


**Étude approfondie du
système de santé dans la
commune de Boromo
(province des deux Balé,
Burkina Faso)**



Rachel MEDAH

Ce travail a été réalisé dans le cadre des activités du Laboratoire Citoyennetés sous la responsabilité de Jean-Pierre JACOB et de Peter HOCHET

Référence bibliographique pour citation

Rachel Médah, 2009, « Étude approfondie du système de santé dans la commune de Boromo (province des deux Balé, Burkina Faso) », Étude Recit n°28, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 29 p.

Résumé

Cette étude approfondit la question de l'offre formelle de soins dans la commune de Boromo (province des Balé, Burkina Faso). Le transfert de compétences se réalise difficilement entre services de santé et mairie. Le dialogue entre institutions est ardu et il y a de bonnes raisons d'être sceptique quant à la collaboration réelle dans les activités. L'enclavement du CSPS au sein du CMA n'a pas été résolu par son déplacement à quelques mètres de son site initial et suscite des mécontentements dans la population. La construction de nouveaux CSPS ne résout pas les difficultés d'accès aux services de santé. Faute de fréquentation minimum, ils sont peu rentables financièrement et dépendent beaucoup trop du district sanitaire pour leur fonctionnement.

Les demandes de soins de santé à Boromo se caractérisent par un recours pluriel qui dépend essentiellement de deux facteurs : la situation socio-économique et l'évaluation de l'efficacité de chaque type d'offre. L'enclassement des soins dans les relations sociales est une donnée commune aussi bien à l'offre formelle qu'informelle. Dans les soins informels (médecine traditionnelle, médecine de rue et soins à domicile) comme dans les soins formels, il y a une personnalisation des relations entre patients et soignants. Les nantis comme les pauvres cherchent à obtenir les faveurs du personnel de santé, soit en jouant sur leur autorité ou leur pouvoir, soit en jouant sur leur sens de la solidarité et leur humanisme.

La conclusion revient sur deux perspectives de recherche à prospecter dans le futur : du côté des usagers, la question du lien entre services publics et identités sociales et du côté de l'offre, celle du lien entre politiques publiques et identités professionnelles.

Mots clés : soins de santé, tradipraticiens, identités sociales, identités professionnelles

Abstract

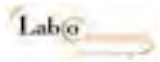
This study offers an in-depth analysis of official supply of health care in the municipality of Boromo (province des Balé, Burkina Faso). The transfer of competencies between the health's ministry and town hall is problematic. Dialogue between the two institutions is difficult and there are good reasons to be sceptical about the level of cooperation between them. The embedding of the CSPS (primary health centre) within the CMA (medical centre) was not remedied by moving the former a few meters away from its original site and has created discontent among the population. The construction of new CSPS facilities in the municipality has not resolved the problem of access to health services. Due to low levels of use, they are not financially profitable and are too dependent upon the district health service for their operation.

The demand for health care in Boromo is determined by two factors: socio-economic situation and the evaluation of the effectiveness of each type of offer. The embedding of health care into social relationships is a common practice in both formal and informal settings. In the case of informal health care (traditional, street and in-home care), just as in that of formal care, there is a personalization of relationships between patients and care providers. Both the wealthy and the less wealthy seek to obtain favours from health care personnel, either by taking advantage of their own authority or power, or by appealing to the latter's sense of solidarity and humanism. The conclusion brings up two questions that could be researched further in the future: on the demand side, the relationships between public services and social identities; on the supply side, the implementation of public policies and their links with professional identities.

Key words: Health care, traditional health care, social identities, professional identities

Table des matières

Liste des sigles.....	4
Introduction.....	5
L'offre formelle de santé a boromo.....	5
Décentralisation : le processus de transfert des compétences	5
La mise en place chaotique des structures : normes apparentes et complaisance	7
L'incompétence du Coges	7
<i>Relation CMA/CSPS de Boromo : du désenclavement à la concentration</i>	<i>8</i>
<i>La concentration des formations sanitaires dans la ville de Boromo</i>	<i>8</i>
<i>Le CSPS de Ouroubono : un CSPS « hors norme »</i>	<i>9</i>
<i>La mutuelle de santé</i>	<i>11</i>
Les dysfonctionnements des services de santé	11
<i>Les problèmes structurels.....</i>	<i>12</i>
<i>Problèmes éthiques et inapplication de la déontologie médicale</i>	<i>15</i>
Les offres informelles de soins de santé	17
La médecine traditionnelle	17
<i>Mise en place d'une association de tradipraticiens.....</i>	<i>17</i>
<i>La politique nationale concernant la médecine traditionnelle.....</i>	<i>17</i>
<i>Les collaborations entre soignants.....</i>	<i>18</i>
<i>La médecine de rue.....</i>	<i>19</i>
<i>Origine des médicaments prohibés.....</i>	<i>19</i>
<i>Profil des vendeurs.....</i>	<i>19</i>
<i>Les clients des médicaments de rue.....</i>	<i>20</i>
<i>Perception de la médecine de rue : entre conviction et ignorance du vendeur.....</i>	<i>20</i>
<i>Perception des usagers de la « pharmacie par terre »</i>	<i>22</i>
Les demandes de soins de santé	22
Les itinéraires thérapeutiques	22
<i>Les représentations sociales de la maladie et des différentes médecines</i>	<i>22</i>
<i>Automédication et pluralisme médical.....</i>	<i>23</i>
<i>Recours à la médecine traditionnelle</i>	<i>23</i>
<i>Recours à la biomédecine.....</i>	<i>24</i>
Les avantages comparatifs des diverses offres	24
Les réseaux sociaux comme solution à l'accès aux soins de la médecine moderne.....	25
<i>La solidarité.....</i>	<i>25</i>
<i>Les soins à domicile.....</i>	<i>25</i>
Les perspectives	26
Bibliographie.....	28



Liste des sigles

ACB	Association des commerçants de Boromo
APPB	Association des praticants de la pharmacopée des Balé
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
COGES	Comité de gestion
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DR	Directeur régional
ECD	Equipe cadre de district
GPC	Groupement des producteurs de coton
IB	Initiative de Bamako
ICP	Infirmier chef de poste
MCD	Médecin chef de district
MTA	Médicaments traditionnels améliorés
SONABEL	Société nationale burkinabé d'électricité

INTRODUCTION

Cette étude est la suite d'une première partie dans laquelle nous traitons de l'offre formelle et de ses dysfonctionnements (voir Médah, 2007). L'accent avait été mis sur la structuration des services de santé, leur coproduction, les relations soignants/soignés et l'accessibilité de la biomédecine. Les résultats faisaient ressortir essentiellement deux points. Le premier était l'enclavement du CSPS dans le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) et les confusions que cette situation entraînait, aussi bien du point de vue des usagers que des producteurs des services. Le second mettait en exergue la responsabilisation accrue du personnel de santé et des usagers dans une situation de carence institutionnelle.

La présente étude essaie d'approfondir les questions de la production de l'offre formelle dans le cadre de la décentralisation intégrale, du fonctionnement des services et des interactions avec les utilisateurs. Les offres informelles (médecine traditionnelle et médecine de rue) sont décrites et la demande est analysée selon les différents recours. Nous présentons dans un premier temps, l'offre formelle et les offres informelles. Dans un second temps, nous analyserons la demande de soins.

L'OFFRE FORMELLE DE SANTÉ A BOROMO

Dans ce chapitre, nous ferons le point sur le transfert des compétences des soins primaires à la mairie avant d'analyser l'évolution du système de santé et ses dysfonctionnements.

Décentralisation : le processus de transfert des compétences

Avec la communalisation intégrale de 2006, les communes burkinabè ont désormais la responsabilité des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Elles doivent contribuer à la construction d'infrastructures sanitaires, à l'approvisionnement en matériel médico-technique et au recrutement d'agents communaux dont elles prennent en charge la rémunération. Cependant, deux ans après la décentralisation intégrale, le transfert de compétences des services de santé primaire à la mairie n'est que partiellement réalisé. La mairie et le CSPS de Boromo ont des rapports plutôt conflictuels et la communication est quasi inexistante entre les deux structures. De nouveaux malentendus se greffent aux anciens.

Du côté du CSPS, plusieurs raisons expliquent la réserve dans les rapports avec la mairie :

- avant la décentralisation intégrale, le CSPS de Boromo faisait à la fois office de CSPS urbain et rural. La préfecture et la mairie devaient donc intervenir dans ses activités, la première pour s'assurer de la délivrance des services dans les villages et la seconde dans la ville de Boromo. Mais depuis cette période déjà, la mairie participait peu, à la différence de la préfecture. Les représentants de la commune ne se présentaient pas aux réunions (séances de suivi) et ne jouaient pas leur rôle d'intermédiation entre la formation sanitaire et la population ;
- avec la décentralisation intégrale, et alors qu'il était question de désenclaver le CSPS, la mairie a eu beaucoup de difficultés à trouver un terrain de construction pour ce dernier, alors même

qu'elle avait lancé en 2003 un lotissement de près de 7000 parcelles. Les deux premiers terrains proposés avaient été rejetés parce qu'ils ne répondaient pas aux besoins¹. Le troisième a été accepté, pour parer à l'impatience de tous alors qu'il ne réglait qu'imparfaitement le problème: il est très proche du CMA – et reste situé dans le secteur 1 qui est le quartier de la chefferie – ;

- l'infirmier chef de poste (ICP) a été contrarié par l'attitude de la mairie lors du forum sur l'état civil² organisé par celle-ci. Les deux matrones payées par la commune ont été invitées sans que leur responsable hiérarchique (premier responsable de la structure) ne le soit. Frustré par cette absence de considération, il a décidé de ne plus remettre ses rapports d'activités à la mairie.

Du côté de la mairie, le maire déclare n'être informé de rien. Il ne reçoit pas les rapports d'activités du CSPS et n'a pas été mis au courant formellement de la présence d'un conseiller municipal dans le bureau de son Comité de gestion (Coges). Ce dernier, occupant la place de vice-président dans le Coges, ne lui rend aucun compte. Selon les agents du CSPS et les membres du Coges, il n'a d'ailleurs jamais participé aux réunions. La seule communication établie entre la mairie et le CSPS concerne l'installation de l'électricité. La mairie a été contactée par les responsables du CSPS et du CMA. Elle s'est engagée à faire mettre le courant dans les nouveaux locaux du CSPS. Toutefois, après cette première rencontre officielle, le reste des échanges se sont déroulés de façon informelle. Les matrones – payées par la mairie – contacte le Médecin-chef de district (MCD) et celui-ci, à son tour, transmet l'information à l'ICP.

Face au refus de déposer les rapports d'activités du CSPS à la mairie, celle-ci contourne le circuit normal pour avoir les informations. Elle réclame les rapports d'activités aux matrones. Cela contribue à contrarier davantage l'ICP qui coopère encore moins. D'autres échanges se sont faits lors de rencontres fortuites entre un adjoint au maire et l'ICP. Le résultat de ces différentes communications est le doute qui s'installe chez tout le monde ; personne ne sait exactement à quel niveau en sont les démarches avec la société d'électricité (Sonabel). Par ailleurs, les deux autres CSPS Ouahabou et Nanou ont très peu de relations avec la mairie.

De façon générale, il y a une méconnaissance des compétences de la mairie dans le cadre de la décentralisation intégrale chez le personnel des CSPS. Les ICP sont à peine informés de son rôle. Le personnel de Ouahabou et de Nanou ne sait pas comment faire pour engager le processus de dialogue avec la mairie. Informés de cette nouvelle tutelle lors d'une réunion au haut commissariat, l'ICP de Ouahabou déclare attendre un signe de ses supérieurs hiérarchiques. La quasi-totalité des agents de santé ne savent pas en quoi le transfert de compétences consiste. Les responsables du district sanitaire disent attendre les textes afin de savoir comment procéder.

