


Synthèse des travaux de
recherche sur le service public
du Laboratoire Citoyennetés
(2006-2009)



Jean-Pierre JACOB
Issouf HÉMA
Salam KASSEM
Rachel MÉDAH

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

Jean-Pierre Jacob et alii, 2009, « L'infirmier, l'instituteur, l'agent social, Synthèse des travaux de recherche sur le service public du Laboratoire Citoyennetés (2006-2009), », Étude Recit n°30, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 55 p.

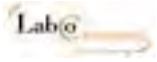
Ce document propose une synthèse des travaux de recherche du Laboratoire Citoyennetés dans le domaine de la santé, de l'éducation et des services sociaux pour la période 2006-2008. Il présente les principales politiques publiques et une analyse fouillée de l'offre de service et de la demande des usagers dans le domaine concerné. De manière générale, l'interface entre usagers et agents dans nos contextes paraît caractérisée par une sur-personnalisation dans la délivrance du service. Cette sur-personnalisation est liée à quatre types de facteurs qui sont analysés dans la dernière partie du texte: l'obligation de gérer les effets d'annonce dans des contextes de carence de droit appliqué, les contraintes imposées par les politiques qui encadrent le secteur concerné, la nature du service public proposé et enfin les « incompétences » des usagers.

This document offers a synthesis of research carried out between 2006 and 2008 by the Laboratoire Citoyennetés in the domains of health care, primary education and social services. For each sector, it presents the main public policies involved and provides an in-depth analysis of the way the service is delivered and demanded. The report concludes that this interface can be characterized by an over-personnalization of the relationships between public servants and users. This fact is linked to 4 types of variables that are discussed in the final section : the obligation to manage the announcement effects in a context of a lack of applied law, the constraints imposed by the policies that defined the sector concerned, the nature of the service delivered and, finally, the « incompetency » of the users.

LISTE DES SIGLES	5
INTRODUCTION.....	7
LE SERVICE PUBLIC DE LA SANTÉ.....	8
L'OFFRE FORMELLE.....	8
<i>L'Initiative de Bamako et la politique de santé actuelle.....</i>	8
<i>Les effets limitant de l'IB : le recouvrement des coûts.....</i>	8
<i>L'équité, un principe inapplicable : la problématique de l'indigence.....</i>	9
LE SYSTÈME DE SANTÉ ET SES DYSFONCTIONNEMENTS	11
<i>Histoire locale de la médecine moderne, organisation des systèmes de santé et décentralisation à Boromo et Réo.....</i>	11
<i>Mauvais accueil et actes illicites des agents de santé.....</i>	12
<i>La gratuité et ses paradoxes : un effet d'annonce.....</i>	14
LA COPRODUCTION DES SOINS DE SANTÉ	14
<i>La coproduction entre agents et usagers.....</i>	14
<i>La coproduction entre institutions.....</i>	15
LES OFFRES INFORMELLES	17
<i>La médecine traditionnelle</i>	17
<i>La médecine de rue.....</i>	17
LA PLURALITÉ DES DEMANDES	17
<i>Comparaison de la demande de soins formels entre Boromo et Réo.....</i>	17
<i>Les itinéraires thérapeutiques.....</i>	17
<i>La capacité financière et les avantages comparatifs des diverses offres</i>	18
<i>Les alternatives d'accès financier à la médecine moderne : les réseaux sociaux.....</i>	19
OFFRE FORMELLE ET DEMANDE : UNE RENCONTRE DIFFICILE	19
<i>La crise de confiance.....</i>	19
<i>Adaptation des politiques et des stratégies sanitaires à l'interface soignants/soignés</i>	20
<i>Enchâssement social des soins de la médecine moderne</i>	22
<i>L'auto-défense du soigné et la question de l'utilisateur</i>	22
SYNTHÈSE.....	23
LE SERVICE PUBLIC DE L'ACTION SOCIALE	24
ÉTAT DES LIEUX JURIDIQUE	24
LES POINTS SAILLANTS DE LA DÉLIVRANCE DU SERVICE PUBLIC DANS LE SECTEUR DE L'ACTION SOCIALE.....	25
<i>L'offre de service</i>	25
<i>Un trait structurant du fonctionnement des services : le manque de moyens</i>	29
<i>Les problèmes de coordination des interventions</i>	30
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE QUI CONTRIBUENT À DÉTERMINER LA DÉLIVRANCE DES SERVICES	30
LES RAPPORTS DE L'USAGER ET DU CITOYEN AVEC LE SERVICE	30
SYNTHÈSE ET PISTES D'ANALYSE.....	31
<i>Quelques éléments de synthèse</i>	31
<i>Quelques pistes d'analyse.....</i>	32
LE SERVICE PUBLIC DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE.....	32
ÉTAT DES LIEUX LÉGAL.....	32
<i>La loi d'orientation de l'éducation.....</i>	32
<i>La Lettre de politique éducative.....</i>	33
<i>Le Plan d'action national.....</i>	33
<i>Le Programme décennal de développement de l'éducation de base.....</i>	33
POLITIQUE ÉDUCATIVE ET CONTRAINTES INSTITUTIONNELLES.....	34
<i>Politiques macro-économiques de réduction des dépenses publiques et formation des enseignants</i>	34

<i>Contradictions des politiques publiques</i>	35
<i>Contradictions entre politiques publiques et service de qualité</i>	35
LES SOLUTIONS PROPOSÉES ET LEURS LIMITES	36
<i>La réduction du temps de la formation initiale des enseignants et la non-prise en charge de la formation continue (conférences pédagogiques et GAP)</i>	36
<i>L'obligation de scolarisation de six à seize ans</i>	37
<i>La gratuité de l'inscription et des manuels scolaires et la prise en charge de la cotisation des parents d'élèves pour les filles</i>	38
<i>La multiplication et la diversification de l'offre d'éducation</i>	38
L'OFFRE D'ÉDUCATION AU NIVEAU LOCAL.....	38
<i>Comparaison entre Réo et Boromo</i>	38
<i>L'offre d'éducation satellite</i>	40
<i>La coproduction de l'offre d'éducation et ses limites</i>	41
SYNTHÈSE : ÉCOLE, IDENTITÉS SOCIALES ET PROFESSIONNELLES	42
<i>L'école comme facteur d'intégration du village dans l'État</i>	42
<i>L'école comme facteur de justice entre générations</i>	42
<i>L'école et l'identité professionnelle des enseignants</i>	43
MISE EN PERSPECTIVE	44
L'OBLIGATION DE GÉRER LES EFFETS D'ANNONCE	44
LES CONTRAINTES LIÉES AUX POLITIQUES DANS LE DOMAINE SECTORIEL CONCERNÉ	45
<i>L'infirmier</i>	45
<i>L'agent social</i>	46
<i>L'instituteur</i>	47
LA NATURE DU SERVICE PUBLIC PROPOSÉ.....	48
LES «INCOMPÉTENCES» DES USAGERS	48
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
TEXTES JURIDIQUES	50
OUVRAGES, ARTICLES	50
RAPPORTS	52

AME	Association des mères éducatives
APE	Association des parents d'élèves
ARV	Antirétroviraux
Cameg	Centrale d'achat des médicaments génériques
CE	Cours élémentaire
CEAP	Certificat élémentaire d'aptitude pédagogique
Ceb	Circonscription d'éducation de base
CEBNF	Centre d'éducation de base non formelle
CEP	Certificat d'études primaires
CP	Cours préparatoire
CPA	Conférence pédagogique annuelle
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical résiduel
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
Coges	Comité de gestion
CPF	Code des personnes et de la famille
CPN	Consultation prénatale
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
Dfe-Enep	Diplôme de fin d'étude des écoles nationales des enseignants du primaire
DPASSN	Direction provinciale de l'Action Sociale et de la solidarité nationale
DRASSN	Direction régionale de l'Action Sociale et de la solidarité nationale
Dpeba	Direction provinciale de l'enseignement de base et de l'alphabétisation
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
ECD	Equipe cadre de district
Enam	Ecole nationale de l'administration et de la magistrature
Enep	Ecole nationale des enseignants du primaire
EPT	Education pour tous
ES	Ecole satellite
FS	Formation sanitaire
GAP	Groupe d'animation pédagogique
IAC	Instituteur adjoint certifié
IB	Initiative de Bamako
IC	Instituteur certifié
IEPD	Inspecteur de l'enseignement du premier degré
IP	Instituteur principal
Meg	Médicaments essentiels génériques
Meba	Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation
MESSRS	Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique



L'infirmier, l'instituteur, l'agent social

Pan	Plan d'action national
Pddeb	Programme décennal de développement de l'éducation
PDSD	Plan de développement sanitaire de district
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PV/VIH	Personne vivant avec le VIH
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
Sateb	Syndicat autonome des travailleurs de l'éducation de base
Snea-b	Syndicat national des enseignants africains du Burkina
Synateb	Syndicat national des travailleurs de l'éducation de base

Depuis sa création en 2003, le Laboratoire Citoyennetés a entrepris une étude de longue durée sur la mise en place de la décentralisation au Burkina Faso. Il s'est proposé, ces trois dernières années (2006-2008), d'investiguer sur les conditions nécessaires à l'amélioration des services publics à travers une meilleure compréhension des enjeux qui en structurent la production, la délivrance et la demande. Des recherches ont été menées dans les communes de Boromo (province des deux Balé), Réo (province du Sanguié) et Koudougou (province du Boulkiemdé) sur différents services publics, notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation primaire et de l'Action sociale. Nous en livrons les principaux résultats ici.

Dans l'étude sur la santé, nous avons cherché à comprendre comment sont structurées l'offre et la demande de soins dans les formations sanitaires (FS) à partir des exemples de Boromo et de Réo. L'offre a été abordée dans sa globalité. Son historique, son organisation, sa coproduction avec les utilisateurs et avec d'autres structures connexes ou d'appui telles que les Coges, les mutuelles de santé, la mairie et la DPASSN (Direction provinciale de l'Action sociale et de la Solidarité nationale) ont été analysés. L'offre informelle telle que la médecine traditionnelle et la médecine de rue a aussi été prise en compte.

Nous avons pu constater l'importance qu'a prise le système de recouvrement des coûts mis en place par l'Initiative de Bamako dans la reconfiguration des rapports entre soignants et soignés. Si l'IB a amélioré la disponibilité en médicaments et l'accès à certains soins, il a fait de l'infirmier le personnage clé du système, indispensable dans la gestion financière de l'ensemble du processus, en substitution des membres du Coges, souvent mal préparés et peu motivés pour accomplir ces tâches. Bénéficiant d'une position forte à l'intérieur des FS, l'agent de santé développe des stratégies qui varient de l'innovation (sélection des politiques applicables et sélection des actes à accomplir en priorité pour favoriser la rentabilité du système) à l'autoprotection, en passant par le surinvestissement personnel ou le désengagement.

Les travaux menés par le Laboratoire Citoyennetés (LC) sur le service public de l'Action sociale dans les communes de Boromo, de Réo et de Koudougou ont débouché sur des résultats éclairants sur les conditions de production des services d'assistance au niveau local. Le secteur a connu l'adoption d'une politique réglementaire audacieuse (le Code des personnes et de la famille) qui cherche à introduire une rupture fondamentale dans les relations entre l'individu et le groupe aussi bien au niveau familial qu'au niveau communautaire. Cet instrument dont le but est de mettre le Burkina Faso en conformité avec les normes internationales en matière de droits civils par l'appropriation d'un profil type de citoyen adapté au fonctionnement des institutions étatiques constitue une réforme importante. On passe avec l'adoption du CPF, d'une Action sociale d'assistantat à une Action sociale de promotion, l'assistance devenant une des missions des collectivités territoriales. Ces changements ne sont d'ailleurs pas toujours connus des populations. Le CPF se révèle difficile à appliquer par les agents de l'Action sociale en raison de problèmes liés soit à l'organisation et au fonctionnement des services, soit à des pratiques et à des réalités locales. La multiplicité des acteurs intervenant dans le domaine pose par ailleurs le problème de la coordination des interventions.

Ce rapport présente également un bilan des recherches du Laboratoire Citoyennetés sur la scolarisation primaire, également à Boromo et à Réo. Pour parvenir à une augmentation du taux de scolarisation, le Burkina Faso a mis en place un ensemble de dispositifs légaux, qui instaure l'obligation de scolarisation de 6 à 16 ans, la gratuité de l'enseignement primaire (inscription, manuels et fournitures scolaires), promeut la qualité de l'enseignement et le développement des infrastructures. Après avoir abordé le contexte légal de la scolarisation primaire, nous allons

présenter la manière dont se structure l'offre éducative autour de l'objectif d'éducation pour tous et les difficultés qu'elle rencontre, notamment du fait des pressions contradictoires entre réduction des coûts des services, augmentation des taux de scolarisation et exigences de maintien de la qualité des services. Nous terminerons cette synthèse par l'analyse de l'interface offre/demande d'éducation primaire en tant que lieu de négociation des identités sociales et professionnelles : besoins de reconnaissance individuelle et collective des enseignants d'une part, et, d'autre part, la perception des parents sur les missions assignées à l'école.

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays africains, a mis en œuvre plusieurs politiques de santé depuis son indépendance. L'Initiative de Bamako (IB) est la dernière en date. Elle a été adoptée en 1987 et mise en œuvre au Burkina Faso en 1993. Cette politique, basée sur le recouvrement des coûts, prône à la fois l'efficacité et l'équité. Cependant, comme le montre l'étude de V. Ridde (2007) et nos données de terrain, les actions ont beaucoup plus été axées autour de la recherche de l'efficacité que de l'équité. On a traité de manière privilégiée les groupes et les affections cibles (tuberculose, paludisme grave de la femme enceinte et de l'enfant de moins d'un an et demi, méningite cérébro-spinale, vaccination, CPN) et l'accès aux médicaments a été facilité par l'instauration des Meg :

«Avant, il n'y avait rien, on tendait seulement une ordonnance au malade, mais maintenant, dans les CSPS, il y a des dépôts pharmaceutiques avec des médicaments disponibles et à moindre coût.»

La disponibilité et le renouvellement permanent des Meg sont considérés comme un indicateur important de la consultation curative. A Boromo, elle est jugée satisfaisante: sur 27 CSPS, seulement 5 ont connu une rupture des 10 Meg en 2003 (Ministère de la Santé, 2005a). A Réo, la situation est jugée moins bonne (voir Ministère de la Santé, 2005b).

