 1891-1896.
- Gilson, L. (2000). Readdressing equity : the importance of ethical processes. *Reforming health sectors*. A. Mills. London and New York, Kegan Paul International: 103-122.
- Gilson, L. (2003). "Trust and the development of health care as a social institution." *Soc Sci Med* 56(7): 1453-68.
- Gobatto, I. (2003). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé : circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris, Pessac, Karthala ; Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.
- Green, A. et C. Collins (2003). "Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change." *Int J Health Plann Manage* 18 Suppl 1: S67-78.
- Gwatkin, D., S. Rustein, K. Johnson, R. P. Pande et A. Wagstaff (2000). *Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Burkina Faso*, HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank: 28.
- Habgberg, 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'études africaines* 161: 45-72.
- Haddad, S., A. Nougara et V. Ridde (2004). "Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso." *Santé, Société et Solidarité* 2: 199-210.
- Hibou, B. (1998). *Economie politique du discours de la Banque Mondiale en Afrique sub-saharienne. Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire*. Paris, CERI: 46.
- Izard, M. (1992). *L'odyssée du pouvoir : un royaume africain, État, société, destin individuel*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Jackson, K. et W. M. K. Trochim (2002). "Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses." *Organizational Research Methods* 5(4): 307-336.
- Jaffré, Y., J.-P. Olivier de Sardan, Y. Diallo, A. S. Fall, M. Koné, A. Souley et Y. Touré (2002). *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du 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.*

- Ki-Zerbo, J. et R. Holenstein (2003). *À quand l'Afrique*. La Tour d'Aigues. Genève, Editions de l'aube ; Editions d'en bas.
- Kohler, J. M. (1971). *Activités agricoles et changements sociaux dans l'ouest Mossi*. Paris, ORSTOM.
- Kouanda, A. (1995). La progression de l'islam au Burkina pendant la période coloniale. *La Haute-Volta coloniale*. G. Massa et Y. G. Madiéga. Paris, Karthala: 233-248.
- Krasnik, A. (1996). "The concept of equity in health services research." *Scandinavian Journal of Social Medicine* 24(1): 2-7.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus group, a practical guide for applied research*, Sage Publications.
- Laurent, P.-J. (1995). *Les pouvoirs politiques locaux et la décentralisation au Burkina Faso*. Louvain-la-Neuve, Paris, Academia ;Harmattan.
- Laurent, P.-J. (1996). 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: 166-183.
- Laurent, P.-J. (1998a). "Conversions aux assemblées de Dieu chez les Mossi du Burkina-Faso : modernité et socialité." *Journal des Africanistes* 1-2: 67-97.
- Laurent, P.-J. (1998b). *Une association de développement en pays Mossi, le don comme ruse*. Paris, Karthala.
- Laurent, P.-J. (2000). "Entre ville et campagne : le big man local ou la "gestion coup d'Etat" de l'espace public." *Politique Africaine* 80: ?
- Leighton, C. (1996). "Strategies for achieving health financing reform in Africa." *World Development* 24: 1511-1525.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Massé, R. et J. Saint-Arnaud (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. [Québec], Presses de l'Université Laval.
- Ministère de l'Economie et du Développement (2004). *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*. Ouagadougou: 139.
- Ministère de l'économie et du développement (2003). *Rapport consolidé de mise en oeuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté 200-2003. (Version amendée)*. Ouagadougou, Secrétariat technique pour la coordination des programmes de développement économique et social: 110.