En outre, on note beaucoup de réserves de la part des institutions de santé quant à la tutelle éventuelle de la mairie. En mai 2008, le courant est installé finalement par la mairie au CSPS de Boromo. Le montant de l'installation est estimé à environ 745 700 francs CFA. Toutefois des inquiétudes se font jour du côté des services de santé quant au paiement des factures d'électricité.

« Je ne suis pas sûr que la mairie puisse payer nos factures. L'électricité est parfois suspendue à la mairie même » dit le responsable d'un centre de santé. Pour lui, *« les communes étaient pressées d'avoir la tutelle de la santé primaire mais ils ont été pris à contre pied. Les autorités sanitaires ont dit aux communes*

¹ Le premier terrain, situé à côté du lycée provincial au secteur 3 n'a pas été accepté par les responsables de la santé parce que l'espace était étroit et ne pouvait contenir à la fois les services et les logements du personnel. Un second terrain situé au secteur 2 n'a pas été accepté à cause de son inaccessibilité en hivernage.

² Il s'agissait d'un forum sur l'état civil organisé par le Laboratoire Citoyennetés le 22/2/2008.

que les CSPS n'étaient pas une source de revenus, qu'ils ont seulement un droit de regard sur les ressources. Nous devenons donc des problèmes et non des solutions à d'autres problèmes.»

Cette inquiétude s'inscrit dans un contexte général de scepticisme du personnel des structures sanitaires envers la décentralisation.

« Il y a des communes qui demandent à ce que les CSPS financent une partie de leurs activités. La mairie définit des priorités qui ne sont pas celles des services de santé. Politique et technique (développement) ne font pas bon ménage » (un membre de l'Equipe Cadre de District).

La mise en place chaotique des structures : normes apparentes et complaisance

Dans le système de santé, on remarque que la mise en place de certaines structures répond à des normes de « bienséance » plutôt qu'à un souci d'amélioration de l'offre. C'est notamment les cas du Coges et de certains CSPS qui sont sujets à polémique. Comme l'Initiative de Bamako (IB) prévoit un Coges pour gérer les CSPS, tous en ont un mais leur efficacité n'est pas toujours avérée.

L'incompétence du Coges

Le Coges est l'organe de représentation de la communauté locale. Il est chargé de la gestion du CSPS et de la mobilisation sociale. De fait, tout le travail repose sur la personne de l'ICP qui devrait être, en principe, un appui technique. Un facteur essentiel explique cela : le faible niveau scolaire des membres du bureau. Initiés à leurs tâches par une formation assez sommaire de départ, les membres des Coges sont, en général, rapidement confrontés au leadership des ICP qui dirigent et accaparent les activités administratives et les décisions à prendre. Les membres des bureaux des Coges ne sont pas des personnes influentes dans leur communauté. Ils sont souvent assez jeunes (20-40 ans). Ce sont souvent des gens sans travail salarié, qui sont plus intéressés par les quelques avantages matériels que leur confère leur appartenance à la structure (« jetons de présence », exonération du paiement des frais de consultation) que par le dévouement à la cause commune. Enfin, ils sont soumis aux pressions sociales. Le réseau social des membres du bureau des Coges espère des faveurs par leur biais dans les formations sanitaires car ils sont considérés comme des travailleurs, voire des salariés des services de santé.

Quand nous cherchions à rencontrer le Président du Coges de Boromo, son domicile nous a été indiqué. Arrivée là-bas, lorsqu'on a demandé à le voir, la personne qui nous a reçue a posé la question suivante : « est-ce que c'est celui qui travaille³ à l'hôpital ? » Cette question montrait déjà bien les perceptions (et par conséquent les attentes sociales) liées au statut de membre de Coges. Il faut souligner que dans une société où le travail rémunéré est exceptionnel, une personne impliquée dans une institution est forcément vue comme une sorte de fonctionnaire. Lorsque l'entretien, qui s'est déroulé chez lui, a commencé, sa mère s'est approchée de nous en disant « faites tout votre possible pour que nous aussi, nous ayons à manger ». L'enquêteur lui-même a avoué : « Les relations pensent qu'ils peuvent avoir des faveurs dans les formations sanitaires. Or le membre du Coges est un travailleur bénévole et à part les jetons de présence et le fait que lui et sa famille (femme et enfants) sont exonérés des paiements des actes de soins, il n'a plus d'autres avantages ».

Cette incapacité des membres du Coges à faire face aux pressions sociales pourrait expliquer, en partie, les différents cas de détournements de fonds observés. Des précautions sont prises afin d'éviter ces situations. Ainsi le coffre fort s'ouvre avec deux clés détenues par deux membres (le

³ Dans les milieux populaires, travailler est synonyme d'être salarié. Voir sur le sujet Jacob (2006).

trésorier et l'ICP) du bureau du Coges. Malgré ces précautions, un détournement d'une somme d'environ 700 000 FCFA a été constaté en 2006. Lors du départ de l'ICP en congé, le bureau avait voulu que le trésorier verse les recettes au fur et à mesure dans le compte bancaire du Coges. Ce dernier a profité de cette occasion pour ne pas faire les versements.

Il est possible que des personnes socialement légitimées telles que les fonctionnaires à la retraite réussissent mieux dans ce rôle de gestion des Coges. Ils allient à la fois la respectabilité, les compétences (niveau d'instruction) et l'expérience et pourraient contrebalancer le pouvoir de l'ICP.

Relation CMA/CSPS de Boromo : du désenclavement à la concentration

La construction de nouveaux locaux pour le CSPS avait été préconisée pour en finir avec l'enclavement de cette structure au sein du CMA. Avec la construction du nouveau CSPS, très proche du CMA, l'enclavement a disparu mais la déconcentration des services de santé continue de se faire attendre.

■ Le difficile désenclavement

La cohabitation CMA/CSPS a toujours été difficile à Boromo (voir Médah, 2007). Les agents du CSPS se plaignaient notamment de la répartition, imposée par le CMA, des ristournes provenant des recettes du dépôt pharmaceutique commun selon le grade. Par contre, ils étaient satisfaits de fonctionner comme service de tri d'un hôpital. Ce statut anormal leur conférait une certaine supériorité par rapport à leurs collègues des autres CSPS. Toutefois, une partie du personnel du CSPS, les accoucheuses auxiliaires, souffrait de la domination des sages-femmes du CMA dans le cadre de la maternité commune aux deux structures. Ces dernières devaient faire le travail dégradant à la place de leurs supérieures. Etant dans une situation ambivalente (entre avantages et inconvénients), la position du personnel du CSPS était assez mitigée quant à la séparation des deux structures tandis que celle du CMA était plus tranchée :

« ... Nous attendons ça (la séparation) avec force même. L'État a prévu de construire un CSPS en 2006, donc, on attend ça. Et là, en ce moment, en tout cas, si les malades sont bien organisés, on sera déchargé. Là tout ce que le CSPS fait au premier niveau, il va le faire et s'il y a des références, il va aussi le faire. On va mettre en place un service d'accueil des urgences » (MCD).

Le départ prématuré du CSPS de l'enceinte commune s'explique par l'empressement du Directeur régional (DR) de la santé de la boucle du Mouhoun à appliquer les directives du ministère sans les adapter aux situations spécifiques de sa localité :

« Le CSPS a intégré ses nouveaux locaux par décision du DR. Quand les décisions viennent du niveau national, il est pressé de les appliquer. Si le Burkina Faso est le bon élève du FMI, la boucle du Mouhoun est le premier élève du ministère de la santé » (Un agent de santé).

Défavorisé par une mesure appliquée rapidement et le rejet du CMA, le CSPS a dû aménager dans ses locaux sans l'équipement minimal nécessaire (électricité, eau, insuffisance des matériels médico-techniques, meubles, etc.). Le service a été donc partiellement assuré pendant les premiers mois : garde et accouchement se faisaient au CMA, faute d'électricité et d'eau. La visite des locaux par les autorités locales a eu lieu le 21 février 2008, et en mars le CSPS a été installé. Au fur et à mesure, une pompe d'eau et l'électricité ont été installées. C'est après trois ou quatre mois environ que le CSPS a pu retrouver une certaine fonctionnalité.

La concentration des formations sanitaires dans la ville de Boromo

La concentration des deux services, installés à quelques mètres l'un de l'autre, suscite beaucoup de critiques voire même des contestations dans la ville. Les Boromolais dénoncent une mauvaise répartition des infrastructures sanitaires et l'accès difficile pour certains quartiers périphériques. Ils

soupçonnent la mairie d'avoir à tout prix voulu maintenir le CSPS dans le secteur 1 parce que c'est le quartier de résidence de la chefferie *yarga* de Boromo. Ils pensent qu'il aurait dû être installé dans le premier emplacement prévu à cet effet (au secteur 3) pour se rapprocher des quartiers périphériques de la ville et être aussi proche des élèves, près du lycée provincial. Certains responsables religieux et coutumiers se plaignent de n'avoir pas été concertés dans ce projet de construction de nouveaux locaux du CSPS.

« Boromo est une ville qui est beaucoup traversée par les voyageurs. Si les gens qui passent remarquent que tous les services de santé se trouvent en une seule place, ils vont se dire qu'ici les gens ne sont pas intelligents. Cela est une honte pour nous » (Imam).

Au début, les patients étaient frustrés d'être orientés vers le CSPS après une longue attente au CMA. Certains refusaient même d'y aller pour manifester leur mécontentement.

Par contre les agents de santé et les membres du Coges sont satisfaits de ce désenclavement. Ils évoquent la facilité qu'ont les patients référés d'aller au CMA. Cette proximité permet également aux agents du CSPS de garder d'une certaine manière le statut de « CSPS niché », « supérieur » aux autres, compte tenu de la possibilité de côtoyer le personnel du CMA et de continuer à prendre en charge certains cas référés⁴. Ils trouvent par ailleurs que l'emplacement du CSPS n'est pas un problème. Situé du côté ouest de la ville, il est proche de la majorité des villages qui lui sont rattachés.

Les effets de désenclavement des deux structures de santé sont déjà perceptibles dans la fréquentation et la gestion. Une baisse de 50% est observable tant au niveau de la fréquentation que des recettes du dépôt pharmaceutique du CSPS selon l'ICP⁵. D'une part, la division du travail plus claire entre formations sanitaires a entraîné une baisse des activités d'urgences et de traitements de la part du personnel du CSPS. D'autre part, les patients qui continuent de s'adresser à l'ex-CSPS ne sont pas tous orientés vers ses nouveaux locaux. Certains sont pris en charge sur place, par le CMA.

Le CSPS de Ouroubono : un CSPS « hors norme »

En 2005, un CSPS a été construit dans le village de Ouroubono qui fait partie de la commune de Boromo. Il l'a été à l'initiative d'un homme politique, ressortissant du village, qui a pu mobiliser les fonds provenant des Six Engagements Nationaux, avant la campagne présidentielle de la même année⁶. La réception des bâtiments a eu lieu en avril 2008 et la visite des locaux en mai 2008. La construction de cette structure ne répond pas aux normes en matière de santé. La construction d'un CSPS est déterminée par trois conditions :

- le nombre d'habitants : il faut au moins 3000 habitants dans le village ou sur l'aire sanitaire que couvre le CSPS ;
- la distance par rapport à une formation sanitaire : le village ou la localité doit être situé(e) à plus de 10 km d'une formation sanitaire ;
- L'existence d'un obstacle naturel rendant difficile l'accès à une autre formation.