Bien que l'IB ait explicitement un souci d'équité parmi ses objectifs, l'accent a surtout été mis jusque-là sur le recouvrement des coûts de fonctionnement: *«On nous a transformés en établissement à caractère commercial, il faut donc que nous générions de l'argent» (ICP)*. Même si les structures de santé sont quasiment accessibles d'un point de vue physique et géographique (une dizaine de kilomètres de rayon pour les plus éloignées) et les médicaments disponibles, la santé est devenue un bien à péage.

Cette situation n'est pas sans effets sur la pratique des professionnels. Les agents de santé développent une catégorisation informelle des malades: il y a les «malades rentables» d'un côté et les «malades non rentables» de l'autre. Les premiers sont ceux qui s'approvisionnent principalement dans les dépôts pharmaceutiques des centres de santé gérés par les Coges. Ils contribuent à un meilleur rendement de ces dépôts, donc au bon fonctionnement du système dans son ensemble. Les seconds, qui achètent leurs médicaments dans les officines externes (privées), ne sont pas bien perçus par le personnel de santé, ce qui peut se ressentir dans l'accueil. Voici, par exemple, les

¹ Rapport original rédigé par R. Médah.

propos de ce responsable d'un CSPS 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...

-Question: Et s'ils n'ont pas de l'argent pour payer ici ?

-AS: Ce sont des 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 à pris fin. Ils vont refuser de payer ici un médicament à 2 000F mais ils iront payer 5 000 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» (Médab, 2009 : 156).

Les patients qui peuvent payer leurs soins vont dans les FS et ceux qui ne peuvent pas en supporter les coûts restent en marge. L'équité visée à travers la prise en charge gratuite des indigents, prévue dans l'IB, reste donc un principe plutôt théorique, pour les raisons suivantes.

L'insuffisance des ressources matérielles pour des soins gratuits

Selon les agents de santé, ce n'est que récemment, avec la création en 2004 du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS), soit plus de dix ans après l'application de l'IB, que la prise en charge des indigents s'est amorcée. Pour eux, les FS ne sont pas dotées de moyens matériels suffisants pour mettre en place une stratégie d'équité :

«Beaucoup d'actes ne sont pas pris en charge. Les patients arrivent sans moyens, il n'y a pas de prise en charge totale des indigents. Nous restons faibles devant certains cas. Lorsqu'un malade vient le matin te demander 50F CFA pour acheter de la bouillie, ce ne sont pas les médicaments qu'il peut payer» (K. K., responsable d'une maternité).

L'absence ou l'insuffisance des médicaments disponibles pour les soins gratuits s'explique par le fait que l'Etat ne met pas de dotation suffisante à la disposition des services de santé et que les budgets votés pour faire face à ce problème à partir des recettes des Coges sont insuffisants. Préoccupés par le rendement financier, le personnel sanitaire et les Coges ne perçoivent pas cette prise en charge de l'indigence d'un bon œil. S. Sangaré (2009) explique que le faible budget accordé aux soins des indigents s'explique par les intérêts spécifiques des membres du Coge. Ils cherchent d'abord à financer leurs déplacements, leurs indemnités de présence (somme versée lors des réunions) ainsi que le paiement des « ristournes » du personnel médical pour participation à la gestion².

La réticence de l'indigent à aller dans une FS

Beaucoup d'indigents ne se présentent pas dans les structures de soins. Ils ignorent leurs droits à des soins gratuits, ou s'ils les connaissent, ne sont pas du tout persuadés que les centres de santé vont les leur accorder. La plupart des indigents - comme d'ailleurs beaucoup d'utilisateurs - sont perdus dans le dédale des structures sanitaires. Il en est généralement de même pour leurs accompagnateurs. Car, comme nous allons le voir plus loin, l'utilisateur anonyme est rarement bien accueilli dans les services de santé. Ils ne se donnent donc pas la peine de se déplacer et préfèrent recourir aux soins informels ou se laisser mourir.

²Le personnel infirmier a droit à des primes appelées couramment « ristournes », représentant 20% des recettes engendrées par la tarification des actes de soins (Ridde, Bicaba, 2009).

Un service peu disponible, voire inadéquat

Les services de santé ne sont pas véritablement adaptés pour les soins des indigents. Les soins gratuits délivrés dans une perspective d'équité s'ajoutent aux tâches habituelles du personnel dans les FS et créent donc une surcharge de travail. Les agents eux-mêmes ne savent pas comment appliquer ces nouvelles mesures qui nécessiteraient une réorganisation pratique des services et une coordination entre agents, qui n'est évidemment pas faite.

Les difficultés d'éligibilité de l'indigent et le jugement moral

La détermination du statut d'indigent est un véritable casse-tête³ :

«L'indigence peut se définir comme étant l'état d'un individu qui ne peut pas faire face à ses besoins les plus élémentaires. A ce titre, il bénéficie... de la solidarité nationale sous la forme d'une assistance publique et d'exemptions fiscales. Le problème qui se pose dans la mise en œuvre de l'assistance aux indigents est que la consécration d'un tel principe n'a pas été suivie d'indicateurs concrets de distinction de l'indigence. Il n'existe donc pas de règle d'identification de cet état» (Kassem, 2008 :28).

La définition de cet état se fait donc de façon subjective selon la sensibilité du soignant. Généralement, les agents de santé affirment n'avoir pas de peine à identifier les démunis:

«Si vous donnez une ordonnance à quelqu'un et que la personne tourne un jour, deux jours sans vous ramener les médicaments, c'est que ça ne va pas ! On sait que cette personne est indigente». «Ça frappe l'œil» (Des agents de santé).

Encore faut-il que ce personnel fasse ensuite l'effort de vaincre les routines habituelles pour faire bénéficier son patient indigent des mesures correspondant à son cas, ce qui n'est nullement automatique, comme on l'a dit plus haut.

L'indigent est souvent une personne souffrante qu'on découvre dans un centre de santé, sans accompagnateur, ou parfois en compagnie d'une personne qui n'est pas en mesure de lui apporter une aide financière. Ce sont, par exemple, les jeunes orpailleurs que l'on découvre abandonnés dans certaines FS.

L'accueil au sein des FS est également tributaire de considérations sociales et morales. Pour être bien soigné, l'indigent ne doit pas seulement être démuné matériellement mais il doit être aussi de bonne moralité. Les agents de santé et les membres du Coges ont du mal à concevoir le fait de faire bénéficier gratuitement de soins certains indigents, notamment les enfants de la rue, qu'ils considèrent comme des délinquants :

«Ce sont les enfants de la rue qui sont considérés comme nos indigents ici, ces voleurs-là ! » (Membre du Coges, Boromo).

«Comment ne vont-ils pas avoir mal au ventre, ils mangent mal, ils mangent du n'importe quoi, ils prennent l'alcool frelaté et fument la drogue, comment ne vont-ils pas tomber malades ?» (Agent de l'Action sociale, Boromo).

De fait certains de ces enfants fréquentent les FS sans avoir des soins. Précisons que ce jugement moral est susceptible de s'adresser à d'autres catégories de patients: les alcooliques, les bagarreurs, les voleurs, les prostituées et les criminels par exemple.

³ Voir également chapitre sur l'Action sociale.

Ce chapitre fera le point de la structuration, de l'organisation et des dysfonctionnements (difficultés matérielles, inhospitalité et actes illicites, incompétence ou faute professionnelle) du système sanitaire.

Les deux communes n'ont pas la même histoire sanitaire. La médecine moderne a été introduite dans la commune de Boromo par l'administration française tandis que dans celle de Réo, elle est l'œuvre des missionnaires catholiques. Les approches ont été de fait différentes. A Boromo, la médecine militaire a été introduite dans un milieu majoritairement musulman par une méthode contraignante. Réticents à la médecine du colonisateur, les malades et les parturientes étaient repérés et conduits par la force dans les centres de santé. Par contre, à Réo, la biomédecine est étroitement liée à la conversion religieuse de la quasi-totalité de la population qui a été évangélisée parallèlement aux soins. Le centre de santé mis en place par les missionnaires se situait près de l'église et aller prier pouvait être une occasion de se soigner et vice-versa. Cela a eu pour conséquence une propension à l'utilisation de la médecine moderne. Cette différence dans l'introduction de la médecine formelle dans nos deux contextes a des effets sur la configuration de la demande potentielle.

Structuration des systèmes de santé et décentralisation

La structuration officielle du système de santé national suit une architecture pyramidale. Il existe trois échelons: le district sanitaire (premier niveau); le CHR ou Centre hospitalier régional (deuxième niveau) et le CHU ou Centre hospitalier universitaire ou national (CHN) (troisième niveau). Le système de santé est déconcentré et décentralisé, chaque FS étant autonome.

Le district sanitaire étant l'organisation de base de cette pyramide sanitaire, elle se compose de deux niveaux de soins: le Centre de santé et de promotion sociale ou CSPS (premier échelon) et le Centre médical avec antenne chirurgicale ou CMA (second échelon). Le CSPS prend en charge les soins primaires et réfère les cas nécessitant des soins d'un niveau supérieur au CMA.

Il faut noter que d'une manière générale l'organisation des soins dans le système de santé burkinabè est caractérisée par un décalage vers le haut entre les différents statuts et fonctions. Le personnel paramédical (infirmiers, sages-femmes, etc.) joue le rôle du personnel médical (médecins) et le paramédical subalterne (aides-soignants, filles et garçons de salle...) celui du paramédical. Par exemple, l'injection, qui est un soin infirmier, est faite par les filles et garçons de salle (Médah, 2006). Ce décalage entre statuts et fonctions du personnel remet en cause la qualité des soins. L'utilisation des accompagnateurs pour le nettoyage de la salle d'accouchement des maternités est une habitude ancienne, et dans le contexte actuel de maladies infectieuses, elle n'est pas envisageable sans risques. En effet, ces femmes s'exposent à un risque de contamination, notamment au VIH. Non initiées aux notions d'hygiène et à la prévention de l'infection, elles nettoient sans mettre de gants.

La direction du district sanitaire qui assure la coordination du CMA ou CM et du CSPS est dotée d'un organe pour la supervision des soins: l'Equipe cadre de district (ECD). Cette équipe s'occupe des affaires administratives et aussi de la supervision technique des deux types de formations sanitaires. Toutefois, depuis la mise en œuvre de la décentralisation intégrale au Burkina Faso en 2006, la commune doit participer à la gestion des CSPS. Les mairies doivent désormais, en coordination avec les Coges, apporter une contribution matérielle, notamment par la construction d'infrastructures sanitaires, l'apport d'équipements médico-techniques et de personnels... L'application de cette nouvelle mesure sera analysée dans le chapitre consacré à l'examen de la coproduction des soins biomédicaux.

Le mauvais accueil

L'étude de Jaffré et Olivier de Sardan (sous la dir., 2003) explique que l'accueil dans le FS se fait selon le statut social du patient ou l'existence d'une relation (parenté, amitié, connaissance...) entre le soignant et le soigné. Les usagers des services de santé dénoncent plusieurs problèmes à propos de l'accueil. Seuls les patients ayant une relation avec le soignant ou bien pouvant l'influencer par une apparence extérieure respectable laissant deviner son appartenance à l'élite sont bien accueillis. L'utilisateur anonyme et ayant une apparence physique qui dénote un bas niveau social est susceptible de ne pas être bien accueilli. Dans nos contextes, les plaintes des usagers à l'égard de certains agents de santé sont de deux ordres: le mauvais accueil et la maltraitance. D'après les usagers, les agents ne paraissent pas préoccupés par leur cas mais par leurs activités personnelles (bavardage, télévision). Ils ignorent l'arrivée du patient et traînent avant de le recevoir, surtout lorsque le patient ne parle pas français, la langue véhiculaire au sein du service.

De la violence psychologique (négligence et injures), la maltraitance du soignant peut aller jusqu'à la violence physique. D'après les parturientes, certaines soignantes les frappent. Soulignons que de tous les services de santé, ce sont les maternités qui sont le lieu de prédilection de ces problèmes d'accueil. Et les femmes soignantes sont dénoncées comme étant les protagonistes de cette violence car les hommes sont considérés comme plus compréhensifs et assistant mieux les parturientes.

Prescriptions abusives, incompétence, faute professionnelle : le patient seul face à lui-même, comment statuer ?

Il arrive quelquefois que les prestations des agents de santé soient remises en cause pour les problèmes suivants.

■ Prescriptions abusives

Les usagers se plaignent des prescriptions sans cesse renouvelées et non utilisées. Lorsque l'équipe soignante change, la nouvelle équipe, assurant la relève, prescrit une nouvelle ordonnance. Tout se passe comme s'il n'y avait pas de continuité dans le suivi médical ou que chaque agent contestait les prescriptions du précédent. Parfois, le professionnel soignant fait acheter plus de médicaments qu'il n'en faut.

– Incompétence

Dans le système sanitaire de Réo, plus qu'à Boromo, il y a des critiques sur les compétences du personnel. L'extrait d'entretien suivant l'illustre:

«Les infirmiers d'ici n'ont jamais guéri un malade. Même si c'était devant les infirmiers, j'allais dire ça. Au lieu de s'occuper des malades, ils font leurs bêtises d'abord. Et lorsqu'on essaie de se plaindre, ils disent que "c'est toi qui as amené ton malade."» (Usager, secteur 3).

Il y a également des plaintes plus précises adressées à une catégorie donnée de soignants. Il s'agit par exemple de stagiaires dont les professionnels délaissent le suivi et qui suscitent de la méfiance chez les usagers.

■ Faute professionnelle

Il existe également des plaintes informelles pour ce qui apparaît comme des fautes professionnelles. Nous allons en donner un exemple. Nous avons rencontré PB au CSPA de Boromo avec son fils malade. Il venait d'un autre CSPA périphérique. Il nous a expliqué son parcours et ses expériences passées dans son CSPA 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 CSPA, 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 (est anémié) et nous dit que si nous voulons, nous pouvons aller à Boromo (souligné par nous). 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. Le bébé est vivant, il a été amené dans une garderie à Bobo. Ensuite notre cousine l'a récupéré pour l'amener à Bouaké (Côte-d'Ivoire). 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» (Médah, 2009 : 167-18).