- Mooney, G. (1987). "Qu'est-ce que l'équité en matière de santé." *Rapport trimestriel statistique sanitaire mondial*: 296-303.
- Navarro, V. et L. Shi (2001). "The political context of social inequalities and health." *Soc Sci Med* 52(3): 481-91.
- Nikiéma, B., S. Haddad et L. Potvin (2004). *Équité "populaire" versus équité vue par les experts*. D. Third international conference of The International Society for Equity in Health, June 10-12 2004.
- Nitiéma, A., V. Ridde et J. E. Girard (2003). "L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso." *International Political Science Review* 24(2): 237-256.
- Oliver, A. et E. Mossialos (2004). "Equity of access to health care: outlining the foundations for action." *J Epidemiol Community Health* 58(8): 655-8.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). "La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie." *Enquête* 1: 71-109.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000a). "Dramatique déliquescence des Etats en Afrique." *Le Monde Diplomatique* février 2000: 12-13.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000b). Rendre compte des points de vue des acteurs : principes méthodologiques de l'enquête de terrain en sciences sociales. *Les enquêtes participatives en débat. Ambition, pratiques et enjeux*. P. Lavigne Delville, N.-E. Sellamna et M. Mathieu. Paris, Montpellier, Gret - Karthala - Icara: 419-449.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2002). "Le soignant face au soigné anonyme en Afrique." *Sante publique et sciences sociales* 8 et 9: 90-117.
- Olivier de Sardan, J. P. (1999). "L'espace public introuvable, chefs et projets dans les villages nigériens." *Revue Tiers Monde* 157: 139-167.
- Olsen, J. A. (1997). "Theories of justice and their implications for priority setting in health care." *Journal of Health Economics* 16: 625-639.
- Ouedraogo, J.-B. (1996). "The articulation of the Moose traditional chieftaincies, the modern political system, and the economic development of Kaya region." *Journal of Legal Pluralism* 37-38: 249-261.
- Pacere, T. F. (1979). *Ainsi on a assassiné tous les mossé*. Sherbrooke, QC, Canada, Editions Naaman.
- Peter, F. (2001). "Health equity and social justice." *J Appl Philos* 18(2): 159-70.
- Pires, A. P. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. J. Poupard, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers et al, Gaëtan Morin Editeur: 113-169.

- PNUD (2000). *Rapport sur le développement humain - Burkina Faso. Le rôle de la gouvernance*. Ouagadougou, PNUD: 238.
- Raynault, C. (1990). Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples haoussa au Niger. *Sociétés, développement et santé*. D. Fassin et Y. Jaffré. Paris, ELLIPSES: 136-154.
- Ridde, V. (2004a). "Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique." *Politique et sociétés* 23(2-3): 183-202; <http://www.erudit.org/revue/ps/2004/v23/n2-3/010889ar.html>.
- Ridde, V. (2004b). "Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé." *Recherches Sociographiques* XLV(2): 343-364; accessible à <http://www.erudit.org/revue/rs/2004/v45/n2/index.html>.
- Ridde, V. (2005). *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso. Thèse de Ph. D.* . Université Laval Québec, Canada, <http://www.theses.ulaval.ca/2005/23020/23020.html>. A paraître aux éditions L'Harmattan: 661.
- Ridde, V. (à paraître). Quelques logiques d'acteurs pour comprendre les effets de la mise en œuvre d'une politique de santé au Burkina Faso. *Éthique des rapports nord-sud* G. Verna et F. Piron. Québec, Presses de l'Université Laval.
- Ridde, V. (sous presse). "Une situation, un problème ou un problème public ? L'exclusion des services de santé au Burkina Faso." *Lien social et Politiques* 55 (La santé au risque social - Printemps 2006).
- Ridde, V. et J. E. Girard (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.
- Ridde, V., A. Nitiéma et M. Dadjoari (2005). "Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina Faso." *Cahiers Santé* 15(3): 175-82.
- Ritchie, J. et L. Spenser (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. *Analyzing qualitative data*. A. Bryman et R. G. Burgess. London and New York, Rotledge: 173-194.
- Robert, P. (1996). *Version électronique du nouveau Petit Robert, Disque optique compact CD-ROM version 1.2*.
- Rocheftort, D. A. et R. W. Cobb (1994). Problem Definition : An Emerging Perspective. *The politics of Problem Definition. Shaping the Policy Agenda*. D. A. Rocheftort et R. W. Cobb, University Press of Kansas: 1-31.
- Rothstein, B. (2000). "Trust, social dilemmas and collective memories." *Journal of Theoretical Politics* 12(4): 477-501.