Ce CSPS ne remplit aucune de ces conditions. Il ne couvre pas une aire sanitaire de 3000 habitants au minimum. L'aire sanitaire se limite à la seule population du village de Ouroubono qui est de 1640

⁴ On observe qu'ils continuent de jouer ce rôle avec les patients référés qui s'adressent directement à eux.

⁵ Des statistiques exploitables ne sont pas disponibles.

⁶ Les Six Engagements Nationaux sont un programme présidentiel. Le chef de l'Etat burkinabé dans son discours d'orientation politique du 02 juin 1994 a défini des secteurs prioritaires qui doivent être développés par des fonds spéciaux. Il s'agit de l'éducation, la santé, l'environnement, l'agriculture, la lutte contre le chômage des jeunes et la promotion des droits humains.

habitants. L'association d'autres villages voisins tels que Virou et Siguinoghin aurait pu résoudre ce problème démographique. Des raisons, que nous expliquerons ci-dessous, empêchent ce regroupement. Le village est situé à 7 km du CSPS de Boromo duquel il relevait jusque là; le critère de distance n'est donc pas justifié. Le dernier critère, celui de l'obstacle naturel qui aurait pu se défendre est discutable. Le village est traversé par une rivière qui coule d'est en ouest et qui le divise en deux en période d'hivernage. Un pont relie les habitations situées au sud et au nord mais il est en mauvais état. Le CSPS se trouve sur la rive gauche après le pont. En hivernage ce côté du village est difficilement accessible en voiture, et lorsqu'il y a une pluie, il faut attendre des heures pour pouvoir traverser.

« Cette année en septembre, une maison s'est écroulée dans un des quartiers situés du côté du CSPS, sur la rive droite. Il y a eu un mort et deux blessés. Transportés au CSPS, l'un des blessés a eu les soins adéquats sur place mais il était nécessaire d'évacuer l'autre au CMA de Boromo. Il était impossible que l'ambulance vienne le chercher. Il a fallu attendre 5h de temps, de 2h jusqu'à 6 h du matin afin que le niveau d'eau baisse pour que l'évacuation soit possible » (ICP du CSPS).

Le choix de l'emplacement de ce CSPS s'explique par des raisons historiques, culturelles et sociales.

- ▷ La rivière dont nous venons de parler est en fait une frontière entre le village d'Ouroubono (sur sa rive gauche) et le village disparu de Siembon (sur sa rive droite). Cette dernière communauté a été abandonnée (dans les années 1940) suite à une forte mortalité de ses habitants qui ont dû déménager sur l'autre rive, à Ouroubono. Ils continuent cependant d'y cultiver et d'entretenir des liens rituels avec le lieu. Le choix du lieu pour la construction de l'école primaire en 1981 avait déjà suscité des polémiques. Finalement l'école avait été placée sur les terres de Siembon, plus proche de Boromo. Il avait été prévu que la prochaine infrastructure serait placée sur l'autre rive (Ouroubono). Compte tenu de la forte mortalité qui avait entraîné la disparition du village, le conseil des anciens était de toute façon contre l'installation d'un centre de santé à Siembon.
- ▷ Par ailleurs, les deux villages voisins, Signonguin et Virou, qui pourraient augmenter la fréquentation du CSPS refusent de le faire et préfèrent continuer de se soigner à Boromo, chacun nourrissant l'espoir d'avoir son propre centre de santé afin d'acquérir un statut de village digne de ce nom.

Le CSPS d'Ouroubono fait partie des formations sanitaires qui n'arrivent pas à assurer leur auto-fonctionnement et qui demandent beaucoup de contributions de la part du district sanitaire afin qu'un fonctionnement minimum y soit assuré. Ce qui explique la réticence du district à les ouvrir officiellement. Le CSPS de Ouroubono a dû attendre trois ans avant de l'être. Son installation est contestée notamment par les agents de santé.

« C'est un élu qui a voté la loi qui vient nous créer ces problèmes. Ca veut dire que ce pays ne marche pas selon la loi » (Un agent de santé).

Le CSPS a été à peine doté de matériel. Il y a assez de bâtiments pour le service et les logements des agents mais des difficultés d'équipement médico-techniques et de fournitures de bureau se posent.

« On leur a donné la moto et plus rien. L'Equipe cadre de district n'a même pas tenté de les (le personnel) aider avec des fournitures de bureau, pas de stylo, rien. On leur a donné une puce avec la flotte⁷ mais sans téléphone mobile. Si l'initiateur (l'homme politique) pouvait leur donner 50 000F pour acheter un téléphone, ce serait mieux », (Un agent de santé).

⁷ Numéros de téléphones à coût bas utilisés entre agents de santé.

Au CSPS d'Ouroubono, il n'y a ni tensiomètre, ni toise, ni pèse-personne ni table d'accouchement⁸. Les locaux sont assez spacieux mais les salles sont insuffisamment équipées. Les meubles sont insuffisants. La salle de consultation de la maternité n'a pas de bureau. Une petite table qui n'est pas faite pour écrire est utilisée par l'accoucheuse auxiliaire. A cela, il faut ajouter la défaillance de certaines commodités tels que les lavabos qui ne fonctionnent pas. Cette faiblesse d'équipement entraîne une forte implication communautaire⁹ et un surinvestissement du personnel¹⁰.

La mutuelle de santé

Dans un contexte d'absence de protection sociale et de difficultés de paiement des dépenses sanitaires, une mutuelle de santé permettrait d'aider la population à s'organiser dans le but de mieux accéder aux soins formels. Toutefois, la mutuelle de santé BKG (« *Balé kénéya gnongondèmè* », « *la solidarité pour santé des Balé* ») mise en place à Boromo connaît des difficultés. Trois raisons expliquent cette situation (voir sur le sujet Médah, 2007, Tiendrébéogo, 2008).

■ La restriction des prestations prises en charge

La mutuelle n'a pas pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé de façon générale mais de résoudre des difficultés éprouvées par le personnel soignant. Elle est restreinte à la prise en charge des urgences chirurgicales (césariennes, hernies étranglées, appendicites, etc.). Les préoccupations de la population pour les soins nécessités par les affections plus courantes (paludisme, maladies respiratoires etc.) n'ont donc pas été prises en compte.

■ Les difficultés de remboursement

Certains patients ont prépayé leurs soins mais n'ont jamais pu obtenir de remboursement.

■ L'absence de service formel

La mutuelle de santé n'a ni local ni personnel. Les représentants des populations au niveau des secteurs avaient été responsabilisés pour collecter les cotisations. Cette tâche n'étant pas rémunérée, ils l'ont confié à leurs enfants qui n'inspirent pas confiance. En outre, le montant de la cotisation est passé de 40 F à 50 F/an sans qu'il y en ait une explication claire des raisons de cette augmentation.

Les dysfonctionnements des services de santé

Nombre de dysfonctionnements dont il est question dans ce chapitre ont déjà été exposés dans plusieurs études (Olivier de Sardan, 2001 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 et Médah, 2006). Ils sont liés à deux types de problèmes : problèmes structurels des formations sanitaires et problèmes éthiques dus à l'inapplication de la déontologie médicale.

⁸La table d'accouchement reçue est trop grande et ne peut pas rentrer dans la salle d'accouchement ; il faut la faire modifier chez un artisan.

⁹ Les trois groupements des producteurs de coton (GPC) du village cotisent pour le paiement du matériel.

¹⁰Les premières fournitures de bureau (stylo, pot de colle, marqueurs, etc.) ont coûté environ 10 000 francs CFA et ont été payées par l'ICP sur fonds propres. Il sera remboursé par les GPC qui se chargeront d'acheter le reste de matériel (3 lampes, 4 torches, 3 cuvettes, 2 brosses à laver, 1 dateur, de l'effaçable, 1 encreur et de l'encre, 2 réveils, 1 tableau d'affichage) et le reste du matériel de bureau (un portable et un tampon).

Les problèmes structurels

Plusieurs difficultés sont suscitées par la manière dont sont organisées les formations sanitaires. Ces difficultés s'observent au niveau de la prise en charge des urgences sanitaires, de la gestion de l'indigence et du fonctionnement du service de l'ambulance.

L'urgence sanitaire et la responsabilité humaine

Tout individu a un devoir d'assistance à personne en danger lors d'un accident, d'un incendie, d'un malaise, etc. Son devoir est de prévenir les services compétents ou d'y conduire la personne en danger. Dans le cas des urgences sanitaires, il est difficile de situer les limites de cette responsabilité eu égard à la défaillance du service. Lorsque l'accompagnant arrive à conduire une personne ayant eu des malaises et étant loin de sa famille ou de ses proches, où s'arrête son devoir ? Doit-il payer les ordonnances ou l'assister en attendant l'arrivée de la famille ou des institutions d'aide, ou bien doit-il le déposer et rentrer chez lui ? Les services de santé ont répondu à ces questions puisqu'au lieu d'utiliser les *kits* d'urgence, elles responsabilisent les personnes accompagnant ces malades, quel que soit leurs affinités avec elles, et leur donnent des ordonnances à payer. Les *kits* ne sont utilisés que lorsqu'il n'y a personne auprès du malade, de manière à éviter de recourir à des stocks qui ne sont pas remplacés facilement. Plusieurs cas de figure se présentent.

■ **La responsabilisation de l'accompagnant**

Lorsqu'une personne accompagne un malade d'urgence au CMA, elle est obligée d'en assumer la responsabilité entière. Elle se substitue aux parents et honore les dépenses.

« Un matin, j'étais assis dans ma cour quand ma femme et mes enfants m'ont averti de la présence d'une personne qui se sentait mal devant ma cour et sous mon hangar. Je suis sorti, j'ai constaté le fait. A ce moment passait une connaissance en voiture, je lui ai demandé de m'aider à transporter le malade au centre de santé. Arrivée là-bas, j'ai expliqué la situation. Il a été soigné et j'ai payé les ordonnances qui remontaient à 11 000 francs CFA. Après, quand la personne allait mieux, elle a voulu me rembourser mon argent mais je lui ai dit de laisser puisqu'il devait rentrer au village à Signonguin, vendre une chèvre avant de le faire. Je trouve que cela n'est pas normal, les services de santé ne doivent pas laisser payer les accompagnants de ce genre de malades. Les agents de santé devraient pouvoir les soigner avec des médicaments en attendant que leurs parents arrivent. Moi, j'avais l'argent, j'ai payé et si c'est quelqu'un qui n'a rien sur lui ? Il ne va même pas accepter de rester auprès du malade, il va fuir. » (délégué, secteur 4, Boromo).

■ **Le « ping-pong » entre usagers et producteurs du service**

Il arrive également que la population et les agents de santé se rejettent la balle à propos de la prise en charge d'un cas urgent. En fin de compte la personne malade n'est pas secourue et peut mourir.

« Il y a trois ans, quelqu'un s'est senti mal dans le marché. J'ai pris mon vélo et je suis allé avertir le service de santé. Les agents m'ont dit de le transporter au centre de santé. Le temps de trouver un moyen de transport, il est mort. » Salam Guira, Boromo.

■ **Le recours aux institutions tiers**

Il arrive enfin, compte tenu des mésaventures que connaissent les accompagnants, que chacun cherche à éviter de porter assistance à la personne en danger et veuille à tout prix responsabiliser d'autres institutions locales :

« Courant mars-avril, un cas de décès a eu lieu au marché de Boromo. La personne décédée a eu un malaise et est tombée. L'association des commerçants a été saisie. Les membres de cette association sont allés directement à la mairie signaler ce cas. La mairie nous a demandé de l'amener au service de santé et de faire les dépenses et qu'après, "on allait voir". Nous sommes repartis, c'est après que la mairie a contacté l'ambulance. Lorsqu'elle est arrivée au marché, c'était plutôt pour constater le décès. La gendarmerie est venue

faire le constat et le corps a été transporté à la morgue. » (Pagabelem Inoussa, secrétaire général de l'Association des commerçants de Boromo, ACB).