Visiblement, il y a eu dans ce cas défaut de prestation. Elle se manifeste de deux manières :

- le patient n'a pas eu la bonne information. Le message reçu n'est pas clair. 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 été orienté vers des soins adéquats. On peut se demander pourquoi, ni la femme enceinte ni l'enfant n'ont été référés à temps dans le centre de santé approprié pour avoir les soins nécessaires. La parturiente qui est allée au dispensaire 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 à la FS adéquate. L'agent de santé n'a pas donné d'ordonnance de référence. Les parents laissés à leur propre initiative ont, par chance, eu le bon réflexe grâce à une précédente expérience malheureuse.

Ce que cet exemple suggère, c'est qu'en cas de défaillance du personnel médical le seul moyen pour obtenir un traitement efficace reste la compétence du patient ou de son entourage, qu'elle soit acquise par l'information ou par l'expérience. Cette compétence n'est évidemment pas toujours présente. Nous y reviendrons.

■ L «**affairisme**»: vente de médicaments prohibés et trafic de sang

Les études sur l'offre de santé, ces dernières années, ont fait l'inventaire des différents comportements préjudiciables à propos du personnel de santé: tromperies, surfacturations, détournements et reventes de médicaments, etc. (Jaffré et Olivier de Sardan, dir., 2003). Ces actes sont contraires à la déontologie de la profession. Ils sont mus par la volonté de trouver des compléments aux salaires jugés insuffisants. Toutefois, il faut préciser que ces études ont été menées dans de grands centres urbains et dans d'importants centres hospitaliers où la quantité des malades et l'importance des prescriptions médicamenteuses favorisent ce genre d'actes. Dans notre milieu d'étude (des petites villes), c'est surtout la vente des médicaments et le trafic de sang qui sont les comportements illicites les plus couramment constatés. Dans certains districts sanitaires, l'analgin, un médicament prohibé (ne figurant pas sur la liste des médicaments autorisés par la Cameg), qui existe sous forme de spécialité (novalgin) autorisée et vendue dans les pharmacies, est proposé à l'achat (Médah, 2008). Le succès de la vente de ce médicament s'explique par la convergence entre l'intérêt pécuniaire des agents de santé et l'évaluation profane du patient qui le trouve efficace et en apprécie le mode d'administration (injectable, voir sur le sujet Médah, 2006).

En outre, dans nos deux systèmes de santé, il n'existe pas de banque de sang. En principe, lorsqu'il y a nécessité d'une transfusion sanguine, le sang est pris chez des volontaires issus de la parenté ou de l'entourage social du patient. Ce dispositif permet de résoudre le problème immédiat et de conserver une certaine quantité de sang pour d'autres cas ultérieurs. Le sang est donc offert gratuitement, mais il est parfois également revendu.

La gratuité consiste dans l'exonération du coût des actes de soins, la prise en charge complète chez des catégories déterminées d'usagers et l'administration de soins gratuits pour certaines maladies bien précises. Selon les textes de loi, certaines catégories socioprofessionnelles sont exonérées ou paient un tarif subventionné pour les actes de soins (consultations) dans les formations sanitaires publiques.

Si l'exonération du coût de l'acte se passe généralement sans problèmes, l'application des mesures liées aux autres types de gratuité soulève quelquefois des difficultés pratiques. Beaucoup d'usagers ignorent cette réduction du coût des actes, ne la revendiquent pas ou l'obtiennent parfois d'office avec surprise et satisfaction.

L'application de la prise en charge des indigents - qui doivent bénéficier de consultations et de soins entièrement gratuits - dont nous avons déjà parlé, et de celle des malades dont le traitement a été déclaré gratuit par les lois, butent sur d'énormes difficultés. Elle provoque parfois des malentendus entre personnels de santé et usagers. La vaccination, les CPN et le traitement de certaines maladies telles que la tuberculose, le paludisme grave de la femme enceinte et du nourrisson jusqu'à un an et demi d'âge et la méningite cérébro-spinale sont en principe gratuits. L'Etat approvisionne en médicaments ses différentes FS. Cependant, ces dotations ne sont pas régulières et le traitement peut du coup se révéler incomplet. Cette situation a été aussi soulignée dans une étude sur un autre district sanitaire burkinabè :

«...il semble que l'Etat ait fourni quelques médicaments dans certaines formations sanitaires du district, mais leur quantité était très réduite, limitant leur utilité (...) nous dit l'un des plus anciens infirmiers en poste dans la région...» (Ridde, 2007 : 165).

Ces fluctuations des dotations entraînent des prescriptions additives payantes qui ne sont pas bien acceptées (car elles ne sont pas comprises) par les usagers (Médah, 2008). Entre les responsabilités propres du personnel et celles de l'institution médicale, il y a une confusion, et les gens accusent souvent les agents (qu'ils connaissent) pour les carences constatées et non pas la FS en général ou de l'État (qu'ils connaissent mal).

De plus, la gratuité, lorsqu'elle est appliquée, ne règle pas tous les problèmes. Dans le cas de la santé de la reproduction par exemple, la CPN est gratuite mais pas les soins, qui devront être effectués si une pathologie est découverte. Il en est de même pour les ARV. Certains sidéens très démunis, et qui ne sont pas en mesure de manger convenablement, arrêtent purement et simplement leur traitement.

Dans la politique officielle, tout se passe comme si en offrant gratuitement certains soins on les rendait accessibles à tous. Or dans les faits, seuls peuvent en tirer profit ceux qui disposent de revenus pour compléter les prestations gratuites.

La production des services de santé nécessite une collaboration entre les institutions et les usagers d'une part, et, d'autre part, une collaboration entre elles. Nous exposerons les problèmes liés à cette coproduction à ces deux niveaux.

Une contribution à la production des soins à la fois des agents de santé et des patients est indispensable à une offre de «qualité». Dans ce chapitre, nous montrerons la part d'investissement que doit fournir la population pour l'obtenir.

L'accessibilité financière

Les dépenses sanitaires sont payées directement par les usagers. Or on note qu'il n'y a pas en général dans les familles de prévision budgétaire permettant de faire face aux dépenses de santé. La maladie survient souvent à un moment où il n'y pas d'économie. Il faut donc compter sur la solidarité du réseau social qui n'est pas forcément une garantie ou avoir recours à des emprunts.

Les difficultés de coopération au traitement et les «incompétences» des usagers

On observe chez les usagers une préférence pour certains soins bien déterminés. Sans aucune culture biomédicale, le patient a des préférences ou n'adhère pas à certains traitements. Certains préfèrent le traitement par voie orale ou par voie parentérale (Médah, 2006). Le fait de faire le pansement du nombril des nouveau-nés avec des pinces est remis en cause par certaines personnes qui pensent que c'est douloureux pour le bébé et provoque des maux de ventre. Il arrive que certains malades refusent totalement les traitements prescrits parce qu'ils ne les jugent pas appropriés. Certains patients arrivent également dans les FS avec des diagnostics propres qu'ils cherchent à faire entériner par le personnel soignant. Ces résistances aux prescriptions médicales - produites par des représentations sociales - créent des frustrations chez les agents de santé.

En outre, il est extrêmement difficile de recueillir des opinions «argumentées» sur les services de santé. Elles sont plutôt le fait des personnes instruites, que ce soit en ville ou au village. La plupart des femmes et quelques non-instruits observent le silence, affirmant ne pas savoir ou finissant par donner un avis positif pour toutes les prestations fournies. Cette absence d'opinion peut se justifier par une véritable absence d'intérêt pour la question ou par une attitude morale. Critiquer une pratique professionnelle (c'est-à-dire une activité permettant à une personne de gagner «son pain») est souvent mal perçu dans les milieux populaires. En outre, on remarque que l'utilisateur d'un service n'a pas toujours toute l'information nécessaire pour maîtriser le fonctionnement du système dans sa globalité et pour en déceler les dysfonctionnements. Il n'a pas toujours non plus toute l'information, comme nous l'avons vu à propos de l'enfant anémié, pour suivre son propre traitement et se substituer aux carences éventuelles d'un agent.

L'urgence sanitaire et la responsabilité humaine : une coproduction forcée

Les défaillances du service d'urgence entraînent une coproduction forcée par l'entourage. Lorsqu'un individu se retrouve à conduire urgemment un malade dans une formation sanitaire, c'est elle qui est chargée par les agents de l'achat des ordonnances en attendant l'arrivée des parents (s'il y en a). Cette responsabilisation «forcée» de celui qui a porté secours rend difficile l'aide d'urgence. A Boromo, un mendiant pris de malaise au marché n'a pas été conduit dans une FS mais à la mairie parce que l'association des commerçants a craint de devoir prendre en charge ses soins si elle procédait autrement (voir Médah, 2009).

En plus des services de santé proprement dits, d'autres services et organisations communautaires tels que la mairie, l'Action sociale et le Coges collaborent à l'offre de santé. Chacune de ces structures jouent un rôle spécifique. Toutefois, dans les faits, à part le Coges qui est partie intégrante du CSPS, les autres acteurs œuvrent en ordre dispersé.

Le Coges

Le Coges est une émanation de la communauté locale. Il est chargé de la gestion du CSPS et de la mobilisation sociale. Toutefois, dans nos deux communes une bonne partie du travail repose sur la personne de l'ICP qui devrait être, en principe, un simple appui technique. Deux facteurs essentiels expliquent ce fait. Le faible niveau scolaire des membres du bureau et le caractère bénévole de leur mission.

Initiés à leurs tâches par une formation assez sommaire au moment de la mise en place d'un bureau, les membres du Coges ne sont pas de taille pour s'opposer au leadership des ICP qui dirigent et accaparent les activités administratives et les décisions. De surcroît, n'étant pas salariés, ils n'investissent pas beaucoup dans la structure.

La mairie

La procédure de mise en place du transfert de compétences dans le domaine de la santé aux collectivités territoriales n'est pas véritablement entamée. Les différents CSPS continuent de fonctionner sans la présence réelle de la mairie dans leurs activités. Les responsables du district sanitaire attendent du ministère de la Santé les textes réglementant ce processus afin de savoir comment se réorganiser.

En outre, on note beaucoup de réserve de la part des institutions de santé quant à cette éventuelle tutelle de la mairie. D'aucuns évoquent l'incapacité des mairies à payer leurs propres charges en citant les arriérés de factures d'électricité ou de téléphone qu'elles cumulent et les suspensions de la fourniture de ces services dont elles font parfois l'objet :

«Je ne suis pas sûr que la mairie puisse payer nos factures. L'électricité est parfois suspendue à la mairie» (Responsable d'un centre de santé).

Cette inquiétude s'inscrit dans un contexte général de scepticisme des agents techniques envers les performances dont sont capables les politiciens.

«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 vont pas avec la performance des services de santé. Politique et technique (développement) ne font pas bon ménage» (Membre, Equipe Cadre de District).

La mutuelle de santé

Le système d'assurance maladie est très peu développé au Burkina Faso. Il est quasi inexistant dans les zones semi-urbaines. Toutefois, on observe une émergence de mutuelles de santé un peu partout dans le pays. Une mutuelle de santé se définit comme *«une association facultative de personnes (donc à adhésion libre) à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de ses cotisations principalement et sur la base de leurs décisions, elle mène en leur faveur et en celle de leurs familles, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux»* (B. Fonteneau cité par H. Tiendrébéogo, 2008 : 15).

Vu les problèmes financiers des usagers, les mutuelles de santé, si elles fonctionnaient bien, devraient aider la population à s'organiser dans le but de faire face aux dépenses sanitaires. Or, on constate qu'elles sont inefficaces sur le terrain. La mise en place de ces structures communautaires peut échouer à cause de la surpolitisation dont elles sont victimes, les responsables choisis l'étant sur des critères d'allégeance partisane et non pas de savoir-faire (Médah, 2008). Elle peut aussi échouer à cause d'une approche inadéquate ou trop restrictive (voir à Boromo la restriction des prestations de la mutuelle aux urgences chirurgicales, Tiendrébéogo, 2008).

L'absence de coordination entre institutions

Pour remédier à des problèmes globaux comme celui de l'indigence, il n'existe pas de coordination entre les services, et on observe que chaque structure (CSPS, CMA ou CM, mairie et Action sociale) traite séparément ses usagers au cas par cas en fonction de la sensibilité individuelle des agents et de ses moyens propres (voir PSDS Boromo, 2006-2010, 2005 : 45).

Les offres informelles regroupent la médecine traditionnelle et la médecine de rue. Elles constituent des alternatives à la médecine moderne qui ne satisfait pas toujours la demande de nos populations d'étude.

On peut définir globalement la médecine traditionnelle comme l'ensemble des pratiques anciennes et récentes de soins qui se réfèrent à des modèles vernaculaires d'étiologie. Elle est liée soit à l'animisme, soit à l'islam. La population, selon son affiliation religieuse, y a plus ou moins recours. Elle est globalement plus utilisée à Boromo qu'à Réo. Elle est assez variée et comprend différentes approches. Il est possible de distinguer deux catégories de soignants selon ces approches: la médecine traditionnelle, liée à un apprentissage (héritage, acquisition), et celle qui est liée à un don.

C'est un corollaire de la médecine moderne. La caractéristique principale de ces médicaments, vendus dans les rues et les marchés, c'est que, quoiqu'ils ressemblent aux produits pharmaceutiques, leur vente se fait différemment de celle qui est pratiquée dans les officines. Les médicaments proposés n'y sont pas conservés dans des conditions convenables. Emballés dans des sacs en plastique ou exposés dans des cartons ou sur des tablettes, ils sont soumis aux intempéries (vent, poussière, humidité et chaleur). Les vendeurs de ces médicaments sont en général des jeunes chômeurs qui en font une source de revenus. Ils ne savent pas tous lire et n'ont que des connaissances imprécises et acquises sur le tas des produits qu'ils vendent. En outre, les médicaments sont vendus selon le pouvoir d'achat du client (à l'unité...).

D'une manière générale, le patient n'est pas fidèle à une seule médecine. La demande est donc plurielle. Toutes les offres présentées ci-dessus (médecine moderne, médecine traditionnelle, médecine de rue) et l'automédication (qui est liée à toutes ces médecines) constituent des recours thérapeutiques. Cependant, on remarque qu'il y a des populations plus enclines à avoir recours à la médecine moderne que d'autres: les plus riches et les plus instruits notamment.