- Savonnet-Guyot, C. (1986). *État et sociétés au Burkina : essai sur le politique africain*. [Paris], Karthala.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris, Odile Jacob.
- Sogge, D. (2003). *Les mirages de l'aide internationale. Quand le calcul l'emporte sur la solidarité*. Paris, Enjeux Planète.
- Southern, D. M., R. W. Batterham, N. J. Appleby, D. Young, D. Dunt et R. Guibert (1999). "The concept mapping method. An alternative to focus group inquiry in general practice." *Aust Fam Physician* 28 Suppl 1: S35-40.
- Standing, H. (2002). "An overview of changing agendas in health sector reforms." *Reprod Health Matters* 10(20): 19-28.
- Taverne, B. (1999). Valeurs morales et messages de prévention : la "fidélité" contre le sida au Burkina Faso. *Vivre et penser le sida en Afrique*. C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré. Paris, Karthala: 509-524.
- Tizio, S. (1998). La participation communautaire dans les politiques de santé subsahariennes. Un égalitarisme dénaturé ? *Les politiques sociales catégorielles. Fondements, portée et limites. XVIIIe journées de l'A.E.S. Tome 2*. P. Méhaut et P. Mossè. Paris, L'Harmattan: 533-554.
- Trochim, W. M. K. (1989). "An introduction to concept mapping for planning and evaluation." *Evaluation and Programming Planning* 12(1): 1-16.
- Ubel, P. A., M. L. DeKay, J. Baron et D. A. Asch (1996). "Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints--is it equitable?" *N Engl J Med* 334(18): 1174-7.
- UNDP (2004). *Human development report 2004*. New York, UNDP: 375.
- Veenstra, G. (2002). "Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance)." *Soc Sci Med* 54(6): 849-68.
- Wagstaff, A. et E. Van Doorsaler (1993). Equity in the finance and delivery of health care : concepts and definitions. *Equity in the finance and delivery of health care, an international perspective*. A. Wagstaff, E. Van Doorsaler et F. Rutten. Oxford, New York, Tokyo, Oxford University Press: 7-19.
- Wheeler, F. C., L. A. Anderson, C. Boddie-Willis, P. H. Price et M. Kane (2005). "The role of state public health agencies in addressing less prevalent chronic conditions." *Prev Chronic Dis* 2(3): A12.

ANNEXE : LA TECHNIQUE DE CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

L'une des hypothèses sous-jacentes à notre recherche consiste à avancer que la question de l'équité n'a pas été comprise comme un problème en soi, un problème pour lequel il fallait trouver une solution. Ainsi que nous l'avons évoqué, l'équité est un concept très subjectif et en lien très étroit avec les valeurs d'une société. Voilà pourquoi, l'un des premiers outils employés est celui de la cartographie conceptuelle qui devait nous permettre de connaître, à l'aide d'une représentation graphique et d'analyses statistiques, les perceptions locales du concept de justice sociale, puisqu'il nous semble que ce dernier est voisin de celui d'équité. Dans le domaine de l'étude des politiques publiques, la compréhension d'un concept particulier est souvent l'occasion de recherches (Ritchie et Spenser, 1994). Il s'agit donc essentiellement, comme les anthropologues aiment à le rappeler, de se concentrer sur la connaissance des notions émiques, relevant des catégories locales, plutôt que celles provenant du chercheur, les notions étiques (Massé, 1995; Olivier de Sardan, 2000b). L'avantage principal de cet outil est d'accéder à une grande diversité quant à la représentation d'un concept particulier, tout en réduisant largement les biais d'interprétation des chercheurs. En quoi consiste cette méthode développée à la fin des années 1980 aux États-Unis (Trochim, 1989) et employée au Québec au milieu des années 1990 (Dagenais et Bouchard, 2003) et un peu plus tard ?

Il s'agit d'une technique de collecte de données auprès d'un groupe d'une dizaine de personnes. Contrairement à d'autres techniques conçues pour des groupes, la méthode de cartographie conceptuelle limite, dans un premier temps, les interactions entre les membres. L'objectif premier est de recueillir des informations sur une base individuelle pour, ensuite, les agréger en réalisant des analyses statistiques particulières. Il n'y a pas (ou peu), comme dans le cas des groupes de discussion, d'interaction et d'effet d'entraînement entre les participants lors de la production des énoncés. Il ne s'agit pas non plus, comme nous le faisons au moyen de la technique de Delphi ou de celle du groupe nominal, d'arriver à un consensus entre les participants. Il faut plutôt obtenir une diversité étendue des réponses.

Quatre étapes particulières jalonnent ce processus qui s'étale sur deux journées. Elles sont présentées dans les lignes suivantes.