- Dans ce cas, la raison avancée par l'ACB pour contacter la mairie avant la formation sanitaire (« le marché appartient à la mairie ») est peu convaincante. Un approfondissement de l'analyse montre que l'ACB a eu peur des dépenses. Le malade n'a pas été conduit directement au centre de santé parce que sa condition sociale était connue de tous : c'était un mendiant. Un tradipraticien ayant soigné son enfant raconte :

« X est venu d'un village du nom de Kahin ou Bitiako. Sa femme et lui mendient au marché et ils sont connus de tous. Sa femme m'a été envoyée ici par l'intermédiaire d'une de mes connaissances qui est du même village qu'elle. Leur enfant était malade. Il faisait la fièvre, la diarrhée et pleurait beaucoup. Quand cette femme m'a raconté son histoire, je n'ai plus cherché l'argent. Je lui ai donné des médicaments gratuitement et grâce à Dieu l'enfant est guéri. X est mort par manque de soutien familial ; il était seul ici avec sa femme. Ils n'avaient aucun parent direct ici. La femme qui l'a amenée ici était seulement du même village et de la même ethnie qu'elle et elle a eu pitié. » (Konaté Abdoulaye, président de l'APPB) ;

- L'ACB savait que l'amener au centre de santé revenait à payer ses soins. Et comme il n'était pas question d'espérer un remboursement, personne ne voulait s'engager à l'accompagner. Il fallait chercher d'autres alternatives et le choix s'est porté sur la mairie qui en théorie s'occupe des indigents et en pratique n'a pas encore pu mettre en place un dispositif pour faire face à ce genre d'urgences.

■ L'indigence dans les services de santé : une gestion intuitive qui ne marche pas à tous les coups

Il existe une conceptualisation officielle du terme « indigence ». D'après S. Kassem :

« L'indigence peut se définir comme étant l'état d'un individu qui ne peut pas faire face à ses besoins les plus élémentaires » (2008 : 28).

Cette conception reste assez théorique, axée autour des questions matérielles. La détermination du statut de l'indigent et son accès aux prestations est variable et dépend des institutions. R. Médah (2007) constate que dans les services sanitaires, la prise en charge des indigents se fait au cas par cas, selon la sensibilité du soignant face à l'urgence sanitaire et à défaut de pouvoir établir une preuve irréfutable du statut de la personne secourue.

Pour les agents de santé, est considéré comme indigent, un malade (non accompagné ou accompagné) qui ne peut faire face aux ordonnances qui lui sont délivrées. Lorsqu'un tel malade se présente dans un centre de santé, au lieu de lui donner les soins le plus rapidement possible, on prend le temps d'observer s'il arrive à payer les ordonnances avant de prendre la décision de le considérer comme indigent et le soigner gratuitement. Lorsque le malade est en situation d'urgence, c'est la solution que nous avons indiquée plus haut qui est appliquée, s'il est accompagné. Cette procédure a des inconvénients : le malade n'est pas vite traité, les responsabilités sont détournées et la méthode est partiellement efficace.

Cette identification « personnalisée » de l'indigent peut également entraîner des laissés pour compte. En outre, on peut observer que la pauvreté matérielle n'est pas la seule variable à être prise en compte pour définir empiriquement l'indigent. Pour le personnel de santé, la moralité de l'intéressé est également importante. On peut remarquer que la majorité des indigents à Boromo sont des enfants de la rue. Quoique le suivi de ces enfants en difficulté soit assuré par les services de l'action sociale, les services de santé ont une responsabilité vis-à-vis d'eux. Or on remarque que son personnel a du mal à accepter de leur faire bénéficier de prestations gratuites car il considère que ce sont des individus de moralité douteuse, de petits voleurs. Ces enfants sont donc mis dans une situation de double contrainte.

- ▷ S'ils ne sont pas accompagnés, ils ne sont pas reçus dans les centres de santé.

E R est un jeune de la rue venu de la région du centre. Il a 23 ans et souffre d'une plaie qui dure depuis cinq ans environ. Lorsqu'on le remarque dans le rang des patients au centre de santé, on le fait attendre longtemps avant de le soigner. Parfois il doit subir de longues attentes sans finalement avoir des soins. Il s'était donc réfugié chez un vieux manoeuvre (qui est décédé) qui lui faisait ses pansements. Les agents de santé sont lassés de lui. La plaie s'est infectée et l'os est touché. Il doit être évacué à Ouagadougou pour avoir des soins adéquats. Mais aucune institution n'a les moyens de le faire soigner et personne ne veut le référer.

- ▷ S'ils sont accompagnés d'un éducateur social, ils sont perçus comme relevant du service de l'action sociale.

D'après un agent de l'action sociale, le personnel de santé se plaint de ces demandes de soins (« l'action sociale nous envoie ses indigents ! ») et considère qu'il ne peut rien faire pour eux : « (d'après les soignants), comment ne vont-ils pas avoir mal au ventre, ils mangent mal, ils mangent n'importe quoi, ils prennent l'alcool frelaté (alcool) et fument la drogue, comment ne vont-ils pas tomber malades »...

Précisons que la question de la moralité comme condition de l'accès aux soins se pose d'une manière générale dans le domaine de la santé. Ainsi, les alcooliques, les voleurs, les prostituées notoires ou les gens qui se blessent suite à une bagarre à propos de femme... sont négligés : ils sont soignés le plus tardivement possible (afin qu'ils souffrent et regrettent leur acte) ou ne peuvent bénéficier de prise en charge gratuite si elles sont indigentes.

Service d'ambulance déficient

Pour les usagers, l'ambulance n'intervient pas à temps. Dans la ville de Boromo, on peut attendre 30mn à 1h en cas de besoin. Parfois le blessé ou le malade meurt au cours de cette attente.

« Au secteur 2, près du pont, une femme ivre est tombée. J'ai appelé le fixe du service de santé, ça ne répondait pas. Je ne connais pas le numéro du portable du chauffeur de garde. Il a fallu que quelqu'un se déplace pour aller chercher l'ambulance. Cela a pris plus de 30mn » (Éducateur social, Boromo).

« A la station d'essence, il y a eu un accident. On a appelé l'ambulance qui a traîné à peu près 45 mn avant de venir. Or, c'est tout à côté des services de santé. La personne a beaucoup saigné, on regardait, on s'impatientait. Heureusement que ce n'était pas trop grave. Sinon, la personne pouvait mourir » (Un Boromolais).

« Un accident a eu lieu à côté du pont du Mouhoun. On a appelé plusieurs fois l'ambulance, elle est arrivée 30 mn après. C'était pour prendre le cadavre. On l'a couvert, l'ambulance l'a transporté mais on savait que le blessé était déjà mort » (un groupe d'élèves).

« En 2005, un accident de voiture a eu lieu sur la Nationale 1. Il y a eu un mort et cinq blessés. L'ambulance tardait à venir et un docteur de passage a transporté les blessés dans sa voiture à l'hôpital. » (un groupe d'élèves).

Pour les agents de santé, par contre, l'intervention se déroule dans un délais correct à part quelques difficultés dues à l'état des véhicules. Ils présentent l'organisation en vigueur comme permettant d'avoir un véhicule disponible en permanence. Ils posent par ailleurs le problème de l'insuffisance du nombre des ambulances. Le service dispose de deux véhicules dont l'un est amorti et peu pratique. Il y a donc des difficultés pour couvrir régulièrement les zones rurales lorsque celui qui est en bon état est déjà en service. La difficulté du service pour la ville de Boromo relève plutôt de l'organisation. Le district dispose au total de trois chauffeurs. Il y a toujours un chauffeur de garde pendant une semaine. Les deux autres sont chargés des missions, des courses administratives mais l'un d'entre eux est de permanence. Celui qui est de garde a un portable qui devrait le rendre joignable à tout moment n'eut été parfois des problèmes de connexion. S'il est occupé, celui qui est

de permanence intervient en utilisant la deuxième ambulance. Toutefois malgré cette organisation, l'intervention reste toujours tardive. Les problèmes liés à l'état de l'ambulance qu'évoquent les chauffeurs ne sont valables qu'en zone rurale où les routes sont parfois impraticables. A priori, l'intervention devrait être rapide en ville et dans les endroits accessibles si le système de relais marchait bien entre les chauffeurs. Etant donné que l'ambulance la moins récente reste en ville, il y a toujours une voiture de disponible pour y intervenir rapidement. Si le temps de réaction est plus lent que souhaitable c'est apparemment parce que les chauffeurs utilisent les véhicules à des fins privées.

« Ils rendent visite à leurs amis avec l'ambulance et pendant qu'elle est garée à côté, ils prennent du thé. Certains vont à des mariages en ambulance. » (Konaté Oumar, Boromo).

Les pratiques liées à la politique de l'IB

Le recouvrement des coûts est une préoccupation majeure chez certains responsables de CSPS : *« on nous a transformé en établissement à caractère commercial, il faut donc que nous générions de l'argent »* (Médah, 2007 : 75). Du coup, les patients qui s'approvisionnent dans les dépôts pharmaceutiques ou dans les officines en ville suscitent un certain mécontentement chez les soignants et cela se ressent dans l'accueil des malades. En témoignent les propos de ce responsable de santé qui s'explique après avoir laissé attendre longtemps cette catégorie de malades :

– AS (agent de santé) : *« ... je connais mes malades, ces malades ne sont pas rentables, je ne m'en fais pas, ils peuvent attendre. Dès que tu leur donnes une ordonnance, ils vont chercher les médicaments en ville. »*

– Enquêteur : *« ... et s'ils n'ont pas de l'argent pour payer ici ? »*

– AS : *« Ce sont les gens qui ne sont pas sérieux, nous, on leur accordait des crédits au départ, c'est parce qu'ils ne payaient pas que tout cela a pris fin. Ils vont refuser de payer ici un médicament à 2000F mais ils iront payer 5000 F pour ce même médicament en ville dans les pharmacies. On leur explique l'avantage de faire marcher le dépôt du CSPS mais en vain. »¹¹*

Problèmes éthiques et inapplication de la déontologie médicale

L'application de la déontologie professionnelle est une des difficultés majeures des services de santé rendant tantôt conflictuelles tantôt complices les relations entre soignés et soignants.

Un favoritisme s'observe notamment au sein des structures sanitaires dans l'accueil et la prise en charge de certains utilisateurs. Les patients ayant une affinité avec le soignant ou qui peuvent l'aider dans d'autres domaines de la vie économique (crédits...) sont dispensés de la file d'attente pour être consultés avant le patient anonyme qui attend depuis longtemps. Ils peuvent également bénéficier gratuitement de médicaments lorsqu'ils sont disponibles.

« Je ne peux pas faire attendre le commerçant chez qui je prends des crédits pour boucler les fins du mois »
(un agent de santé).

Certaines autorités locales exigent également cette faveur, parfois de façon tellement désobligeante que le soignant s'en trouve vexé. Qu'elle se réalise avec plaisir ou par devoir, cette faveur s'explique par une redevabilité morale vis-à-vis de l'autorité ou de la personne qui rend habituellement un service.

¹¹ Dans les faits, c'est bien à cause du crédit que les usagers se fournissent dans les officines pharmaceutiques, même s'ils paient les médicaments plus chers.