Nous l'avons dit plus haut, les deux communes ont eu des rapports différents avec la médecine moderne: l'une liée à l'administration coloniale (Boromo) et l'autre aux missions (Réo). Ces situations opposées génèrent des dispositions très différentes vis-à-vis des soins modernes, plus importantes à Réo qu'à Boromo. Dans les faits cependant, on constate que la fréquentation des FS est plus élevée à Boromo qu'à Réo (0,32 contact par habitant et par an à Boromo contre 0,23 à Réo en 2004), ce qu'on peut attribuer à plusieurs causes possibles: meilleur niveau de vie des populations boromolaises ou meilleure offre des FS (voir sur le sujet, Médah, 2009)...

L'itinéraire thérapeutique est caractérisé par des recours variés à différents types de médecine, qui peuvent être successifs ou simultanés. Généralement, le choix des différents recours se fait en fonction de la perception de l'efficacité et la capacité financière. Il existe quatre types de recours: la médecine traditionnelle, les formations sanitaires, les médicaments de rue et l'automédication. Nous allons nous concentrer sur les deux premières.

Recours à la médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle se fait lorsque la maladie est perçue comme causée par un agent externe (sorcellerie, causalité surnaturelle) ou bien lorsqu'elle est considérée comme plus efficace dans le traitement. Dans la zone de Boromo surtout, la médecine traditionnelle est réputée pour son efficacité dans la guérison des maladies ou affections suivantes :

- les fractures fermées (village de Kalembuly, près de Boromo);
- les hémorroïdes;
- les maladies infantiles telles que "kono" («l'oiseau»), qui correspondrait au neuropaludisme, l'érythème ou l'irritation anale ("kôtigè"), les enfants qui pleurent tout le temps, les problèmes de dentition...;
- la jaunisse ou l'ictère, pour laquelle l'injection est inappropriée et peut être mortelle;
- le paludisme, qui perd davantage du crédit auprès des formations sanitaires à cause des résistances aux médicaments qu'on observe actuellement.

Recours à la biomédecine

Il est fait recours à la biomédecine pour les maladies dites naturelles (ou «maladies venues de Dieu») et celles qu'elle a la réputation de traiter efficacement. Ce sont :

- les blessures simples ou les blessures traumatiques, les maladies nécessitant une chirurgie telles que les hernies étranglées⁴), les césariennes, etc.;
- les maladies demandant injections ou perfusions;
- l'accouchement;
- les maux de ventre avec diarrhée;
- la déshydratation;
- l'anémie...

Les recours thérapeutiques sont également déterminés par les contraintes financières. On choisit une médecine en fonction de son coût. On peut regrouper les différentes demandes en deux catégories: les demandes formelles et les demandes informelles.

Les demandes formelles se font auprès des FS. L'accès au personnel de santé est soumis au paiement préalable d'un ticket d'entrée de 100 F CFA. Une fois la consultation effectuée, le patient doit payer des médicaments et éventuellement des analyses au laboratoire, dont les coûts sont variables. Les soins modernes sont liés à un ensemble de services dont les coûts sont estimés comme plus élevés que ceux de la médecine traditionnelle ou des médicaments de rue.

Les demandes informelles sont l'ensemble des recours adressés aux médecines traditionnelles et de rue (pharmacie par terre). En ce qui concerne la médecine traditionnelle, le coût est souvent symbolique (quelques cauris, une poule, des œufs, de la petite monnaie, etc.) et peut se payer après guérison dans certains cas. Pour la pharmacie par terre, l'achat se fait en fonction des moyens du client (la dose est morcelée, on peut acheter même un seul comprimé). Ces médicaments sont vendus et utilisés avec une faible rigueur thérapeutique.

Ces deux médecines sont enchâssées dans des relations sociales. Les thérapeutes traditionnels ou les vendeurs de médicaments de rue n'ont pas une organisation stricte. Le prix proposé peut être marchandé. Il existe des liens sociaux (de parenté, d'origine sociale ou géographique commune, de

⁴ Les interviewés disent que « même le guérisseur qui soigne les gens se fait opérer son hernie à l'hôpital »

connaissance, etc.) qui peuvent faire baisser le coût du traitement ou l'échelonner. Même si la médecine traditionnelle peut s'avérer plus chère, c'est le mode de paiement qui le rend plus accessible que les services de santé moderne où de tels arrangements ne sont pas envisageables.

Lorsque l'accès financier aux formations sanitaires est difficile, deux solutions existent: la solidarité ou les soins à domicile. Dans les deux cas c'est le réseau social qui est mobilisé.

La solidarité

Tout le monde ne bénéficie pas réellement de la solidarité. Claudia Roth écrit à ce propos :

«L'idée selon laquelle le réseau de parenté, modèle et incarnation de la solidarité africaine, prendrait systématiquement en charge les personnes âgées, les pauvres et les malades, n'est pas conforme à la réalité» (2005: 295).

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 grave et l'issue peut donc être fatale.

La solidarité n'est pas toujours motivée chez les proches par le souci d'aider le patient à retrouver sa santé. Elle est parfois provoquée par la peur du parent nanti de perdre son honneur. On observe donc une sorte de «solidarité pour l'honneur» dans les familles. Le but de cette solidarité de dernière minute est de se prémunir contre les critiques éventuelles provenant du milieu social. Lorsque l'opinion publique se rend compte de la négligence d'une personne indigente par sa famille, elle réagit par de telles critiques. Pour éviter ces rumeurs, la famille agit mais trop tard, non pas pour soigner le parent malade mais pour éviter de s'entendre dire un jour ou l'autre: «Tu dis que tu as de l'argent alors que tu as laissé mourir seule telle personne de ta famille», (G. B., ex-président d'un Coges). 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 consistent à administrer le traitement chez le soignant ou 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 à ses relations (parents, amis, connaissances, etc.). On note une différence de ce point de vue entre les grands centres urbains et les centres semi-urbains ou ruraux comme nos communes de travail. Dans les grandes villes, les soins à domicile se justifient par deux raisons: pécuniaire (paiement des soins) et sociale (soins totalement gratuits ou acceptation de cadeaux de reconnaissance). Dans les petites villes ou les villages, les soins à domicile entrent dans le deuxième cas. En effet, seul le besoin d'aider (chez le soignant) et la mobilisation du capital social (chez le soigné) motivent les soins à domicile. La sollicitation se fait, généralement, dans le réseau social pour plusieurs raisons: les besoins de soins nocturnes, les soins donnés aux personnes très âgées dont le transport dans un centre de santé n'est pas aisé et les pauvres pouvant bénéficier de relations avec un agent de santé.

Toutefois, il a été observé également une autre forme de soins à domicile chez les personnes nanties, notamment les autorités locales (modernes ou coutumières) qui usent de leur statut pour se faire soigner de cette façon ainsi que les membres de leur famille.

La relation offre/demande de santé s'établit dans un cadre de communication souvent traversé par des malentendus, entraînant un climat de suspicion et d'absence de confiance. Deux raisons

expliquent cette situation: les difficultés relationnelles entre le soignant et le soigné et la distorsion de l'information officielle ou son absence dans le cadre des stratégies sanitaires.

Les stratégies sanitaires telles qu'elles sont présentées à travers les médias (presse, radio et télévision) sont toujours exagérément optimistes. C'est ainsi qu'on peut comprendre tous les quiproquos concernant la gratuité. Le patient s'attend, par exemple, à une offre de soins gratuite qui n'est pas toujours au rendez-vous, faute de dotations suffisantes ou de réformes en parallèle des structures chargées de l'application des mesures effectives (Médah, 2008; Sangaré, 2009). Par ailleurs, l'histoire des politiques sanitaires n'est pas forcément connue en détail par les patients. A l'heure de l'IB où prévaut le recouvrement des coûts, certains utilisateurs continuent de s'attendre à un service public gratuit ou tout au moins à un préfinancement des soins par les services.

Les difficultés relationnelles entre soignants et soignés sont anciennes⁵. Elles éclipsent les comportements consciencieux de certains professionnels. Une grille de lecture axée sur l'intérêt personnel et l'opportunisme de l'agent est mise en place par beaucoup de patients pour interpréter ses actions. Par exemple l'indication d'une pharmacie par l'infirmier dans le but (possible) d'aider l'utilisateur à trouver rapidement le médicament nécessaire est très vite interprétée comme le signe d'une complicité entre le professionnel de santé et le pharmacien.

Compte tenu des difficultés (matérielles, institutionnelles) dans l'application des politiques décidées par les organisations internationales et les Etats, c'est sur l'agent de base que revient en fin de compte la tâche de combler le fossé entre les discours des politiques et la réalité. On vérifie ici l'hypothèse de M. Lipsky (1980) selon laquelle les politiques se réalisent essentiellement à l'interface prestataires/usagers. Contraints en quelque sorte de mettre en œuvre des politiques qu'ils n'ont pas décidées - voir par exemple Sangaré (2009) pour la gratuité - et qui n'ont pas été dotées de suffisamment de moyens matériels pour être appliquées partout, les agents de santé les adaptent au contexte en développant des initiatives. Dans ce processus d'adaptation/réadaptation, les intérêts des soignants et soignés sont bien souvent incompatibles et il faut parfois opérer des choix qui mettent en péril ceux de l'autre partie. Selon les options, plusieurs cas de figure se présentent.

Le désintérêt du soignant pour le soigné

L'agent mû par ses intérêts personnels peut être amené à s'inscrire strictement dans les limites de l'offre. Il produit donc l'effort minimum et laisse l'utilisateur face à ses difficultés ou «l'exploite». Dans ce cas, l'agent de santé protège surtout ses propres intérêts. Il se présente avant tout un fonctionnaire en quête de promotion professionnelle, qui sait que l'amélioration de son revenu dépend de cette promotion et non pas du fait d'être ou non un bon soignant. Cette position apparaît clairement dans ces propos d'une accoucheuse auxiliaire d'un CSPS rural :

«Aujourd'hui, pour l'Etat burkinabè, c'est le diplôme qui compte. Ce n'est pas le travail réellement.»

Lorsqu'arrive la période de préparation des concours de la Fonction publique, la majorité du personnel déserte les services pour étudier. Dans les centres de soins, c'est le service minimum. C'est l'intérêt personnel qui explique également les différents actes illicites pratiqués dans les centres de santé. Tout devient objet ou occasion de profits personnels. Ce désinvestissement et cet immoralisme du personnel, relativement récent, sont dus à un effet de contexte (chômage, recherche des compléments de salaire, effectif pléthorique des écoles ne favorisant pas un bon suivi, etc.).

⁵ D'où ce constat de la responsable d'un district sanitaire: «Le nom de la santé est gâté depuis ! (sous-entendu «trop longtemps pour qu'on se donne encore la peine de faire des efforts à ce propos»).

Toutefois, ces penchants pour l'intérêt personnel ne sont pas généralisables à l'ensemble des professionnels; certains essaient de privilégier le bien-être du malade en surinvestissant dans leur travail.

Le surinvestissement du soignant

On constate cependant que la vocation ou la motivation de certains soignants restent importantes, les carences matérielles et organisationnelles les amenant à surinvestir pour offrir les prestations requises par l'état de santé et économique des patients.

F.O. met à la disposition de tout le personnel son ordinateur personnel car le CSPS dont il est le responsable n'en dispose pas. Il aide bonnêtement les malades nécessiteux ou indigents avec des médicaments que lui fournit son oncle curé. K.C., face au coût élevé des pansements, ne permettant pas à tous d'y accéder, achète par ses propres moyens, une boîte de Bétadine qu'elle revend ensuite au détail à ses malades pour permettre aux plus démunis de se soigner sans avoir à payer le flacon entier qui n'est pas indispensable pour un traitement. Cette même soignante s'est occupée d'une personne vivant avec le VIH (PV/VIH) et l'a accompagnée et aidée dans tous ses déplacements pour des soins (voir Médah, 2007).

La sélection des politiques

Contraint par les insuffisances des stratégies sanitaires ou le manque de moyens, le personnel peut imposer de nouvelles normes dans la délivrance du service.

Lorsque l'arrivée de moustiquaires gratuites, destinées aux femmes enceintes et aux enfants de zéro à cinq ans dans le cadre de la prévention contre le paludisme, s'avère insuffisant pour tous les demandeurs de cette catégorie, les agents de santé développent plusieurs solutions pragmatiques: soit la tranche d'âge des enfants bénéficiaires est redéfinie (de zéro à deux ou trois ans au lieu de zéro à cinq ans), soit c'est l'assiduité à la consultation qui est considérée comme la condition pour en bénéficier (voir sur le sujet Sangaré, 2009). Il en est de même pour faire face aux fluctuations des dotations pour les soins gratuits.

Les agents sont donc constamment en train d'ajuster leurs comportements aux réalités du terrain, sans que les usagers ne comprennent d'ailleurs souvent les raisons profondes de leurs pratiques.

Le renvoi de la décision aux usagers

Lorsque les difficultés pour imposer les politiques sont vraiment trop fortes, c'est l'utilisateur qui est interpellé pour régler les problèmes. Par exemple, lorsqu'on pose le problème du détournement des médicaments par le personnel et leur vente aux patients, un médecin-chef donne le commentaire suivant:

«Le patient sait qu'il y a un dépôt pharmaceutique dans la formation sanitaire. S'il se laisse vendre des médicaments par le personnel, c'est son problème.»

C'est le même procédé rhétorique qui est utilisé pour régler le problème des «pharmacies par terre». Les services de santé attribuent à la population la responsabilité du succès de la vente de ces médicaments. Le message suivant leur est adressé :

«C'est parce que vous achetez leurs médicaments que les vendeurs sont toujours là. Si vous n'achetez pas, à qui vont-ils les vendre?»

Les tradipraticiens auxquels les vendeurs livrent une concurrence, sont invités à combattre les médicaments de rue. Or, la population, très intéressée par ces médicaments, n'entend pas intenter des actions contre leurs vendeurs. Même les tradipraticiens s'opposent à cette éventualité :

«Les vendeurs ambulants sont des tradipraticiens comme nous. On nous a dit à Dédougou, de les chasser. A Ouaga aussi, on nous a dit de les chasser. Mais eux aussi cherchent leur pain⁶. Moi, j'ai dit de les laisser. Ce qu'ils gagnent, c'est leur chance. Nous (tradipraticiens) en tout cas, nous restons chez nous. Ceux qui viennent nous trouver, c'est notre chance.» (Guérisseur, Boromo).