Dans la première étape, nous demandons aux participants de nous expliquer ce qu'ils associent au terme de justice sociale. Pour ce faire, nous leurs posons la question ouverte suivante : **aujourd'hui au Burkina Faso, je pense que la notion de justice sociale veut dire que ...** Comme dans toute technique de remue-méninges, ils doivent être libres de donner autant d'énoncés qu'ils le souhaitent, sans qu'aucun jugement de valeur ne soit porté, dans la mesure où cela reste en lien avec le sujet évoqué. Le chercheur est un modérateur, limitant les échanges entre les personnes, et il ne doit pas influencer les participants. Ces derniers restent les maîtres d'œuvres du contenu, de l'interprétation et de l'utilisation de ces énoncés, comme nous le verrons plus loin. Il s'agit donc de formuler le plus grand nombre possible d'énoncés, dans la limite d'acceptation des techniques

statistiques (98 énoncés). Pour la séance avec les membres des COGES, nous avons été assisté par un instituteur (ayant déjà participé au premier exercice pour les prises de notes), un sociologue (assistant de recherche et connaissant bien la problématique) et deux membres de la Direction régionale de l'alphabétisation. L'une de ces deux dernières personnes écrivait au tableau en moore les énoncés produits tandis que la seconde les notait sur les formulaires adéquats pour la suite des opérations. Il a été délicat de trouver la bonne traduction en moore de l'expression « justice sociale ». Plusieurs discussions ont eu lieu entre les quatre personnes nous assistant afin de choisir entre les trois possibilités répondant le mieux, à leurs connaissances, à la description du concept :

- ▷ que tout le monde soit pareil ;
- ▷ ce qui fait l'unité du pays ;
- ▷ ne pas piétiner les autres.

C'est finalement la dernière proposition qui a été collégalement retenue. Pour stimuler la production d'énoncés, nous avons demandé aux villageois de se référer d'abord à des situations quotidiennes, dans leur vie de tous les jours. Ainsi, dans un premier temps, cela permettait aux participants de se mettre à l'aise, et, dans un deuxième temps, facilitait la réflexion plus « théorique ». Une fois écrit au tableau, chaque énoncé était reformulé oralement afin d'obtenir l'accord des participants dans le but d'éviter toute interprétation de la part des personnes écrivant le moore.

Durant la deuxième étape, qui demeure encore individuelle, les participants interviennent de deux façons sur les énoncés produits. Dans un premier temps, ils regroupent les énoncés dans autant de piles nécessaires « *in a way that makes sense to them* » (Trochim, 1989, p.7). Des exemples concrets leur sont donnés pour les aider dans cette tâche. Puis, un numéro est affecté à chacun de ces regroupements individuels, qui reçoivent ensuite un nom de la part de chaque personne. Dans un second temps, chacune d'entre elles doit attribuer un score, sur une échelle de 1 à 5 (type Likert) selon le degré d'importance, à l'ensemble des énoncés. Pour aider les membres des COGES dans cette seconde tâche, nous avons donné l'exemple de la maladie du Ver de Guinée en leur permettant d'attribuer une cote de 1 à 5 à cinq causes connues par les villageois pour cette maladie.

La troisième étape est uniquement réalisée par le chercheur alors que jusque là, les données ne sont aucunement manipulées par ce dernier. Dans cette étape, l'ensemble des énoncés avec leur numéro d'identification, leur score et leur appartenance à un groupe numéroté sont saisis à l'aide d'un logiciel d'analyse statistique. La traduction des énoncés en moore a été réalisée par les deux personnes du service de l'alphabétisation, accompagnées par le sociologue, dans le but de trouver un consensus de groupe sur les termes adéquats pour le français. Cette étape permet de produire une première cartographie conceptuelle, au sens géographique du terme. Deux types d'analyse statistique sont réalisées. La première, l'échelonnage multidimensionnel (*multidimensional scaling*), consiste en une analyse multivariée qui permet de positionner chaque énoncé par rapport aux autres en fonction de sa distance corrélationnelle. Ainsi, les énoncés dont la corrélation est la plus forte se retrouve très proche sur le graphique. La seconde analyse, la typologie hiérarchique (*hierarchical clustering*), constitue des grappes avec les éléments qui représentent des concepts similaires. Le nombre de grappes choisi est une décision du chercheur, fondée sur une perspective heuristique, c'est-à-dire à la suite « d'une inspection subjective des différents niveaux d'analyse » (Daguenais et Bouchard, 1995, p. 17). Puis, le

fait d'avoir demandé aux participants de donner un score à chaque énoncé, permet de donner une valeur relative à chacune des catégories conceptuelles et à chacun des énoncés.