Trafic de sang

Au détournement et à la vente illicite des médicaments, à la surfacturation des actes déjà décrits dans la première partie de l'étude (voir Médah, 2007), il faut associer le trafic de sang. Il n'y a pas de banque de sang dans le système de santé de Boromo. En principe, lorsqu'il est nécessaire de faire une transfusion sanguine, le sang est prélevé chez des volontaires issus de la parenté ou de l'entourage social du patient. On fait venir quelques personnes dont le sang est rapidement testé¹², à défaut d'avoir du sang traité plus convenablement. Si plusieurs personnes peuvent remplir les conditions d'acceptabilité (sang sain), généralement une seule est compatible. Mais le prélèvement est fait chez plusieurs personnes dans le but d'avoir un stock minimum en sang pour des cas d'urgence. Plusieurs utilisateurs ne comprennent pas ce système et s'en méfient.

« On avait un parent malade qui devait être transfusé. Nous étions dix volontaires à l'hôpital. On a prélevé le sang chez sept personnes. J'étais la huitième et on a arrêté là. Les deux derniers et moi n'avons pas été touchés. Je sais qu'ils ne vont pas utiliser tout ce sang pour notre malade. C'est le sang d'une seule personne qui sera utilisé. Que vont-ils faire du sang des six autres donneurs ? » (Salam Guira, Boromo).

Cette méfiance est d'autant plus accentuée que certains accompagnants affirment avoir acheté du sang ou avoir subi des prélèvements injustifiés. Des usagers se font vendre à coût exorbitant du sang qui est en théorie offert gratuitement par le laboratoire du CMA. Les élèves dénoncent cette situation d'autant plus qu'ils offrent gratuitement leur sang à l'école lors des dons organisés.

« Si c'est pour qu'on vende mon sang si cher que je le donne contre seulement un coca cola, un quart de pain avec une boîte de sardines, je ne suis pas d'accord. La nourriture qu'on me donne n'excède pas 500 francs CFA. A la rigueur, je comprendrais qu'on le vende à ce prix, 500 francs CFA et pas plus ! » (Konaté Oumar, Boromo).

Incompétence professionnelle : le patient face à lui-même

En cas d'incompétence professionnelle, le patient est laissé à son seul jugement. En voici un exemple.

PB est au CSPS de Boromo avec son fils malade. Il vient d'un CSPS périphérique. Il explique son parcours et ses expériences passées dans son CSPS d'origine : « Mon fils saigne du nez. Tous mes enfants saignent du nez. J'ai fait des médicaments traditionnels mais en vain surtout pour ce fils-là qui en souffre le plus. On est allé au CSPS, la dame a prescrit des médicaments, ça s'est calmé un peu, ensuite ça a repris. Je l'ai ramené au centre de santé et expliqué à la dame. Elle m'a dit que l'enfant n'a pas suivi le traitement. Après, elle a dit que l'enfant n'a rien. Quelque temps après, elle dit que l'enfant n'a pas de sang (autrement dit il est anémié) et nous dit que si nous voulons, nous pouvons aller à Boromo. J'ai eu peur et je suis venu tout de suite à Boromo avec l'enfant. Nous avons déjà eu un cas pareil, il y a trois ans. La femme de mon frère était enceinte, elle est partie en consultation. On lui a dit qu'elle n'avait pas de sang. Cette même dame lui avait fait des injections. Mais lors de son accouchement, ça ne s'est pas bien passé et elle a été évacuée à Boromo. On a dit qu'elle n'avait pas de sang et elle est morte après avoir accouché. Cette fois-ci dès qu'elle nous a dit encore que notre malade n'a pas de sang, nous avons eu peur et nous sommes venus ici. »

Visiblement, il semble y avoir eu ici faute professionnelle. Elle se manifeste de deux manières :

- le patient n'a pas eu la bonne information. Le message n'est pas clair et précis. Entre trois informations (« l'enfant n'a pas pris les médicaments », « l'enfant n'est pas malade » et « l'enfant est anémié ») laquelle doit être considérée ?
- Le patient n'est pas orienté vers des soins adéquats. On peut se demander pourquoi, ni la femme ni l'enfant n'ont été référés, à temps comme il se doit, dans le centre de santé

¹² Ce procédé comporte néanmoins des risques car le sang n'est pas analysé dans de bonnes conditions.

approprié pour avoir les soins nécessaires. La parturiente qui est allée aux soins assez tôt, n'a probablement pas été référée avant l'accouchement et elle en est morte. L'enfant qui est anémié n'a pas été référé clairement et officiellement dans la formation sanitaire de niveau supérieur. L'agent de santé n'a pas délivré de certificat à cet effet. Ces deux patients n'ont pas été orientés vers des soins appropriés quoiqu'il y ait eu un diagnostic clair d'anémie ou ne serait-ce qu'un soupçon. Les parents laissés à leur propre initiative ont, par chance, eu le bon réflexe grâce à une précédente expérience malheureuse.

LES OFFRES INFORMELLES DE SOINS DE SANTÉ

La médecine traditionnelle

Mise en place d'une association de tradipraticiens

Le tradipraticien est un soignant qui utilise des ressources végétales, minérales et animales pour les soins de santé. Il existe une fédération des associations des tradipraticiens dans la province des Balé. Elle est ouverte aux guérisseurs de cette province. Au départ, il n'y avait que des hommes mais actuellement des femmes en font partie. Les membres de cette association sont au nombre de 81 dont un quart de femmes. 75% sont musulmans, 22% animistes¹³ et 3% chrétiens. On pourrait dire qu'elle regroupe plus de musulmans parce que cette zone est fortement islamisée et qu'ils sont les plus nombreux dans l'exercice de la médecine traditionnelle. Elle comprend des représentants des 10 communes qui existent dans la province des Balé. Chacune des dix communes de la province a son association. Chaque association désigne un ou deux membres qui font partie de la fédération. Vu l'émergence de toutes sortes de praticiens dans le domaine de la médecine traditionnelle, être un tradipraticien compétent et reconnu comme tel est le critère majeur pour adhérer à APPB. Ainsi, des enquêtes sont menées localement afin de mieux connaître le membre potentiel avant d'accepter sa candidature. L'APPB collabore en théorie avec le district sanitaire de Boromo. Elle est financée par FEM/ONG (Fonds de l'environnement mondial qui relève du PNUD) dans le cadre des programmes du service de l'environnement. Des bureaux ont été construits pour l'association et un terrain où seront produites les plantes utilisées pour la pharmacopée a été prévu.

La politique nationale concernant la médecine traditionnelle

Sur le plan national, une politique de promotion de la médecine traditionnelle est entreprise depuis 1994 (loi 23-94 portant code de santé publique, décret 2004-568 portant condition d'exercice de la médecine traditionnelle aux Burkina Faso). Cette politique prône la complémentarité entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Toutefois, cette collaboration est pour le moment embryonnaire. Elle se réduit à une volonté de structurer la médecine traditionnelle : mettre en place une organisation, identifier et reconnaître les praticiens sérieux. La reconnaissance officielle d'un tradipraticien se fait par l'établissement de l'évidence ethno-médicale. Cette évidence ethno-médicale consiste à suivre un guérisseur par un agent de santé (infirmier) pour confirmer la guérison d'une maladie que le guérisseur affirme pouvoir traiter. Par exemple si un guérisseur se déclare compétent dans le traitement du paludisme, le malade est envoyé au laboratoire pour faire le test du paludisme

¹³ Les recours à la tradipratique associée à l'animisme sont beaucoup plus importants que cela.. Tous les lignages ont des médicaments étroitement associés à des cultes et les thérapeutes spécialisés y sont assez rares, contrairement à ce qui se passe en milieu islamisé.

(la goutte épaisse). Si le test est positif et qu'il est prouvé que le patient souffre réellement de cette maladie, il est mis sous traitement chez le guérisseur en question. A la fin du traitement, un test de contrôle est effectué. S'il s'avère négatif, le paludéen est guéri et le soignant peut être confirmé comme spécialiste du paludisme si bien sûr d'autres cas sont également vérifiés (au moins trois). La complexité de ce protocole de l'évidence ethno-médicale entraîne des difficultés dans son application. Les agents de santé n'arrivent pas à associer cette nouvelle activité à leurs occupations habituelles. Confronté à l'irréalisme de ce protocole, son allègement est prévu. Les autorités sanitaires ont donc opté pour l'instant pour la délivrance d'autorisations d'exercer (qui ne sont pas conditionnées par ce protocole) à certains tradipraticiens.

Par ailleurs, des études sont aussi censées être menées par les pharmaciens afin de connaître les plantes utilisées dans la médecine traditionnelle. L'échange entre praticiens modernes et traditionnels est très limité. Si la biomédecine se développe par le partage des connaissances (caractère scientifique à vocation universelle), la médecine traditionnelle est tenue par le secret du savoir (voir infra).

Les collaborations entre soignants

L'organisation des tradipraticiens de santé permet d'envisager des échanges aussi bien internes qu'externes. La collaboration consistant à référer les malades en fonction des spécialités des uns et des autres, est très limitée. En outre, il est impossible d'espérer des échanges concernant leurs savoirs :

« Nous les tradipraticiens, nous ne sommes pas clairs (nous sommes fermés dans la transmission du savoir, peu communicatifs) car si nous ne faisons pas ça, cela ne peut pas aller. Si je montre à un autre mon savoir, je ne peux plus le reprendre. » (Konaté Abdoulaye, président de l'APPB).

Pour le tradipraticien, il faut donc être le plus secret possible pour garder l'exclusivité de son pouvoir ou du prestige que ce savoir peut procurer. En effet, dans la tradition orale, les connaissances ne se transmettent pas de façon libre. Elle se passe, généralement de père en fils. Comme le dit Ouédraogo Souleymane, vice-président de l'APPB :

« pourquoi je vais montrer mes connaissances à un autre tradipraticien ? Moi, j'ai appris de mon père, celui qui veut, a un père et doit aller apprendre auprès de lui. »

Les formations sanitaires supervisent l'organisation des tradipraticiens. Sur le plan de la médecine curative, la collaboration se fait dans un seul sens. Les tradipraticiens sont utilisés pour référer les malades lors d'épidémies telles que la méningite ou la tuberculose. Ils sont sensibilisés à reconnaître les symptômes dès leur apparition chez leurs clients afin de les orienter vers un centre de santé¹⁴. Le domaine d'intervention est défini dans le traitement de certaines maladies. Par exemple, lors d'une réunion tenue à Ouagadougou, les tradipraticiens ont été sensibilisés sur le traitement du Sida. Les inconvénients de l'utilisation simultanée des ARV et des produits de la pharmacopée traditionnelle leur ont été expliqués. On leur a déconseillé de traiter avec la pharmacopée quelqu'un qui est déjà sous ARV. Les guérisseurs, sensibilisés réfèrent certains cas de maladies dépassant leur compétence aux formations sanitaires. Mais en sens inverse, la référence ne se fait pas ou du moins, elle ne se fait pas officiellement. Les agents de santé affirment ne pas le faire.

« Moi, je n'envoie pas de malade chez le tradipraticien mais je ne sais pas si mes collègues le font » (MCD du district sanitaire de Boromo).

¹⁴ A Réo (province du Sanguié), le district dispose de fonds pour récompenser et encourager les tradipraticiens qui arrivent à orienter des malades souffrant de tuberculose vers les centres de santé.

Selon le pharmacien du CMA, pour qu'un agent de santé puisse référer officiellement un malade chez un tradipraticien, il faut que ce dernier soit détenteur d'une autorisation d'exercer. Or, aucun thérapeute traditionnel n'a pu l'obtenir à Boromo. Et très rares sont les soignants qui ont bénéficié d'une autorisation de mise sur le marché des médicaments traditionnels améliorés (MTA). Ils sont seulement trois sur le plan national : le Dr Dakuyo qui est très connu et dont les produits sont vendus en pharmacie, le père César qui a ses pharmacies à Ouagadougou et Mme Nacoulma Odile qui possède des ateliers de production et de vente de MTA.