Que cela soit au sein ou hors des FS, pour les soins formels ou informels, dans l'intérêt du soignant ou du soigné, les soins sont socialisés. Les faveurs sont accordées au plus nantis dans les FS et aux plus pauvres dans les soins à domicile.

Dans la délivrance des soins formels, l'agent de santé évite de faire attendre telle autorité, tel fonctionnaire ou tel commerçant de qui il espère ou attend certains avantages. Ainsi le commerçant chez qui il prend des crédits pour arrondir ses fins de mois est bien accueilli (il ne fera pas la queue comme les autres et l'accueil sera chaleureux) et mieux soigné (on prendra le temps de lui faire une consultation sérieuse et s'il y a des échantillons, il en bénéficiera gratuitement) :

«Lorsque le chef de village me demande de venir vacciner sa famille, je ne peux pas refuser. Si je refuse et qu'il m'arrive un problème ici (le fonctionnaire se retrouve souvent dans une localité dont il n'est pas originaire), qui va me protéger?» (Un agent de santé).

Le personnel de santé pourra aussi faire des soins à domicile à son voisin malade et pauvre ou à un parent pour rendre service et maintenir une bonne intégration sociale.

Lorsque des arrangements ne sont pas possibles entre soignants et soignés, le patient doit se défendre tout seul face aux problèmes qu'il rencontre.

Confronté à une médecine peu «hospitalière», les utilisateurs sans capital social ne peuvent compter que sur eux-mêmes pour se défendre. Certains patients préfèrent s'orienter vers les offres informelles lorsqu'ils n'obtiennent pas satisfaction dans le système de soins formel ou n'ont pas d'argent pour cela. Nous avons observé plusieurs exemples: le malade dont on incise malgré lui son panaris et qui abandonne le suivi des pansements et se résout à l'automédication; des femmes qui font les CPN dans les FS et accouchent à domicile ou chez l'accoucheuse villageoise...

Certains utilisateurs, par contre, tout en restant dans le système de soins formels, contribuent activement à leur suivi médical. Ils développent donc diverses stratégies pour essayer de rehausser la qualité des soins. On peut en citer quelques exemples :

- une élève qui réagit à l'incompétence d'un stagiaire lors des soins de son frère en refusant le traitement prescrit et en se référant à un soignant jugé plus compétent,
- le choix d'aller dans une FS adaptée à son cas sans avoir eu un avis médical clair (père de l'enfant anémié vu plus haut),
- le refus de l'anonymat en ayant recours à des soignants connus ou en tissant des relations avec eux afin de profiter de leur bienveillance,
- la contestation de la qualité de l'accueil et autres comportements insatisfaisants.

Mais toutes ces attitudes que le patient initie restent encore individuelles et éparses. En l'absence d'un cadre institutionnel catalyseur destiné à répondre aux besoins personnels de façon collective, il est difficile de parler déjà d'usager (ou d'association d'usagers) des soins formels. Pour Schweyer,

⁶ Notre soulignement. Faire le lien avec ce que nous disons plus haut, lorsque nous parlons du refus des patients de juger de l'action d'un agent qui ne fait que gagner son pain en exerçant son métier.

l'usager est un statut qui se construit dans un contexte déterminé historiquement et professionnellement :

«L'avènement de l'usager relève autant d'une volonté de démocratiser le système de soins que d'une démarche administrative» (2000 :16).

Max Weber (1976), analysant le fonctionnement de l'Administration, en arrive au constat que pour être efficaces, les activités bureaucratiques doivent être séparées de façon radicale des affaires personnelles :

«Telle est la vertu spécifique de la bureaucratie. La complexité et la spécialisation de la culture moderne exigent pour son appareil extérieur un fonctionnaire personnellement désintéressé et rigoureusement objectif, en place du seigneur des structures sociales d'autrefois mû par la sympathie, la faveur, la grâce et la gratitude personnelle» (1976 : 122).

Cette rigueur n'est guère applicable dans notre contexte qui se caractérise par une flexibilité constante et un mélange de relations privées et publiques. L'offre sanitaire n'est ni continue, ni stable, ni égalitaire, ce qui nécessite de perpétuelles adaptations. Ce type de contexte provoque deux attitudes: la violence des relations de soins ou la socialisation.

La violence se développe dans les relations soignants/soignés parce que la biomédecine est relativement nouvelle et que le système, en construction, souffre de nombreux dysfonctionnements. Le décalage entre logiques des soignants et celles des soignés dû à l'introduction des savoirs technico-scientifiques dans un contexte local provoque un choc entre les acteurs (Olivier de Sardan, 1995). Ainsi, un professionnel, aussi compétent soit-il, gère difficilement ces problèmes. Ce qui explique bien les «routinisations», les «démissions» et «la persévérance dans l'erreur» nourries par de «fausses attentes» et des «images erronées». Comme le souligne Vidal et al. :

«Le professionnel est pris au jeu de la routine, le doute suscite des raccourcis et quelquefois, on observe une sorte de cristallisation des pratiques chez certains soignants laissant de la place à plus d'indifférence, de marques d'inertie, des signes de renoncement au pouvoir d'agir, toutes choses qui s'assimilent à un certain cynisme» (2003 : 303).

Selon Olivier de Sardan, le problème se situe moins dans le décalage entre attentes des soignants et celles des soignés, qui est inévitable, que dans sa gestion par les décideurs. En effet, comme nous l'avons vu, ni le soignant (faiblesse de sa formation dans la gestion des incompétences du patient et contexte favorable aux actes illicites, système corrompu de manière générale), ni le soigné (absence de compétence propre face au savoir biomédical, pas d'association d'usagers) ne sont véritablement accompagnés dans le processus de mise en œuvre des politiques de santé. Le système étant inapte à satisfaire les besoins collectifs, chacun profite donc de ses faiblesses structurelles pour défendre des intérêts personnels. Très peu d'actions se mènent dans le sens d'une amélioration globale.

La socialisation qu'on observe dans les FS est une solution aux imperfections du système. Lorsque les soins sont inaccessibles financièrement ou lorsque les agents sont inhospitaliers, c'est le capital social de chacun qui permet d'atténuer les difficultés: le personnel surinvestit, les soins à domicile se développent, le patient refuse l'anonymat, les nantis s'imposent. Les complicités se développent entre fonctionnaires et avec les autorités tout simplement parce que chacun est conscient qu'il ne peut obtenir une offre de qualité dans l'anonymat. Il faut donc personnaliser les prestations de soins, plus encore dans des petites localités comme celles que nous avons étudiées.

L'État a adopté ou ratifié plusieurs instruments juridiques afin de mettre en œuvre sa politique dans le secteur de l'Action sociale. On peut tout d'abord faire mention de la DUDH adoptée le 10 décembre 1948 et ratifiée par le Burkina Faso. Ce texte, en ses articles 22 et 25, pose le principe d'une assistance aux indigents. Ce principe est réaffirmé par la Constitution burkinabè de juin 1991 (article 18) qui fait de l'assistance un droit reconnu. La mise en œuvre de ces dispositions est confiée à l'Action sociale par la loi n° 10/98 AN du 21 avril 1998 portant Modalités d'intervention de l'État et répartition des compétences entre l'État et les autres acteurs du développement. La loi n° 55/2004 portant Code général des collectivités territoriales transfère, par ses articles 99 et 100, aux collectivités territoriales les compétences pour assurer l'assistance et le secours au niveau local. Bien avant cette loi, sous la période révolutionnaire (1983-1987), des mesures avaient été prises pour assurer une prise en charge des personnes défavorisées. Au nombre de ces mesures, on peut citer la Zatu n° 86-5/PRES du 16 janvier 1986 portant Adoption de mesures sociales en faveur des personnes handicapées. Cette Zatu institue notamment une carte d'invalidité. Elle est complétée par le Décret n° 94-44/PRES/SASF du 2 février 1994 portant Fixation des conditions de délivrance de la carte d'invalidité aux personnes handicapées. Dans le domaine de la prise en charge médicale, il a été adopté en 1991 le Kiti AN VIII-0202/FP/SAN.AS du 08 février 1991, portant Base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso. Ce Kiti prévoit des exonérations en faveur de certaines catégories de la population. Par exemple, les retraités sont exonérés de 90% de leur frais de santé et les personnes handicapées paient en fonction de leur degré d'invalidité.

Le texte juridique fondamental dans le domaine de l'Action sociale reste cependant le CPF adopté en 1989⁷ et appliqué le 04 août 1990. Ce texte marque une réforme importante dans les missions de l'Action sociale. Celle-ci, qui était jusqu'alors presque essentiellement tournée vers des activités de prise en charge matérielle (reprises depuis par les collectivités territoriales), va désormais faire de la promotion: de la solidarité nationale mais également d'un modèle de citoyen apte à l'intériorisation et à l'acceptation des normes, valeurs et comportements prônés par l'État. Les particularités du CPF résident dans les éléments suivants.

- la consécration d'une unicité de juridiction dans le domaine des personnes et de la famille (état civil), dont le but est de mettre les populations en rupture avec leurs ordres de juridiction et de légitimité traditionnels. Désormais, seul l'ordre juridique institué par l'État est la source de tous les droits et de toutes les obligations: *«Les coutumes cessent d'avoir force de loi dans les matières régies par le présent Code» (Art. 1066 CPF);*
- la consécration de la monogamie comme forme de droit commun du mariage afin de renforcer le nouvel ordre juridique bâti autour des droits individuels au détriment des droits collectifs (symbole de l'ordre juridique coutumier). La monogamie permet en effet une traduction concrète de l'égalisation des droits entre l'homme et la femme au sein de la famille; cette égalité étant le pendant du principe constitutionnel: *«Tous les Burkinabè naissent libres et égaux en droits et en devoirs» (Premier alinéa de l'article 1 de la Constitution burkinabè de juin 1991);*
- l'exercice d'une pression «symbolique» sur les élites qui se voient contraintes d'afficher publiquement leur modernité, leur acceptation des règles officielles en faisant le choix de la monogamie;

⁷ Par la Zatu AN VII-13/FP/PRES du 16 novembre 1989 portant Institution et adoption d'un Code des Personnes et de la Famille au Burkina Faso.

- le maintien de la polygamie au prix de contraintes supplémentaires à l'endroit de ceux qui veulent malgré tout opter pour cette forme de mariage. Ces personnes n'ont pas le choix de leur régime matrimonial (imposition d'office de la séparation des biens) et elles doivent renouveler la clause d'option en faveur de la polygamie toutes les fois que le mariage au cours duquel l'option avait été faite est dissout et qu'elles veulent se remarier. Si la clause n'est pas renouvelée, ces personnes sont considérées comme choisissant la monogamie. L'option pour la polygamie doit être clairement annoncée avant la célébration du mariage;
- la définition du mariage comme un contrat librement consenti. C'est sur cette base que les mariages arrangés sont interdits et combattus car ils mettraient non seulement en péril la liberté individuelle et matrimoniale des victimes, mais seraient le symbole du primat du collectif sur l'individu;
- L'insertion du juge comme acteur permanent dans la vie du couple afin de garder présente dans leur esprit la figure de l'État désormais seul régulateur.

Plusieurs acteurs concourent à la délivrance des services d'Action sociale. On y retrouve classiquement les services déconcentrés de l'Etat: Directions régionales de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (DRASSN) et Directions provinciales de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (DPASSN). Ces services sont prioritairement chargés de l'application du CPF. Ils ont généralement sous leur responsabilité des services spécialisés installés auprès des centres de santé et des établissements pénitentiaires. Ils supervisent également les activités des établissements préscolaires. A côté de ces acteurs, on retrouve les collectivités territoriales (mairies) qui ont reçu de la loi les compétences pour organiser les services sociaux dans leur ressort territorial. C'est désormais sur ces acteurs que repose la responsabilité de la délivrance des prestations matérielles. Une place de choix doit aussi être accordée aux ONG et associations qui jouent un rôle important dans la délivrance des services d'assistance sociale. Cette multiplicité d'acteurs pose le problème de la coordination de leurs interventions. Les lignes qui suivent sont consacrées à la présentation de quelques activités de régulation et de quelques activités de prise en charge matérielle. Elles font également le point sur les faiblesses constatées au niveau des services.

La régulation des relations interpersonnelles

Deux activités seront examinées ici: la lutte contre les mariages forcés ou arrangés et la contribution à la résolution des conflits conjugaux. L'analyse de ces deux activités permettra de faire le point sur l'état d'application du CPF.

■ La lutte contre les mariages forcés

Avec l'adoption du CPF, plusieurs pratiques sociales estimées contraires à la légalité en matière civile sont désormais combattues. Il en est ainsi du mariage arrangé ou forcé (voir plus haut). La lutte contre les mariages forcés est aujourd'hui l'un des domaines principaux d'action de l'Action sociale. Le service connaît, cependant, plusieurs types de problèmes dans sa répression.

Le premier réside dans le fait que le problème social combattu juridiquement n'est pas perçu par une grande majorité de la population comme un délit, mais plutôt comme une norme de bon comportement. Ainsi, un père de famille considère qu'il est de son devoir, après avoir élevé son enfant jusqu'à un certain âge et lui avoir donné de l'instruction, de lui trouver une femme ou un mari.

«Moi mon devoir de père, c'est de permettre à mes enfants d'avoir l'instruction, de pouvoir leur donner des parcelles, et s'ils ont l'âge, de faire leur mariage» (I. Seynou, parent d'élève, Boromo). (Jean-Pierre Jacob et al. : 2007 :43)

Dans ces conditions, il est très difficile pour l'Action sociale de s'engager dans la répression des mariages arrangés. Les parents font-ils preuve de bonne foi lorsqu'ils sont animés du devoir de marier leurs enfants pour leur garantir la sécurité («les protéger contre eux-mêmes») ou pour respecter la parole d'un ascendant⁸ ou de mauvaise foi, cherchant en quelque sorte à «vendre» leur fille?