La dernière et quatrième étape redonne la parole aux participants. À partir des regroupements de concepts sous la forme de grappes réalisées à l'aide de ces analyses statistiques, les participants doivent nommer, cette fois après un consensus de groupe, les différents ensembles conceptuels en fonction des énoncés qu'ils regroupent. Il faut dégager un consensus car les participants ne retrouvent pas dans cette représentation visuelle les grappes qu'ils avaient, individuellement, produites. Après une période de réflexion individuelle de quelques instants, les diverses propositions sont notées au tableau dans le but de faciliter le consensus entre les acteurs. Les participants sont également libres de décider que l'analyse statistique n'est pas pertinente et qu'un énoncé n'a rien à faire dans une grappe et doit, au contraire, être déplacé dans une autre. Un énoncé n'est déplacé que dans la mesure où plus d'une personne le souhaite. S'il existe des divergences quant à la destination de cet énoncé, un vote est organisé pour dégager une majorité. Ils peuvent aussi décider de regrouper certaines grappes en « régions » plus congruentes.

Ainsi, six différents outils sont produits par cette technique de la cartographie conceptuelle et peuvent, assurément, nous aider à comprendre la signification du terme de justice sociale pour les intervenants burkinabè :

- ▷ Une liste des énoncés
- ▷ Une liste des grappes avec leur dénomination individuelle puis collective (après consensus)
- ▷ Une cartographie des énoncés
- ▷ Une cartographie des grappes
- ▷ Une cartographie des énoncés selon leur degré d'importance
- ▷ Une cartographie des grappes selon leur degré d'importance

Certaines de ces productions (liste de énoncés et des grappes, notamment) sont également interprétée selon une analyse du contenu « classique ».

ETUDES RECIT

Avril 2006

- | | |
|-------------|--|
| Etude n° 1 | L'organisation des chances de vie dans la décentralisation burkinabé. Programme de recherche RECIT, 2004, 16 p. |
| Etude n° 2 | Les investissements des ruraux en milieu urbain. L'exemple des lotissements à Boromo et Siby (Province des Balé, Centre Ouest du Burkina Faso), Delphine Langlade, J.-P. Jacob, 2004, 43 p. |
| Etude n° 3 | La mobilisation physique et financière dans le cadre du développement local : Exemples pris dans les provinces du Bazéga, du Boulgou et du Zoundwéogo (centre sud du Burkina Faso) Maurice Yaogo, 2004, 51 p. |
| Etude n° 4 | La mobilisation financière dans la commune de Boromo, (Province des Balé, Centre Ouest du Burkina Faso), Tonguin Sawadogo, 2004, 42 p. |
| Etude n° 5 | Les prélèvements locaux dans la commune de Boromo : Une analyse des perceptions et des pratiques d'acteurs, Mahamadou Diawara, 2004, 19 p. |
| Etude n° 6 | Sécurité foncière, bien commun, citoyenneté. Quelques réflexions à partir du cas burkinabé, Jean-Pierre Jacob, 2005, 27 p. |
| Etude n° 7 | Les prélèvements en milieu rural. Les contreparties pour l'accès à la terre dans les zones de vieille colonisation et de nouveaux fronts pionniers (ouest et extrême ouest Burkina Faso), Mahamadou Zongo, 2005, 28 p. |
| Etude n° 8 | « L'État n'est le père de personne ! ». Etude longitudinale de la mise en œuvre d'un lotissement dans la commune de Boromo (Province des Balé, Centre Ouest du Burkina Faso). 1 ^{ère} partie (2002-2005), J.-P. Jacob, J. Kieffer, L. Rouamba, I. Hema, 2005, 57 p. |
| Etude n° 9 | La grandeur de la cité. Migrations et reproduction politique dans trois villages moose de la vallée du Mouhoun (Burkina Faso), Luigi Arnaldi di Balme, 46 p. |
| Etude n° 10 | Partenaires ou citoyens ? La parafiscalité à Dédougou (Province du Mouhoun, Burkina Faso), Mahamadou Diawara, 2006, 23 p. |
| Etude n° 11 | Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), Rachel Médah, 23 p. |
| Etude n° 12 | La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres des comités de santé, Valéry Ridde, 38p. |
| Etude n° 13 | Grins et élections présidentielles à Ouagadougou (Burkina Faso), Julien Kieffer (en préparation), 25 p. |



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Direction du développement
et de la coopération DDC**