La médecine de rue

Une certaine offre de médicaments modernes vendus dans la rue prolifère dans les pays d'Afrique ces dernières années. Le Burkina Faso ne fait pas exception à cet envahissement. On retrouve des vendeurs ambulants de médicaments en milieu urbain comme en milieu rural. Cette médecine informelle fait l'objet de diverses dénominations : en français (« *les médicaments de rue* », « *la vente ambulante de médicaments* », « *les médicaments prohibés ou illicites* », « *la pharmacie par terre* » ou en langue locale moré (« *pharmacie zoesbastaaba*¹⁵ »).

Origine des médicaments prohibés

La provenance des médicaments vendus dans les "pharmacies par terre" n'est pas aisée à déterminer. Les pays anglophones notamment le Nigéria et le Ghana sont couramment désignés comme exportateurs de ces médicaments. Mais selon les vendeurs rencontrés dans la région de Boromo, ils s'approvisionnent principalement en Côte d'Ivoire. D'autres sources d'approvisionnement sont le Bénin, le Mali, le Togo et la Guinée Conakry. Ces trafics transitent par diverses villes du Burkina Faso (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Pouytenga, Kokologo etc.). En revanche, lorsque l'on regarde sur les boîtes d'emballage des médicaments, on peut lire qu'ils sont fabriqués en Inde pour la majorité et quelquefois en Angleterre ou dans d'autres pays.

Ces médicaments sont vendus par des personnes qui ne sont pas des professionnels des services de santé ni des pharmaciens. Les médicaments sont généralement étalés sur les places publiques (rues, marchés, auto-gare, etc.) ou transportés dans les concessions et exposés aux intempéries (soleil, vent, poussière, chaleur, etc.).

Profil des vendeurs

Les vendeurs de médicaments prohibés de Boromo sont des jeunes gens ayant un âge se situant entre environ 15 et 40 ans. Ils viennent généralement d'autres villes (Ouagadougou, Koudougou, Pouytenga) et sont rarement des natifs de Boromo. Ils sont 13 à 15 vendeurs dont 9 sont installés à l'auto-gare et au marché. Les autres sont des marchands ambulants et font les marchés des différents villages.

Ils apprennent toujours chez un plus ancien qu'ils aident à vendre. L'apprenti observe ses prescriptions et apprend à connaître les médicaments vendus. L'apprentissage a une durée variable de quelques mois à quelques années et dépend plus des opportunités de l'apprenant à se rendre autonome que d'une période prescrite. Plus on a la capacité (ou la chance d'être aidé) à s'installer et plus courte est la formation. Le maître est souvent celui qui donne le premier lot de médicaments d'une valeur indéterminée. Le débutant vendeur vend ce premier lot, extrait son bénéfice pour en faire son fond de commerce et verse le reste au patron. Il y a deux catégories de vendeurs de médicaments :

¹⁵ Pharmacie « *de la débandade* ». Etant donné que les médicaments sont prohibés, lors des contrôles des forces de l'ordre, on est dans la débandade ; chacun fuit sans se soucier de l'autre.

- les grossistes, qui vont dans les pays exportateurs acheter les médicaments en quantité importante pour les vendre aux détaillants ;
- les détaillants, qui vendent directement aux consommateurs.

Les détaillants connaissent une forte affluence les jours de marché. On note pendant deux heures d'observation une fréquentation de 10 clients par heure. Leurs recettes peuvent être estimées à une somme d'environ 150 000 francs CFA à 300 000 francs CFA par mois. Cependant, il faut préciser que depuis la rafle d'octobre 2007¹⁶, la configuration de leur tablette de vente a changé. Ils ont été arrêtés ; leurs médicaments ont été confisqués. Ils ont été jugés et libérés sans restitution de leurs marchandises. Certains ont presque fait faillite. Ils prennent désormais des mesures de précaution en variant les produits qu'ils vendent. Ainsi, ils y associent des gadgets (torches, lampes, brosses à dents, etc.) sans compter les médicaments destinés aux animaux. Si nous tenons compte de cette diversité des produits vendus, leurs recettes estimées seulement sur la vente des médicaments sont donc plus importantes que les chiffres avancés.

Les clients des médicaments de rue

La majorité de la population consomme les médicaments de rue qui sont accessibles partout à des prix très faibles. Les vendeurs affirment que les consommateurs sont de toutes les catégories socio-économiques : des jeunes, des vieux, des hommes, des femmes, des riches, des pauvres, des cultivateurs, des commerçants, des fonctionnaires (policiers, gendarmes, instituteurs et même les agents de santé).

« Un agent de santé m'a déjà dit une fois que lorsqu'il a des maux de tête, seule l'épice du Ghana le guérit » (Konaté Abdoulaye, Boromo).

Même ceux qui appliquent la loi utilisent ces médicaments prohibés.

« Un juge achète de la pommade là-bas pour soigner ses maux de jambes. Lors du jugement des vendeurs de médicaments arrêtés, ce juge ne pouvait pas faire le jugement. Il est parti à Ouaga » (Un élève dont le cousin est vendeur de médicaments de rue).

Toutefois, les cultivateurs sont les consommateurs les plus importants à cause de l'utilisation d'amphétamines pour les travaux des champs. Ce qui permet d'observer une augmentation de la vente de ces médicaments en hivernage.

Perception de la médecine de rue : entre conviction et ignorance du vendeur

Le vendeur de la « pharmacie par terre » se perçoit à la fois comme un vendeur et un soignant. Il est un vendeur parce qu'il cherche à gagner sa vie par ce travail. Mais il a également le souci d'aider la population en apportant des soins aux malades.

« Nous, nous ne sommes pas là pour chercher de l'argent, nous sommes là pour aider les gens. Certains disent que notre médicament n'est pas bon. Ce sont ceux qui ne veulent pas les médicaments qui disent que ce n'est pas bon. Ceux qui en consomment savent que c'est bon. Certains pensent aussi que le médicament de la pharmacopée n'est pas bon. » (Kaboré Salif, Boromo).

Les vendeurs de rue revendiquent un certain professionnalisme. En plus de leur formation préalable leur permettant de pratiquer de façon autonome, ils complètent cette formation par le biais des informations qu'ils détiennent de leurs collègues et des notices de médicaments au fur et mesure que de nouveaux produits sont introduits.

¹⁶ Face à l'ampleur de la vente des médicaments de rue dans la ville, cette rafle a été organisée par la gendarmerie de Boromo en accord avec le tribunal de grande instance de Boromo qui a procédé au jugement.

« Un médicament ne doit pas être utilisé n'importe comment. Il y a certains qui n'ont pas fait l'école, ils ne savent pas lire. Lorsque je reçois un nouveau médicament, je me forme là-dessus avant de le vendre. C'est ma bouche qui devient l'ordonnance et le patient va prendre le médicament, ça ne va pas lui faire du mal. » (Nikiéma Stéphane, Boromo).

Cette formation n'est pas sans provoquer des inquiétudes. Combien de vendeurs savent lire ou se soucient de lire effectivement les notices des médicaments?

Du fait des prix bas qu'ils pratiquent, les vendeurs pensent être plus utiles que la pharmacie.

« Il y a des médicaments à la pharmacie. Si, nous, nous ne sommes pas là, je ne peux pas dire que quelqu'un qui aurait des maux de ventre ne va pas guérir mais il va souffrir. Donc, nous ne faisons pas de mal. » (Nikiéma Stéphane, Boromo).

Contrairement aux sensibilisations remettant en cause la qualité de ces médicaments, les vendeurs sont convaincus de l'efficacité de leurs produits.

« Une fois que tu utilises quelque chose et que ça n'a pas produit l'effet désiré, tu ne peux pas reprendre la même chose encore. On soigne et les gens sont contents, c'est pour cela qu'ils reviennent » (Nikiéma Stéphane, Boromo).

Dans certains cas, le médicament de la "pharmacie par terre" est considéré comme meilleur que celui des pharmacies officielles.

« Pour te dire que nos médicaments sont bons, voici un exemple (en nous montrant une boîte de médicament sur laquelle on peut lire Coprole). Ce médicament est contre les maux de ventre et la diarrhée. Il est très efficace. Même à la pharmacie, il n'y a pas un tel médicament. Et il fait exactement ce qui est écrit sur la notice, ça traite à 100%. C'est l'exemple qui vous montre que nous aussi, on est quelque chose (c'est-à-dire le vendeur est compétent et le médicament qu'il vend est efficace). » (Nikiéma Stéphane, Boromo).

La différence entre les deux types d'offre de médicaments (pharmacie et vendeur ambulant) est perçue comme plutôt liée à la nature de la relation entretenue avec l'Etat. Selon les vendeurs, la vente des médicaments de rue n'est pas réprimée pour des raisons de nuisance à la santé de la population. Elle est interdite parce que le vendeur ne paie pas de taxes. C'est ce qui justifierait les tracasseries avec les forces de l'ordre dont ils font l'objet de temps en temps.

Par ailleurs, tout en reconnaissant qu'ils ne soignent pas toutes les maladies, les vendeurs lient les éventuels échecs de traitement à une non observance ou à une incompatibilité du médicament avec le sang du malade.

« Si le malade a bien pris ses médicaments et que ça ne va toujours pas, il y a deux choses à différencier ici : le médicament n'est pas bon ou le médicament n'a pas réussi avec mon corps, ce n'est pas pareil », (Kaboré Salif, Boromo).

Si l'observance est vérifiée, il faut chercher les raisons de l'inefficacité du traitement ailleurs. La qualité du médicament et les conseils du soignant ne sont pas remis en cause. L'explication donnée est l'incompatibilité entre l'organisme (le sang) du malade et le médicament. Le médicament n'est pas efficace avec tous les organismes et l'échec des formations sanitaires à guérir certaines maladies est aussi dû à cette raison.

« On ne peut pas soigner toutes les maladies. Il y a des maladies que même l'hôpital ne peut pas soigner », (Nikiéma Stéphane, Boromo).

Dans les perceptions des vendeurs de rue (comme dans celles des tradipraticiens d'ailleurs), il n'existe pas de maladie universelle traitable par les moyens d'une médecine générale mais des individus dont chaque pathologie est singulière et qui doivent chercher le remède approprié à leur cas. On dit que le patient doit « vendre sa maladie ».

Perception des usagers de la « pharmacie par terre »

Le facteur le plus déterminant dans la consommation des médicaments de rue est le niveau socioéconomique : les pauvres ont plus tendance à se servir chez ces fournisseurs ambulants que les autres. Les démunis qui sont souvent aussi les « ignorants » (ceux qui utilisent les médicaments sans chercher à se poser des questions sur leur qualité) sont les usagers réguliers de ce type d'offre.

Outre le fait que la "pharmacie par terre" a une certaine efficacité thérapeutique, elle est peu chère comparativement à la formation sanitaire : il n'y a pas de frais de consultation à payer. Et les modalités de vente sont différentes de ceux des pharmacies. Le traitement se fait un peu au gré du vendeur à partir de ses connaissances et de ses expériences. Les médicaments sont vendus au détail selon le pouvoir d'achat de l'utilisateur. Le malade peut même se contenter d'un seul comprimé. Par conséquent, les médicaments de rue sont plus accessibles aux usagers pauvres que les soins donnés dans les formations sanitaires à propos desquels le personnel ne peut se permettre de faire l'économie d'une (certaine) rigueur biomédicale et des obligations institutionnelles (paiement direct à la caisse). A défaut d'un traitement complet, l'utilisateur pauvre peut se contenter d'un traitement partiel.