Le second problème réside dans l'incertitude quant au succès d'une action en justice contre un mariage forcé. Les chances de succès de ce point de vue résident pour une grande part dans la décision de la victime de porter l'affaire devant le service de l'Action sociale mais aussi et surtout de maintenir son initiative jusqu'au bout de la procédure. Il s'agira alors, pour une victime d'un mariage arrangé dont le problème ne trouve pas de solution au niveau de l'Action sociale, de poursuivre son action en déposant une plainte en justice contre les initiateurs dudit mariage. Il est cependant très difficile de trouver des victimes qui soient prêtes à intenter auprès du parquet des actions contre lesdits initiateurs (souvent leur père ou leur oncle). Les pressions sociales qui s'exercent sur la victime, la volonté de celle-ci de ne pas salir l'honneur ou la réputation de sa famille et enfin son désir de ne pas compromettre totalement ses chances pour un futur mariage («une fille qui convoque son père à la justice pourrait tout aussi bien y convoquer son mari») amènent les victimes à ne pas conduire leur démarche jusqu'au bout. Le mode d'action privilégié reste donc la recherche de la conciliation ou, à défaut, la résignation à l'acceptation du mari imposé afin d'éviter le bannissement par les parents. Ces pratiques ne favorisent pas une application du CPF.

Le dernier problème qui peut être signalé ici concerne l'instrument juridique lui-même. Les outils mis en place pour combattre la pratique du mariage forcé ne sont pas très affinés si bien que même dans l'hypothèse où une victime se déciderait à ester en justice contre les responsables, les chances de succès sont minces. En effet, si le mariage forcé est interdit, il n'est en fait pas érigé en infraction⁹. La loi ne fixe pas l'échelle des sanctions applicables en cas de constat du comportement incriminé. De fait, le texte de loi incriminant la pratique n'est pas un chef-d'œuvre en matière de clarté. L'article 376 du Code pénal qui punit la pratique dispose que: *«Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, quiconque contraint une personne au mariage »* alors que, dans le même temps, le mariage est défini comme un contrat. Ce qui suppose une volonté et un consentement libre et éclairé de la part des parties au contrat, c'est-à-dire des conjoints. Le contrat ainsi conclu est constaté par un acte qui en fait foi. Du coup, l'expression mariage forcé ne fait pas sens au niveau juridique. Le Ministère public à qui est confiée la responsabilité des poursuites est donc obligé de s'aventurer dans des voies peu sûres s'il ne veut pas perdre sa cause lors d'un procès pour mariage forcé. Il peut notamment tenter de requalifier les faits pour les ranger dans une catégorie juridique plus facile à réprimer: par exemple, en infraction pour séquestration ou en infraction pour viol, voire les deux. Ce qui donne plus de chance de succès à la cause. Mais le problème avec le mariage forcé, c'est que même dans l'hypothèse d'une prise de sanction, celle-ci ne contribue pas à l'amélioration du sort de la victime qui aura déjà subi les conséquences du rejet de ses parents.

Le service de l'Action sociale, voire les services judiciaires, face à toutes ces difficultés concentre l'essentiel de leurs efforts dans la médiation sociale. Il paraît d'ailleurs difficile de faire autrement quand on sait que le service de l'Action sociale ne dispose pas de moyens pour faire comparaître de force les initiateurs d'un mariage forcé. Le seul moyen dont il dispose est la menace de l'usage de la

⁸ Parfois un grand-père, mort depuis, qui a promis à la naissance d'une fille qu'elle se marierait dans telle famille.

⁹ C'est le principe juridique bien connu : il ne saurait y avoir d'incrimination, encore moins de sanction sans texte : *nullum crimen, nulla poena sine lege*.

répression si les auteurs du mariage forcé persistent dans leur volonté de réaliser leur projet. Il ne dispose pas non plus de centre d'accueil pour héberger les victimes de mariage forcé qui voudraient trouver refuge auprès de lui. Dans son activité de médiation, le service fait intervenir parfois les autorités religieuses et coutumières influentes sur l'une ou l'autre des parties concernées par le problème (familles de départ et d'arrivée de la victime). Elle recourt aussi parfois aux services d'autres membres influents de la famille de la victime afin de raisonner les responsables du mariage forcé. Lorsque les cas proviennent de zones éloignées, l'Action sociale recourt aux autorités déconcentrées pour la médiation, notamment aux préfets. L'image du préfet rappelle directement celle de l'État central avec les moyens de répression dont il dispose.

Cependant, de façon générale on peut retenir que la lutte contre le mariage forcé reste un combat difficile en raison des problèmes à appliquer les textes incriminant la pratique et l'insuffisance des moyens matériels mis à la disposition des services pour leur action.

■ **La contribution à la résolution des conflits conjugaux**

La contribution à la résolution des conflits conjugaux est l'autre point important dans les activités de l'Action sociale. Les agents, lorsqu'ils sont saisis pour ce genre de cas, tentent de faire la médiation entre les conjoints afin de sauver la relation qui les lie. Le plus souvent, l'Action sociale, dans le processus de résolution de tels conflits, fera intervenir (tout comme pour les mariages forcés) d'autres membres de la famille des conjoints, ceux qui sont supposés avoir de l'influence. Les conflits conjugaux peuvent aussi concerner la garde des enfants, la contribution à l'éducation de ceux-ci ou encore la non-reconnaissance de paternité. Dans de tels cas, l'Action sociale joue également le rôle de médiateur entre les époux en veillant à ce que soient d'abord privilégiés les intérêts de l'enfant qui doit être gardé. C'est ainsi qu'elle intervient dans la désignation du parent à qui doit revenir la garde de l'enfant et dans la fixation du montant de la pension à verser. Dans le processus de fixation du montant et du paiement de la pension par exemple, la médiation de l'Action sociale consiste à aider les parents à trouver un accord sur le chiffre. L'Action sociale joue également le rôle de courroie de transmission entre le débiteur et le créancier alimentaire. Un registre tenu par l'Action sociale constate l'exécution de la pension et c'est sur cette base que le dossier sera transmis en justice en cas de non exécution de la part du débiteur. La fixation du montant de la pension qui est en principe une décision collective des parents peut être prise également de manière unilatérale par l'Action sociale. Le montant qu'elle fixe dans ces cas est généralement élevé. Dans cette dernière hypothèse, la pension, en plus de se présenter comme un devoir pour l'autre parent, se mue en véritable sanction qui réprime la récidive constatée chez un usager par exemple (S. Kassem, 2008 : 36). Le problème qui se pose cependant, avec la pension, demeure son exécution par le débiteur alimentaire. En dehors des débiteurs qui ont un salaire fixe sur lequel la retenue d'office peut être faite, le paiement de la pension reste largement tributaire de la bonne volonté de celui qui doit s'en acquitter. L'Action sociale ou même la justice ne disposent pas de moyens de contrainte adaptés pour son exécution forcée. De façon générale, Il faut mentionner le fait que lorsque le conflit conjugal est relatif à l'établissement de la paternité et au paiement d'une pension alimentaire, le recours à la contrainte est plus facile car l'opinion y est favorable: on considère généralement que l'homme qui a des rapports sexuels avec une femme doit en assumer les éventuelles conséquences.

Les deux activités présentées ci-dessus permettent de faire le point sur l'état d'application du CPF. Elles permettent de constater les difficultés des services de l'Action sociale à prendre efficacement en charge les problèmes qui leur sont soumis et qui doivent être résolus à la lumière du CPF. Dans le domaine de la régulation des relations interpersonnelles, on fait le constat de l'incapacité des agents de l'Action sociale à imposer les normes issues du CPF. De ce fait ils lui préfèrent les normes locales et leur savoir-faire. Ils tiennent compte de l'ampleur du problème ou des implications qu'il peut avoir. Les décisions qu'ils prennent dans ce domaine résultent donc le plus souvent de ces éléments.

«Il y a des cas où il faut voir plus l'aspect social que l'application pure et dure de la loi (les cas de grossesse par exemple). [...] ici, nous leur faisons comprendre que la loi, ce n'est pas pour faire du mal. [...] On leur explique pour qu'ils comprennent. [...] Mais il y a des cas où les parents refusent de comprendre, [...] car ils sont très fâchés. [...] il faut [donc] trouver une approche très souple» (Agent de l'Action sociale, Koudougou).

Les décisions prises sont parfois même influencées par les pressions des hommes politiques ou des ressortissants de la région qui demandent aux agents de «comprendre» les coutumes locales (J.-P. Jacob et *al.*, 2007: 53). Cette incapacité des agents de l'Action sociale à imposer directement la réglementation issue du CPF est cependant atténuée par la forte demande de régulation formulée par les usagers. Les agents ont ainsi l'occasion d'influencer les pratiques des usagers et de les mettre d'une certaine manière «du côté de l'État». La forte demande de régulation valide la position des agents qui sont de plus en plus considérés¹⁰ comme des médiateurs incontournables dans ce domaine même s'ils ne disposent pratiquement d'aucun moyen pour imposer des solutions parfaites. Ce faisant, les agents imposent par leur seule présence le pouvoir de l'État, qui se positionne ainsi en instituteur du social (Rosanvallon, 1993). L'hypothèse de Friedberg pour qui le pouvoir est «la capacité de faire accepter aux autres des solutions imparfaites et de qualité médiocre pour leurs problèmes, sans se faire exclure du jeu et des transactions» (1997: 141) est ici particulièrement pertinente.

L'aide matérielle ou le problème de la prise en charge de l'indigence

L'aide matérielle est également un service très demandé. Les services déconcentrés de l'Action sociale ne sont pas beaucoup impliqués dans la délivrance de ce type de service si ce n'est par l'attribution de certains documents (carte d'invalidité, fiche de liaison) censés donner accès aux prestations. Nous l'avons dit, l'aide matérielle implique beaucoup plus les associations et autres structures caritatives, les structures spécialisées présentes dans les services de santé et dans les prisons, les mairies.

L'aide matérielle se constitue autour de la notion d'indigence généralement définie comme étant l'état d'un individu qui ne peut par lui-même faire face à ses besoins les plus élémentaires, cette incapacité devant être compensée par la collectivité. Cependant, cette définition large ne permet pas de déterminer des critères opérationnels pour la sélection des indigents. La prise en charge de l'indigence au niveau local est surtout perçue comme un problème ponctuel. Cette situation est renforcée par les lacunes des instruments juridiques traitant de la question ainsi que de l'absence de moyens matériels conséquents pour la prise en charge des personnes concernées de manière structurelle. Coincés entre une méthodologie officielle qui a tendance à construire un statut de l'indigent de manière absolue, des moyens matériels qui ne permettent pas une telle construction, et des perceptions locales qui ne sont pas forcément favorables à la discrimination positive¹¹, les acteurs impliqués dans la prise en charge des indigents sont contraints au pragmatisme. La mairie de Koudougou, convaincue de son inefficacité, ne travaille pas à la vulgarisation du certificat d'indigence, convaincus de son inefficacité:

— *Question: «Pourquoi la délivrance du certificat d'indigence n'est pas automatique?»*

— *Réponse: «Est-ce que le certificat peut résoudre leurs problèmes, notamment pour ceux qui demandent à manger?» (Employée de mairie, Koudougou, 15/06/2007).*

La possession du certificat d'indigence ne semble pas en effet suffire pour la résolution des problèmes pour lesquels il est délivré. De tous les cas pour lesquels ce document a été délivré, un

¹⁰ En substitution ou en complément des conseils de famille ou des autorités coutumières.

¹¹ Voir sur le sujet V. Ridde (2006).

seul a pu être résolu par sa présence dans le dossier: celui d'un jeune garçon orphelin qui a pu bénéficier du parrainage entre la ville de Koudougou et celle de Melsungen, en Allemagne. Ce pragmatisme concerne aussi bien l'identification des indigents que leur prise en charge. Les procédures formelles d'identification des indigents sont alors largement supplantées par des procédures informelles comme en témoigne la détermination des bénéficiaires de l'activité de don de vivres organisée par la mairie de Koudougou en décembre 2006. 341 personnes considérées comme indigentes ont bénéficié de vivres alors que la mairie n'avait délivré que 52 certificats d'indigence au profit de 59 personnes. Dans les structures spécialisées disposant de moyens de prise en charge des indigents, ce sont les agents qui déterminent au cas par cas ceux qui peuvent être pris en charge ainsi que l'étendue de celle-ci.

La prise en charge de l'indigence, en dehors du problème de l'identification des bénéficiaires, se heurte à un débat institutionnel sur la nécessité même du principe de cette aide. Ce débat oppose «développeurs» et «urgentistes». Pour les premiers, seules des politiques de long terme permettent une réponse durable et efficace à la question du développement. Ils accusent ainsi l'aide humanitaire de compromettre les efforts de développement réalisés depuis ces 20 dernières années et d'enfermer les populations dans la dépendance. Pour eux, *«la meilleure politique sociale est une bonne politique économique»*. Quant aux humanitaires, ils soulignent le coût humain immédiat des politiques à long terme et la capacité des opérations humanitaires à sauver des vies dans le présent (Crombé et Jézéquel, 2007 :18). Le discours des «développeurs» semble cependant prépondérant. L'abandon au niveau de l'État des missions d'assistance est un indice de cette prépondérance. Mais cet abandon concerne maintenant également les structures décentralisées. C'est ainsi que le GCCOS (structure mise en place à la mairie de Koudougou pour coordonner les interventions des acteurs du domaine social), bénéficiaire d'une aide financière pour la prise en charge des personnes défavorisées, a préféré récemment allouer des microcrédits plutôt que d'investir dans des activités d'aide jugées improductives¹².

Les services de l'Action sociale sont attributaires d'une multitude de missions, mais ils ne reçoivent pas en retour les moyens nécessaires pour leur exécution. Le manque de moyens est omniprésent dans le discours des agents de l'Action sociale. Les résultats des recherches ont permis de corroborer ce constat. Les services sont en effet faiblement dotés aussi bien en matériel qu'en ressources financières. Du fait de ces carences, l'Action sociale est incapable de promouvoir efficacement les techniques en matière de santé de la reproduction, de lutter contre l'excision, les grossesses non désirées ou encore de conduire des recherches en paternité fiables. Le service souffre de l'insuffisance des dotations en carburant (la seule ressource permanente provenant de l'État). La dotation en carburant est trimestrielle et à Koudougou, par exemple, la répartition par agent ne dépasse guère les 3 000 F CFA, ce qui est insignifiant pour les missions qui doivent être exécutées (enquêtes sociales, visite à domicile...). Ces insuffisances mettent le service en position défavorable quant à la délivrance des prestations sollicitées par les usagers. En raison de ce manque de moyens, le fonctionnement des services est en partie tributaire de la bonne volonté des agents (surinvestissement).