« Si tu n'as pas les moyens, tu achètes les médicaments de la pharmacie par terre à 25F. Sinon, tout le monde sait que ce qui coûte cher est de bonne qualité. Les centres de santé sont plus chers parce qu'ils sont meilleurs que les pharmacies par terre mais si tu n'as pas les moyens, tu fais selon tes moyens » (Traoré Yaya, Ouahabou).

Outre les pauvres, certaines personnes s'approvisionnent dans les pharmacies par terre pour des affections spécifiques, le traitement de ces maladies dans les centres de santé étant jugés inefficaces (voir plus haut).

LES DEMANDES DE SOINS DE SANTÉ

Les itinéraires thérapeutiques

L'itinéraire thérapeutique est déterminé par les représentations sociales de la maladie et de la réputation de l'efficacité des médecines. Par expérience, les usagers réalisent que certaines maladies sont mieux soignées par l'une ou l'autre médecine. Les recours sont donc pluriels et varient en fonction de ces représentations sociales. Il existe quatre types de recours : l'automédication, la médecine traditionnelle, les médicaments de rue et les formations sanitaires. Les différents recours peuvent aussi être utilisés successivement ou simultanément.

Les représentations sociales de la maladie et des différentes médecines

Dans les représentations populaires, il existe deux catégories de maladies : les « maladies du Noir » et les « maladies du Blanc ». On distingue aussi deux médecines fondamentales (traditionnelle et moderne), le reste des pratiques étant des sous-catégories de l'une ou de l'autre.

Plusieurs synonymes désignent les deux types de maladies. La « maladie du Blanc » (« *toubabou bana* » en *jula*) est aussi appelée maladie des formations sanitaires (« *doctoroso bana* »). La maladie du noir (« *farafin bana* ») est dénommée « maladie d'ici » (« *anfè bana* » ou « *yanyoro bana* » qui signifie littéralement « notre » maladie ou maladie d'ici). Ces maladies sont opposées. On dira "*ni ti toubabou banayé*" ou bien « *ni ti doctoroso bana yé* » (« ça n'est pas une maladie du blanc » ou « ça n'est pas une maladie des formations sanitaires »).

Par ailleurs, on qualifie certaines maladies de « modernes ». Ces maladies nouvelles (« *sissan bana* ») sont aussi des « *maladies du blanc* » mais elles sont différentes des premières parce qu'elles sont récentes. Elles sont liées au mode de vie qui s'est modernisé. Il s'agit de la maladie provoquée par la « bonne » nourriture (cubes Maggi, viande, etc.). Elle se traite également comme la « *maladie du blanc* » dans les formations sanitaires. Cette notion de bonne nourriture fait référence à la nourriture peu courante comme la viande, la « mauvaise » nourriture correspondant à la nourriture traditionnelle, à base de mil et de condiments comme le *soumbala*, les feuilles, plus courante. Cette vendeuse souffrant de tension artérielle explique le lien entre ses crises et son alimentation.

« Si je mange de la bonne nourriture (viande, sel, Maggi), j'ai des crises. Hier j'ai mangé de la viande, j'ai eu des maux de tête. Mais si je mange de la mauvaise nourriture (soumbala, "datu" (produit traditionnel à base de graines d'oseille), le poisson), je n'ai pas de crise. »

Fait également partie de cette catégorie de maladies dites "modernes", le VIH/Sida.

Automédication et pluralisme médical

Lorsque les symptômes d'une maladie courante commencent (maux de tête, fièvre, maux de ventre, fatigue générale, etc), les patients utilisent l'automédication :

« Si tu tombes malade, c'est ce que tu connais que tu fais d'abord. Au bout de deux trois jours, s'il n'y a pas de mieux, tu peux aller dans une formation sanitaire » (Traoré Yaya, Ouahabou).

L'automédication, c'est le traitement par le malade lui-même ou par son entourage à partir de médicaments connus et qui sont généralement à portée de main. La caractéristique essentielle de l'automédication est la variété des recours. Elle peut se faire à travers des pratiques courantes ou des recettes de grands-mères (proximité avec la médecine traditionnelle par l'utilisation de plantes ou de gestes pratiques simples tel que des massages avec du beurre de karité, etc.) ou bien avec des médicaments de la médecine moderne. La recette de grand-mère est la première attitude face à la maladie. Vivant proche de la brousse, la population connaît des plantes bienfaisantes qui sont à sa portée.

« Si la maladie n'est pas grave, je ne vais pas au centre de santé ; je reste à la maison, je cherche des plantes pour me laver et boire », (Boudo Adjara, Nanou).

Les médicaments modernes sont achetés en pharmacie (dans deux pharmacies boromolaises, on note 47 achats avec ordonnances contre 55 sans ordonnances durant trois jours) ou bien chez les vendeurs de médicaments de rue ou encore, on utilise les restes d'un précédent traitement. Si la maladie est de plus en plus préoccupante malgré le traitement, au bout d'un temps variable en fonction de l'état du malade et de sa capacité (personnelle ou sociale) de se payer des soins, recours est fait à des prestations de soins (services de santé ou thérapeute traditionnel).

Recours à la médecine traditionnelle

On y a recours lorsque la maladie est considérée comme une maladie « de noir » ou encore lorsque la médecine traditionnelle est perçue comme plus efficace dans le traitement de la maladie. Ainsi, on a recours à la médecine traditionnelle pour les maux tels que :

- les fractures fermées soignées dans la région par un guérisseur basé à Kalembouly (village situé à environ, 17 km de Boromo) ;
- les hémorroïdes ;
- les maladies infantiles telles que "*kono*" qui correspond selon la biomédecine au neuropaludisme, l'érythème ou l'irritation anale ("*kôtiqûè*"), les enfants pleurnichards, la dentition, etc. ;
- la jaunisse ou l'ictère pour laquelle l'injection est inappropriée et peut être mortelle ;

- le paludisme qui perd du crédit auprès des formations sanitaires à cause des résistances aux médicaments qu'on observe actuellement, etc.

Recours à la biomédecine

Recours est fait aux formations sanitaires pour les maladies dites "modernes" ou de "blanc" et celles qu'elles sont réputées pouvoir traiter efficacement. Ces affections sont les suivantes :

- les blessures simples ou les blessures traumatiques, les maladies nécessitant une chirurgie telles que les hernies étranglées (« même le guérisseur qui soigne les gens se fait opéré son hernie à l'hôpital »), les césariennes ;
- les injections ou perfusions ;
- l'accouchement. Quoique des médicaments traditionnels soient parfois donnés à la parturiente pour faciliter le travail, la majorité des femmes accouche à la maternité. Celles qui accouchent – généralement par accident- hors centre de santé sont amenées ensuite dans une formation sanitaire – ;
- maux de ventre avec diarrhée ;
- déshydratation ;
- anémie, etc.

Si les différents recours semblent théoriquement bien tranchés, de fait, le patient peut passer d'une médecine à l'autre tout comme il peut juger utile d'associer deux ou plusieurs médecines. Un malade hospitalisé dans une formation sanitaire est aussi traité par des médicaments traditionnels. L'itinéraire thérapeutique est donc caractérisé par un pluralisme médical.

Les avantages comparatifs des diverses offres

En dehors des représentations sociales des maladies et des médecines, le recours thérapeutique est aussi déterminé par les contraintes financières. On choisit une médecine selon son coût. On pourrait regrouper les différentes offres en deux catégories : formelle et informelle.

L'offre formelle est représentée par les formations sanitaires. Pour accéder à cette offre, il faut payer au préalable à la caisse un ticket d'entrée de 200FCFA avant d'accéder à un soignant. Ensuite une ordonnance, qui peut être précédée par des analyses au laboratoire, dont le coût est variable selon les cas, est délivrée.

L'offre informelle est représentée essentiellement par les médecines traditionnelles et de rue. En ce qui concerne la médecine traditionnelle, le coût est souvent symbolique (quelques cauris, un poulet, des œufs, de la petite monnaie, etc.)¹⁷ et se paie après guérison dans certains cas. Pour la "pharmacie par terre" l'achat se fait en fonction des moyens du client (on peut acheter un seul comprimé).

Ces médecines sont aussi enchâssées dans des relations sociales. Les tradipraticiens ou les vendeurs de médicaments de rue ne constituent pas des institutions. Le prix proposé peut être discuté. Il existe des liens sociaux (l'origine sociale commune, la connaissance, l'amitié, la parenté...) qui peuvent amoindrir encore le coût du traitement.

¹⁷ L'inefficacité de la pharmacopée actuelle est expliquée par son coût. On sait que le bon médicament n'est pas cher. Ceux qui cherchent de l'argent avec leurs connaissances les voient s'affaiblir et se perdre. Le tradipraticien véritable est celui qui est discret et reste chez lui. L'exposition des médicaments traditionnels dans les marchés est un autre signe de la déperdition de sa valeur initiale. De nos jours, les usagers pensent que le bon remède, efficace, peu cher, existe toujours mais qu'il est très difficile à trouver.

Les réseaux sociaux comme solution à l'accès aux soins de la médecine moderne

Lorsque le paiement des soins donnés dans les formations sanitaires s'avère difficile, deux alternatives existent : l'appel à la solidarité ou les soins à domicile.

La solidarité

Sans protection sociale telle que l'assurance maladie ou l'adhésion à une mutuelle de santé, le patient prend en charge ses dépenses sanitaires de façon ponctuelle. S'il y a des difficultés de paiement de ses soins, c'est le réseau social qui est mobilisé. Or, tout le monde ne bénéficie pas réellement de cette solidarité. Même si on peut dire que les usagers ne manquent pas de relations proches ou éloignées pour les soutenir en cas de besoin, l'aide est parfois problématique. Elle peut se manifester tardivement. Le malade est conduit à un centre de santé dans un état trop grave pour être encore sauvé.

La solidarité est parfois provoquée par la peur du parent nanti de perdre sa réputation. On observe donc une sorte de « solidarité d'honneur » dans les familles. Elle intervient tard, lorsque la maladie est grave. Le but de cette solidarité de dernière minute est de se prémunir contre les critiques éventuelles telles que « *un tel est mort seul, sans soutien comme s'il n'avait pas de famille.* » Lorsque l'opinion publique se rend compte de la négligence d'une personne indigente par sa famille, elle réagit par des critiques. Pour éviter ces critiques, on soutient son malade mais tardivement. Sinon, la réflexion suivante peut être adressée au nanti : « *tu dis que tu as de l'argent alors que tu as laissé mourir seule telle personne de ta famille* ». Le recours au réseau social pour accéder aux soins de santé n'est donc pas toujours efficace.

Les soins à domicile

Les soins à domicile sont à différencier du suivi à domicile. Le premier consiste pour un agent de santé à prendre en charge entièrement (consultations et prescriptions de soins) un malade à domicile. Dans le suivi à domicile, le malade (la plupart du temps, ce sont des malades chroniques) est déjà pris en charge dans une institution sanitaire mais il n'est pas hospitalisé. L'agent de santé passe voir l'évolution de son état et l'observance des soins. Ce genre de suivi n'existe pas à Boromo. Par contre les soins à domicile -interdits dans les normes- se pratiquent. Le soignant administre les soins chez lui ou bien chez le patient. Selon Médah (2006), ces soins visent deux objectifs : l'un pécuniaire et l'autre social. Dans le premier cas, le soignant se fait payer et dans le second, il rend service gratuitement aux relations sociales (parents, amis, connaissances, etc.). Il y a une différence entre les grands centres urbains et les centres semi urbains ou ruraux de ce point de vue. Si dans les grandes villes, les deux raisons (pécuniaire et sociale) coexistent, dans les petites villes ou dans les villages, dont Boromo, les soins à domicile sont motivés uniquement par les relations sociales. Seuls le besoin d'aider chez le soignant et la mobilisation du capital social chez le soigné motivent les soins à domicile dans ces localités. Il y est fait recours pour les besoins de soins nocturnes ou pour soigner les personnes très âgées dont le transport dans un centre de santé n'est pas aisé ou qui refusent de se laisser transporter. Toutefois, il a été observé une autre forme de soins à domicile chez les autorités locales (modernes ou coutumières) qui abusent de leur statut pour se faire soigner ainsi que les membres de leur famille (voir plus haut). Le soignant accepte de plus ou moins de bon gré :

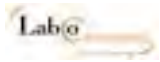
« Si le chef de village me demande de venir vacciner les gens dans sa famille, je ne peux pas refuser. Je suis fonctionnaire ici, imagine si quelque chose m'arrive, qui va me protéger ? » (un agent de santé).