¹² L'idée de départ du GCCOS était d'octroyer des fonds non remboursables aux bénéficiaires afin de leur permettre de mener des activités génératrices de revenus. Cette idée a été abandonnée par la suite au profit de celle de l'octroi de microcrédits remboursables (voir sur le sujet C. Yaméogo Ouédraogo, à paraître).

La mise en commun des efforts dans le domaine social reste un problème pour les acteurs qui y interviennent. Cette difficulté de coordination est liée à la diversité des sources de financement, des contraintes et des méthodes qui sont utilisées pour l'atteinte des objectifs poursuivis. Ainsi, à Boromo, l'opération de sensibilisation et de répression organisée afin de lutter contre le phénomène des enfants de ou dans la rue a échoué à cause des divergences de points de vue. L'Action sociale insistait sur le respect des droits des personnes qui allaient être raflées et détenues en prison tandis que la mairie, pour sa part, privilégiait plutôt le côté répressif afin de décourager la fréquentation du site par le public visé et ne voulait pas avoir à nourrir les personnes emprisonnées (voir sur le sujet, J.-P. Jacob et *al*, 2007).

A Koudougou, le même problème de coordination a conduit à la mise en place du GCCOS (voir sur le sujet, C. Yaméogo Ouédraogo, à paraître). Cette structure née à l'initiative de la mairie appuyée par la DDC doit aider à une coordination des différentes interventions qui s'opèrent dans le domaine de l'aide matérielle afin d'éviter les redondances. L'objectif final recherché est de donner un impact certain aux efforts fournis dans le domaine de l'assistance matérielle. Cependant, la structure est appelée à fonctionner sur la base du volontariat, ce qui ne garantit pas son succès.

De même que certains services sont plus demandés que d'autres, l'intensité des problèmes auxquels les services tentent de répondre varie d'une localité à l'autre. L'explication de cette variation dans la demande du service peut être recherchée dans l'histoire locale de la zone. Ainsi dans le domaine du mariage forcé, les résultats des recherches montrent que leur prépondérance à Koudougou et à Réo s'expliquerait par le fait que ces régions constituent des lieux de forte émigration vers la Côte-d'Ivoire. Les stratégies matrimoniales des migrants partis souvent très jeunes pour les nouvelles terres de cultures s'organisent dans leur zone d'origine. Les mouvements pendulaires entre la région de départ et la zone de culture expliqueraient pour une grande part la prépondérance des mariages arrangés dans les zones de Réo et de Koudougou. Le même phénomène serait à la base de la traite des enfants.

Dans le domaine de la délivrance des prestations matérielles, la coopération que la ville de Koudougou a eue avec les missions chinoises dans le domaine notamment de la santé semble avoir laissé des traces. Ces missions sont accusées d'avoir habitué les populations à une prise en charge gratuite de leurs soins. C'est cet état d'esprit qui expliquerait les stratégies déployées par les usagers pour bénéficier des aides matérielles.

Quant à la zone de Boromo, la forte présence d'enfants de ou dans la rue serait principalement due à la gare routière. Celle-ci absorbe en effet la majeure partie du temps des femmes vendeuses et contribue à attirer leurs enfants. A force d'y aller rejoindre leurs mères, ils finissent par s'habituer à la rue. Cette même gare routière, parce qu'elle permet aux femmes qui y vendent d'avoir une certaine assise financière, contribuerait à une disqualification de l'autorité des maris, entraînant ainsi beaucoup de problèmes conjugaux.

Les usagers font souvent preuve de peu de compétences dans l'usage des services. Leurs demandes sont souvent adressées aux services sans tenir compte des attributions de ceux-ci. C'est ainsi que des demandes de prise en charge matérielle continuent d'être adressées aux services déconcentrés de l'Action sociale ou que des demandes de régulation des rapports interpersonnels sont adressées à des services comme la police ou la gendarmerie. C'est ainsi également que l'oncle d'une jeune fille peut recourir à l'Action sociale afin qu'elle l'aide à obliger sa nièce à rejoindre le mari qu'il lui a trouvé (J.-

P. Jacob et *al.*, 2007 :56) ou encore que le père d'un enfant s'adresse à ce service pour obtenir l'interdiction des visites de la mère au motif que celle-ci «souillerait» son enfant avec des cadeaux achetés avec de l'argent provenant de la prostitution (S. Kassem, 2008 :36). Par ailleurs, les usagers ne semblent pas avoir d'opinion sur la qualité des services qu'ils reçoivent.

L'usage du service par les populations laisse parfois transparaître un refus des référentiels sous-jacents. Il n'y a donc pas de capture des usagers par les services, qui font la part entre l'espace contrôlé par les agents de l'Etat et l'espace domestique :

«Ici, vous êtes chez vous. Vous avez le droit de faire tout ce que vous voulez de moi. Une fois chez nous, nous avons le droit de décider pour l'avenir de notre fille» (père de famille, accusé d'avoir donné en mariage une de ses filles, Godyr), (H. Malo 2008 :28).

Une autre caractéristique des rapports des usagers aux services est l'utilisation opportuniste qui est faite de ces derniers. Il n'est pas rare de voir des usagers prétendre être ce qu'ils ne sont pas afin de bénéficier des aides disponibles. Les observations menées sur les différents sites de recherche ont permis de retrouver par exemple les mêmes usagers au niveau de plusieurs services en train de poser le même problème ou un problème similaire.

L'autre caractéristique qui ressort des rapports des usagers avec les services est le soupçon. Les usagers sont rarement convaincus de la bonne foi des agents de l'Action sociale. Ceux-ci sont régulièrement suspectés de détourner les aides reçues à leurs propres fins ou de les réserver à des personnes qui leur sont proches: *«Si tu ne connais personne à l'Action sociale, tu ne peux rien avoir.»* Pour autant, cette attitude soupçonneuse des usagers peut être relativisée dès qu'on met ce service en rapport avec d'autres institutions. Ainsi, pour une vente de vivres à prix social organisée à Koudougou en juillet 2008, cinq points de vente avaient été fixés: Action sociale, Mairie, Maison de la femme, Préfecture, Haut-Commissariat. Le constat qui a pu être fait à cette occasion est que la plupart des usagers nécessiteux se présentaient de préférence à l'Action sociale. Les raisons de cet engouement pour ce service étaient que pour les usagers c'était le seul lieu où l'on n'avait pas besoin de relations particulières pour entrer en possession d'un sac de céréales. A la mairie les vivres n'étaient pas vendus directement aux usagers. La vente se faisait par le biais des conseillers municipaux¹³ qui communiquaient les noms des bénéficiaires au service social communal. Cette attitude des conseillers laisse clairement entrevoir que la vente des vivres à prix social recélait de forts arrière-goûts politiques.

Le soupçon caractérise également les rapports entre les agents de base des services de l'Action sociale et leurs responsables. Ces derniers sont régulièrement suspectés de mauvaise gestion, de détournement et même de politisation des services.

Les éléments suivants synthétisent l'état actuel de nos recherches sur le fonctionnement des services de l'Action sociale :

- le décalage entre les besoins nécessaires pour la réalisation des missions du service et les moyens de fonctionnement disponibles;

¹³ Les conseillers municipaux avaient décidé de se répartir les sacs de vivres et de procéder eux-mêmes aux ventes dans leurs secteurs et villages respectifs. La répartition donnait 12 sacs par conseiller. Ces quantités relativement faibles ont fait dire à certains usagers qu'en l'absence de relations particulières avec lesdits conseillers, il était impossible d'avoir les vivres.

- la difficulté d'application des textes régissant le domaine et l'adaptation des pratiques des agents aux usagers;
- les tendances au surinvestissement chez les agents du fait du manque de moyens;
- le décalage entre offre et demande en matière de services publics d'Action sociale;
- la difficulté de gestion des ressources humaines;
- la prégnance du soupçon dans les relations entre services et usagers.

L'État, à travers le CPF, cherche à construire un profil de citoyen adapté au bon fonctionnement de ses institutions. Il convient donc de mettre davantage l'accent, dans les études sur l'Action sociale, sur la réalité de cette construction et, par-delà, de la construction étatique. Cette analyse ne peut se faire que par une investigation minutieuse du travail des agents sociaux ainsi que des rapports de l'Action sociale avec les autres autorités de régulation, d'une part (chefs coutumiers, chefs religieux, autorités déconcentrées de l'Etat: préfets, hauts-commissaires, gouverneurs,...) et, d'autre part, avec les autres acteurs locaux impliqués dans le domaine (mairie, ONG et associations,...). L'analyse passe aussi par une investigation sur le fonctionnement des services décentralisés. Les études menées actuellement à Koudougou montrent que la mairie affiche sa volonté de se construire, de se mettre au cœur du processus de développement local. Elle essaie ainsi d'agréger autour d'elle les autres acteurs dans une structure de coordination, le GCCOS.

La construction de l'Etat ne passe pas seulement par la régulation. Elle concerne aussi la délivrance de biens matériels aux personnes les plus démunies. L'accès à ces biens étant construit autour de la notion d'indigence, il convient d'approfondir les études sur la méthodologie de prise en charge des indigents.

Les études sur l'Action sociale devraient permettre de disposer d'un corpus de données à partir duquel il sera possible d'analyser le processus de légitimation de l'Etat dans ses efficacies et déficiences.

La gestion opérationnelle de l'enseignement au Burkina Faso est répartie entre le MASSN pour le préscolaire, le Meba pour le primaire et une partie du préscolaire, le MESSRS pour le secondaire et le supérieur. Avec la Constitution de 1991, l'offre en matière d'enseignement primaire est organisée par quatre dispositifs légaux et institutionnels: la loi d'orientation, la lettre de politique éducative, le plan d'action national et le Plan décennal (Peddeb).

L'article 18 de la Constitution de juin 1991 stipule que tout citoyen burkinabè a droit à l'instruction et à la formation. Ce droit est traduit par la loi d'orientation de l'éducation n°13/96 du 19 mai 1996, qui institue la scolarité obligatoire pour tous les enfants scolarisables (6 à 16 ans). Elle précise également la structure du système éducatif et fixe les grandes orientations de l'éducation scolaire et de la formation professionnelle. Cette loi fixe également les conditions de fonctionnement, les

¹⁴ Rapport original rédigé par I. Héma.

contenus des cursus et les capacités requises pour l'exercice du métier d'enseignant. Pour l'enseignement primaire, plusieurs textes précisent les modalités de travail :

- le décret 74/465/PRES/EN du 21 décembre 1974 portant Conditions de fréquentation scolaire des élèves en grossesse; le Raabo n°AN VI-023/FP/MEBAM du 25 mai 1989 portant Organisation de l'Institut pédagogique du Burkina (IPB), qui introduit une innovation en créant un Service de la promotion de la scolarisation des filles (SPSF);
- le décret n°96-351/PRES/PM/MEBA du 11 septembre 1996, qui érige le SPSF en Direction de la promotion de la scolarisation des filles (DPSF);
- la loi 39/98/AN du 30 juillet 1998 portant Réglementation des établissements de l'État à caractère administratif;
- le décret n°99-254/PRES/PM/MEBA du 20 juillet 1999 portant Adoption d'un plan décennal de développement de l'éducation 2000-2009. C'est dans le cadre de ce plan que se mènent toutes les actions d'expansion de l'éducation;
- le décret n°2001-143/PRES/PM/MEBA/MEF du 24 avril 2001 portant Approbation des statuts des Enep, qui régit la formation initiale des enseignants du primaire;
- le décret n°2001-178/PRES/PM/MEBA du 24 mai 2001 portant Adoption du plan d'augmentation de l'efficacité du système d'éducation de base;
- le décret 2006-377/PRES/PM/MFPRE/MEBA/MFB portant Organisation des emplois spécifiques du ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation. Ce décret spécifie les différents types d'emploi du Meba, les conditions d'exercice et la classification catégorielle.

La lettre de politique éducative Meba/MESSRS de 2001 est l'instrument qui permet à ces deux ministères de mettre en œuvre la politique du gouvernement. Elle précise les finalités, les objectifs généraux et spécifiques et les grandes questions d'orientation de l'éducation. Cette lettre vise un taux brut de scolarisation de 70% et un taux de scolarisation des filles de 65% à l'horizon 2010. Elle vise également un taux d'alphabétisation de 40% et une revitalisation des activités manuelles et pratiques.

Les plans de développement de l'éducation de base sont conduits par le Meba et par les Nations unies (Unesco, Unicef). Le Plan d'action national de l'éducation pour tous (Pan/EPT) du Meba est beaucoup plus ambitieux que la Lettre de politique éducative. Le texte est d'abord un état des lieux de l'éducation de base et un diagnostic des différentes institutions d'enseignement et de formation. Il s'agit également d'un plan stratégique qui fixe les objectifs de l'éducation pour tous (EPT) au Burkina à partir du cadre d'action issu du forum international de Dakar de 2000. Pour l'éducation primaire, le Pan/EPT propose de:

- porter le taux de scolarisation à 100% et celui de l'alphabétisation à 60% à l'horizon 2015;
- diversifier les formules d'éducation de base;
- moderniser les écoles franco-arabes;
- améliorer la qualité de l'enseignement par la formation du personnel.

Conjointement au Pan/EPT, le gouvernement burkinabè et ses bailleurs de fonds conduisent le Programme décennal de développement de l'éducation de base (Pddeb). Il s'agit d'une politique sectorielle de développement du système éducatif lancée en septembre 2002. Ses principaux objectifs sont l'amélioration des taux de scolarisation et la promotion de l'équité (amélioration de l'accès des filles et des zones rurales à l'école). La stratégie du programme pour atteindre ces objectifs est fondée sur :

- la diversification des formules d'éducation de base, notamment par le développement des écoles satellites, des Centres d'éducation de base non-formelle (CEBNF), des écoles franco-arabes (*medersas*), des centres «d'alphabétisation des petits»;
- la formation du personnel d'enseignement et d'encadrement;
- l'amélioration des conditions d'enseignement et d'apprentissage par la mise en place de projets d'école et un contrôle régulier de la qualité;
- la diversification des formations post-alphabétisation en français et en langues nationales;
- le renforcement des capacités de pilotage et de gestion du Meba par la formation des personnels, le développement de l'information et de la recherche appliquée, la mise en place d'un dispositif opérationnel de suivi/évaluation des projets et programmes conduit par le ministère.