LES PERSPECTIVES

Deux points évoqués dans ce rapport reste à explorer en détail dans le cadre de recherches futures en socio-anthropologie de la santé : les liens entre service public et identités sociales ; le rôle central des agents d'interface dans l'application des politiques publiques et ses conséquences en termes de représentations professionnelles.

A partir de l'exemple du CSPS d'Ouroubono mais aussi des difficultés de désenclavement du CSPS de Boromo (toujours situé dans le secteur 1 malgré son déplacement), nous pouvons constater que le service public est compris collectivement comme un facteur majeur de validation des identités sociales. Dans les villages et les quartiers, les infrastructures de santé et scolaires constituent des biens recherchés parce que -au delà de leur capacité à fournir des services- elles participent à la constitution de la « grandeur » locale. Le CSPS qui appartient au village indique l'intégration de celui-ci dans la nation. La définition émique de service public est donc très large. Elle ne se réduit pas à la dimension technique de la délivrance effective de biens (qui peut parfois passer à un rang secondaire dans ce type de contexte) mais comprend l'ensemble des technologies institutionnelles (découpages des cartes électorales, sanitaires et scolaires, lieux dont partent les flux de pouvoir et de ressources, lieu d'implantation des infrastructures...) qui ont comme effet direct ou indirect d'entraîner (ou non) une reconnaissance des lieux de vie et de pouvoir préexistants d'un corps social déjà constitué. Le lieu où l'on va implanter un puits ou un dispensaire, le centre d'où viennent les infirmiers qui mettent en œuvre une campagne de vaccination, où sont coordonnées des activités sectorielles concernant la santé ou l'éducation, l'implantation des bureaux de vote ou de résidence des fonctionnaires sont traduits localement dans le langage du pouvoir et de l'appartenance. Les établissements humains qui en sont bénéficiaires (comme ceux qui ne le sont pas) vont en tirer des conséquences immédiates sur leur légitimité en tant que communauté spécifique, en tant que communauté associée à d'autres dans des réseaux d'allégeance anciens (organisés autour des relations foncières et politiques) ou luttant contre d'autres pour l'accession au pouvoir local.

La pratique de l'infirmier paraît à la fois informée par le modèle marchand et par le modèle communautaire. Depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako (en 1993 pour le Burkina Faso) et d'un dispositif axé essentiellement autour du recouvrement des coûts, on a fait du processus de délivrance des soins de santé de base un processus en apparence entièrement sous le contrôle des communautés, en mettant en avant le thème de leur participation financière et de leur responsabilité dans la gestion des fonds provenant des tickets modérateurs et de la vente des médicaments. On a créé pour ce faire les Coges, formés de représentants de la communauté de base, sous la supervision d'un délégué du personnel de santé (qui conseille et valide les bilans d'activités). La responsabilisation des Coges a bien souvent signifié concrètement le contrôle de la décision de l'ensemble du système par les professionnels de santé notamment par les infirmiers, du fait des carences d'organisation et de compétences des membres des Coges, de simples paysans ou des jeunes à la recherche d'un emploi. Dans le cadre de l'IB, les infirmiers ont été dotés d'une grande liberté d'initiative et d'un fort pouvoir de contrôle. Ils usent de cette liberté de manière diverse : sur-investissement, recherche de compléments de revenus par la vente de médicaments prohibés et la vente du sang, intériorisation de la position de gestionnaire d'un système qui doit à tout prix être viable, appropriation sélective des politiques imposées depuis le haut en y introduisant leurs propres perspectives morales (voir par exemple sur l'indigence). La préoccupation pour l'équité, pourtant contenue dans l'IB, a été oubliée et l'attention des acteurs s'est concentrée sur l'efficacité de l'organisation mise en place (viabilité financière –les recettes propres générées-, résultats –nombre de consultations nouvelles, nombre de consultations dans la population des femmes en âge de procréer, nombre d'enfants vaccinés). L'infirmier a un intérêt personnel à ce que ce système fonctionne (il reçoit des « ristournes » en cas de bonne gestion) et c'est sa position de gestionnaire de fait qui informe en fin de compte l'ensemble de ses rapports aux usagers (voir la manière dont les infirmiers



classent les patients en « bons » et en « mauvais », selon qu'ils s'approvisionnent dans les dépôts pharmaceutiques gérés par les Coges ou dans les pharmacies privées) ou aux politiques. L'infirmier est devenu le principal acteur d'un système de délivrance de soins dont la particularité est de ne proposer que des **droits négatifs** aux usagers : n'en sont bénéficiaires que ceux qui ont les moyens de payer.

BIBLIOGRAPHIE

Jacob, Jean-Pierre, 2006. Un unanimisme politique presque parfait. Les élections municipales du 23 avril 2006 dans trois communes de la province des Balé (Centre-Ouest, Burkina Faso), *Etude Récit n°14, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés*, 38 p.

Jaffré, Yannick, Olivier de Sardan, Jean-Pierre (sous la dir.), 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Editions karthala, 462 p.

Kassem, Salam, 2008. *La production des services sociaux au niveau local. Le cas de la commune de Koudougou*, Etude Récit n° 23, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 45 p.

Médah, Rachel, 2006. Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), *Etude Récit n°11, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés*, 23 p.

— 2007, L'offre formelle de santé dans la commune de Boromo. Empilement des formations sanitaires et carences institutionnelles, in J-P Jacob et al., *Les services publics à l'échelle locale. Education primaire, action sociale, santé et approvisionnement en eau dans la commune de Boromo (Province des Balé, Burkina Faso)*, Etude Récit n° 17, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, pp 67-89.

— 2008, L'analyse de l'offre de santé dans la commune de Réo, province du Sanguié, Burkina Faso, *Etude Récit n°23, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés*, 35 p.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 2001. La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée, Réseau d'anthropologie de la santé. Les professionnels de santé, *Bulletin n°2, Unité de Recherche Socio-Anthropologie de la santé, SHADYC (EHESS-CNRS)*, pp 195-215.

Tiendrébégo, Hélène, 2008. Diagnostic institutionnel et organisationnel des services de santé dans commune de Boromo (province des Balé, Burkina Faso), *Rapport de consultance, Laboratoire Citoyennetés*, 84 p.

Études Recit

Juin 2009

- Étude n° 1 L'organisation des chances de vie dans la décentralisation burkinabè. Programme de recherche RECIT, 2004, 16 p.
- Étude 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.
- Étude 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.
- Étude n° 4 La mobilisation financière dans la commune de Boromo (Province des Balé, Centre-Ouest du Burkina Faso), Tonguin Sawadogo, 2004, 42 p.
- Étude n° 5 Les prélèvements locaux dans la commune de Boromo : Une analyse des perceptions et des pratiques d'acteurs, Mahamadou Diawara, 2004, 19 p.
- Étude n° 6 Sécurité foncière, bien commun, citoyenneté. Quelques réflexions à partir du cas burkinabè, Jean-Pierre Jacob, 2005, 27 p.
- Étude 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.
- Étude n° 8 « L'État n'est le père de personne ! ». Étude 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.
- Étude 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, 2006, 46 p.
- Étude n° 10 Partenaires ou citoyens ? La parafiscalité à Dédougou (Province du Mouhoun, Burkina Faso), Mahamadou Diawara, 2006, 23 p.
- Étude 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, 2006, 23 p.
- Étude 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, Valery Ridde, 2006, 36p.
- Étude n° 13 « Si tu as les feuilles, tu fais la loi » Représentations et pratiques des jeunes Ouagalais pendant la campagne présidentielle de 2005 (Burkina Faso), Julien Kieffer, 2006, 20 p.
- Étude n° 14 Un unanimité politique presque parfait. Les élections municipales du 23 avril 2006 dans trois communes de la province des Balé (Centre-ouest, Burkina Faso), Jean-Pierre Jacob, 2006, 38 p.
- Étude n° 15 Citoyenneté locale et citoyenneté formelle. La délivrance des pièces d'état civil à Boromo (province des Balé) et à Réo (province du Sanguié), Houodié Malo, Rachel Médah, 2007, 46 p.

- Étude n°16 De la cour à la rue. Ethnographie de l'assainissement dans deux petites villes du Burkina Faso (Réo, Boromo). Anne-Lise Granier, Issouf Hema, Peter Hochet, 2007, 49 p.
- Étude n°17 Les services publics à l'échelle locale. Éducation primaire, action sociale, santé, et approvisionnement en eau dans la commune de Boromo (Province des Balé, Burkina Faso). Jean-Pierre Jacob, Issouf Héma, Peter Hochet, Malo Houodié, Rachel Médah, Sayouba Ouédraogo, 2007, 133 p.
- Étude n°18 Le « prix de la vie ». Impôts et taxes dans la commune de Sirakorola (Cercle de Koulikoro, Mali). Mahamadou Diawara, 2007, 27 p.
- Étude n°19 La communalisation intégrale au Burkina Faso. Élections municipales et reconfiguration des arènes locales dans le Ganzourgou, Mahamadou Diawara, 2007, 18 p.
- Étude n°20 Gestion des déchets et assainissement à Fada N'Gourma : deux réalités, un récit. Laure Albigès, 2007, 39 p.
- Étude n°21 Analyse du système de Santé de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso). Rachel Médah, 2008, 37p.
- Étude n°22 Problèmes sociaux et assistance publique à Réo (pays lyèle, Burkina Faso), Malo Houodié, 2008, 35p.
- Étude n°23 Les services de l'assistance publique. L'exemple de Koudougou, Salam Kassem, 2008, 35p.
- Étude n°24 Les services de l'eau dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso), Romaine Konseiga, 2008, 30p.
- Étude n°25 L'éducation primaire dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso), Issouf Héma, 2008, 35p.
- Étude n°26 L'action publique dans la commune de Réo (Sanguié, Burkina Faso). Surpolitisation et sur-personnalisation des institutions locales, Jean-Pierre Jacob et alii, 2009, 51p.
- Étude n°27 Dynamiques locales et gouvernance politique dans la commune de Réo, Mahamadou Diawara, 2009, 29p.
- Étude n°28 Étude approfondie du système de santé dans la commune de Boromo (province des Balé), Rachel Médah, 2009, 29p.
- Étude n°29 Profils et conditions de travail des enseignants des écoles bilingues et classiques dans la ville de Koudougou (province du Boulkiemdé, Burkina Faso). Une analyse comparative, Geoffroy Nanéma, 2009, 61 p. En préparation.
- Étude n°30 Le service public au Burkina Faso. Le cas de la santé, de l'action sociale et de l'éducation primaire. Jena-Pierre Jacob et al., 2009, 50 p. En préparation.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

SNV

Connecting People's Capacities

Organisation

Néerlandaise

de Développement