Le Pddeb est exécuté selon des plans d'action annuels provinciaux. D'un coût estimé à 235 milliards de francs CFA sur 10 ans, il est principalement financé par la Banque mondiale, les Pays-Bas, le Canada, le Danemark, l'Unicef, la Coopération suisse.

Avec la décentralisation, d'autres dispositions légales ont été adoptées afin de transférer la gestion de l'éducation primaire aux collectivités territoriales :

- l'article 96 du Code général des collectivités territoriales transfère la compétence de prise en charge du développement de l'enseignement primaire dans le territoire communal. Il s'agit de la construction ou l'acquisition et de la gestion des écoles primaires;
- l'arrêté conjoint N°2007-91/MATD/MEF/MEBA/MASSN définit les biens immobiliers, essentiellement des écoles, du patrimoine de l'État, qui sont transférés aux communes urbaines.

La politique éducative de l'État burkinabè est mise en œuvre au niveau local au travers des structures déconcentrées: la Direction provinciale de l'enseignement de base (Dpeba) et la circonscription d'éducation de base (Ceb). Avec la décentralisation, les services déconcentrés devraient devenir en théorie des services d'appui aux communes qui sont les gestionnaires de l'éducation primaire. Selon l'arrêté conjoint mentionné ci-dessus, le patrimoine dans le domaine du préscolaire et de l'enseignement primaire est transféré aux communes urbaines. Les communes de Boromo et de Réo ont à ce jour à assurer la gestion de 18 et 40 écoles. Dans les faits, les communes entrent difficilement en matière, compte tenu des balbutiements de la décentralisation dans le transfert des ressources et aussi de leur faible capacité financière et technique. Ce sont donc les services déconcentrés qui continuent à administrer l'enseignement primaire au niveau local.

Le Burkina Faso, comme beaucoup d'autres pays en voie de développement, a été soumis à une politique d'ajustement structurel dans les années 90. Elle avait pour objectif de réduire le déficit budgétaire afin d'améliorer la croissance en stimulant la demande globale et la relance d'une économie stagnante (Baldacci et *al.*, 2003). Pour les pays africains à faibles revenus, le FMI a misé sur la réduction du déficit budgétaire et l'amélioration de la composition des dépenses et des recettes publiques. Pour ce faire, il a été demandé à l'État de prendre des mesures pour améliorer les recettes fiscales et de comprimer les dépenses publiques, notamment les traitements et salaires (paiement par «billetage»)¹⁵, réduction des temps de formation, non prise en charge de la formation continue, recrutement d'agents contractuels, etc.).

¹⁵ De manière à identifier les fraudes dans la perception des salaires.

Dans le domaine de l'enseignement primaire, les injonctions des institutions internationales ont entraîné des coupes dans les dépenses publiques d'éducation, rendant les questions de la qualité et de la formation des enseignants aléatoires. La Banque mondiale prônait dès 1988 la nécessité d'un abaissement de la qualification exigée des futurs enseignants. Elle recommandait aux États de se montrer moins exigeants quant à leur formation initiale, afin d'offrir des rémunérations inférieures aux barèmes en vigueur. Les jeunes diplômés du secondaire à la recherche d'un emploi étaient invités à devenir instituteurs.

Ces conceptions ont eu beaucoup d'effets sur le statut, les conditions de travail et la situation socio-économique des enseignants. Tirant les conséquences des pressions des institutions internationales sur les pays africains, Badini remarque *qu'«une telle analyse, surtout quand elle provient des vrais «gendarmes» des États africains, ceux au Sud du Sahara notamment (BM et FMI) a conduit les décideurs et responsables africains, à bazarder la formation des maîtres, à paupériser les enseignants [...] à privilégier la quantité au détriment de la qualité....»* (2006 : 5).

Par ailleurs, les mêmes institutions internationales poussaient l'Etat à massifier l'offre d'éducation primaire, de manière à améliorer les indices du développement humain, avec des dispositions concernant la scolarisation obligatoire, la gratuité de l'inscription, le non redoublement dans certaines classes, le recrutement obligatoire.

R. Clignet dénonce ces contradictions: *«... , inviter les gouvernements africains à simultanément réduire les sommes déboursées à des fins scolaires, à modifier la répartition des crédits entre les divers secteurs d'enseignement comme entre les frais de personnel et de matériel, et à promouvoir une croissance équitable des taux de scolarisation dans tous les groupes sociaux représente des objectifs mutuellement exclusifs. Cette démonstration d'indifférence à la relation entre la qualité et la fréquentation de l'école ne peut que perpétuer le décalage entre l'offre et la demande d'éducation»* (1994 : 108).

Ces injonctions des politiques publiques ont des effets très concrets sur le niveau de formation des élèves et placent les enseignants dans des situations difficiles dans la production d'un service de qualité. D'une part, l'Etat burkinabè cherche à améliorer ses performances en matière d'indice du développement humain promu par le PNUD. Ceci a entraîné la fixation des taux de redoublement et d'exclusion inférieurs ou égaux à 10%. Sur le terrain, il est tout simplement dit aux enseignants de ne pas faire redoubler ou de ne pas renvoyer. Dans les propositions de fin d'année, le taux de 10% est présenté comme le seuil du tolérable par les inspecteurs. D'autre part, depuis 1997, les autorités éducatives ont décidé de récompenser les enseignants méritants, c'est-à-dire ceux qui ont de bons résultats en classe, notamment au CM2. Ils peuvent être décorés, recevoir des cadeaux (mobylette...). Ces formes de reconnaissance ont galvanisé l'ardeur des enseignants et ont entraîné une nouvelle organisation dans les écoles. Pour résoudre cette contradiction, les enseignants ont développé ce qu'ils appellent une «cuisine interne», qui permet de maintenir une certaine qualité de l'enseignement, quasi inatteignable avec les classes pléthoriques. En fin d'année scolaire, les enseignants établissent deux documents qui rendent compte du niveau des classes. Il s'agit, d'une part, du mémorandum qui fait état des cours suivis et de ce qui reste à faire et, d'autre part, des propositions de passage et de redoublement. Les enseignants, en conseil de classe, proposent une moyenne de référence. Les élèves ayant obtenu cette moyenne sont proposés au passage dans la classe supérieure. Les autres devront soit redoubler, soit être renvoyés à leurs parents sans tenir compte de l'obligation actuelle de scolarisation jusqu'à 16 ans.

Les autorités éducatives acceptent le mémorandum mais rejettent en général les propositions de redoublement, pour les raisons indiquées plus haut. Les propositions rejetées reviennent à l'école, mais l'enseignant n'en tient pas compte et fait quand même répéter les élèves identifiés comme

incapables de passer en classe supérieure. A la rentrée suivante, aucune vérification n'est de toute façon faite pour se rendre compte de la réalité des déclarations de fin d'année. De surcroît, les rapports des directeurs n'étant pas nominatifs et les mouvements de recrutement et de transfert d'élèves constants, la vérification est difficile.

Paradoxalement, dans ce contexte, ce sont les écoles qui respectent les normes officielles qui se retrouvent avec des résultats qui ne leur permettent pas d'être bien appréciées administrativement :

«Nous avons eu des résultats catastrophiques l'année dernière si bien que nous avons procédé à des réaménagements; les autorités font leur travail en appliquant les textes et nous, nous faisons le nôtre. On se comprend, mais nous ne devons pas le dire officiellement» (Directeur d'école, Réo, 08/06/07).

Les années quatre-vingt-dix sont marquées par la Conférence Mondiale sur l'Education de Jomtien (Thaïlande, mars 1990) qui établit la responsabilité sociale de tous les acteurs devant intervenir dans l'éducation (publics, privés, associatifs et internationaux). Le leitmotiv de *«l'éducation pour tous»* est alors projeté à nouveau à l'horizon 2015¹⁶. Au Burkina Faso, ce moment favorable permettra la mise en œuvre d'un ensemble de dispositions.

Le statut des écoles nationales des enseignants du primaire (Enep), approuvé en mai 2000, fixait la durée de la formation initiale des Instituteurs Adjoints Certifiés (IAC) à deux ans (art.4). Cette formation était sanctionnée par le certificat élémentaire d'aptitude pédagogique (CEAP). En 2001, un nouveau statut réduit le temps de formation à un an (Art.3) avec, en lieu et place du CEAP, le diplôme de fin d'étude des Enep (DFE-ENEP). Le temps consacré à la formation initiale prend en compte l'apprentissage théorique, des visites de classe dans les écoles et le stage pratique qui est effectué dans les circonscriptions d'enseignement du premier degré (Art.4). Après les résultats d'admission au concours, les élèves IAC font leur rentrée à l'Enep en novembre-décembre. En mai, il leur faut faire un stage pratique et repartir en juin à l'Enep pour les examens de sortie. Cette répartition du temps de formation ne leur laisse qu'environ six mois pour la formation théorique. Après les examens, les nouveaux IAC sortants sont affectés dans les écoles et doivent prendre fonction dès octobre. La réduction du temps de formation est perçue comme un handicap par tous. Pour certains directeurs et encadreurs, les nouveaux enseignants sortant de l'Enep rencontrent beaucoup de difficultés quand ils tiennent une classe pour la première fois :

«Ils ne savent pas par où commencer, ce qui demande beaucoup de besoin d'assistance au début» (Inspecteur, Réo, 2008).

Comme l'indique l'intitulé de leur grade (IAC), ils devraient seconder dans les classes des instituteurs principaux (IP) ou des instituteurs certifiés (IC). Mais le déficit de personnel qualifié fait qu'ils se retrouvent très souvent titulaires de classe. Leur suivi par les directeurs d'écoles (en principe des IP), les conseillers et les inspecteurs devrait être intensif. Ce qui n'est pas toujours le cas, parce que, hormis les directeurs qui peuvent assurer un suivi de proximité, les encadreurs disposent de très peu de moyens pour leurs différentes sorties.

¹⁶ La communauté internationale avait déjà programmé *«l'éducation pour tous»* lors de conférences, d'abord en 1961 à Addis Abeba (pour 1980) et ensuite à Harare en 1982 (pour 2000).

Pour pallier cette insuffisance de formation initiale et de suivi des instituteurs, l'autre alternative dans le dispositif opérationnel du ministère est la tenue des groupes d'animation pédagogiques et des conférences pédagogiques annuelles. Ces cadres de formation sont organisés par regroupement des instituteurs soit en petit groupes de proximité, soit en grands groupes. Compte tenu du nombre des enseignants dans le pays¹⁷ et de la fréquence des GAP, l'État a décidé de ne pas prendre en charge les *per diem* des instituteurs.

Cette décision est contestée par les syndicats des enseignants (Snea-B, Sateb, Synateb), qui ont imposé un boycott de la formation continue. Les plate-formes revendicatives de ces syndicats auprès du ministère demandent une prise en charge de la conférence pédagogique annuelle de l'ordre de 2 500 F CFA par enseignant résidant sur le lieu de la formation et 5 000 F CFA pour les enseignants non résidents. A l'étape actuelle, seuls les participants à un GAP¹⁸ bénéficient d'une prise en charge de 1 500 F CFA par enseignant et 100 F CFA pour photocopie de documents de travail. Pour les responsables administratifs locaux de l'enseignement, la non-prise en charge des conférences pédagogiques a un impact négatif sur la qualité de l'enseignement.

Elle a eu, selon les autorités, un impact positif sur les recrutements. Le taux de croissance des effectifs au niveau national est estimé à 11,6 pour l'année scolaire 2007/2008 selon le tableau de bord du Meba. Le Dpeba-Sanguié reconnaît une amélioration des taux de fréquentation. Mais cette obligation constitutionnelle se caractérise par un flou dans son application. Si l'école est obligatoire de 6 à 16 ans, que faire des enfants qui ont plus de 6 ans au moment du recrutement?

«C'est une localité qui n'avait pas d'école et les autres écoles sont un peu éloignées. Comme c'était une ouverture, les parents sont venus avec des enfants qui avaient neuf ans, dix ans que moi, en tant qu'enseignant, en tant qu'éducateur je ne pouvais pas refouler. J'ai dû les recruter jusqu'à soixante et onze» (Directeur, école satellite).

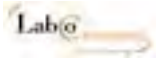
En outre, la Loi d'orientation de l'éducation stipule que: *«Aucun enfant ne doit être exclu du système éducatif avant ses 16 ans révolus, dès lors que les infrastructures, les équipements, les ressources humaines et la réglementation scolaire en vigueur le permettent»* (Loi d'orientation de l'éducation n°13/96 du 19 mai 1996, art.2. Souligné par nous). Les enseignants insistent sur la clause restrictive qui est contenue dans la deuxième partie de la proposition et disent éprouver des difficultés à dire et à faire comprendre aux parents, et parfois à leur hiérarchie, que les moyens matériels ne sont pas suffisants pour satisfaire la demande de scolarisation.

Très souvent ils s'en remettent aux parents. Ces derniers se débrouillent toujours, via l'APE, pour faire inclure les enfants en surnombre (parfois en faisant fabriquer un banc) :

«On m'a envoyé un enfant de Ouaga pour que je l'inscrive au CP2 ici; je suis parti, ils sont 117. Si ce n'est pas parce que je suis dans le bureau des parents d'élèves, le directeur n'allait pas accepter, il dit que c'est trop. Toutes les classes sont bourrées, c'est que nous n'avons pas assez d'écoles. Il avait dit qu'il n'y

¹⁷ Ils sont 35 000, soit 1/3 de la Fonction publique.

¹⁸ Les groupes d'animation pédagogique (GAP) sont des cadres de formation continue organisés par des groupes d'enseignants, une fois par mois, en vue de l'amélioration des prestations enseignantes. Les enseignants de chaque Ceb sont répartis en fonction de leur lieu de travail.



L'infirmier, l'instituteur, l'agent social

a pas de plac

Tableau n° 1: Type d'écoles à Réo et à Boromo en 2007/2008

Types d'écoles	Écoles classiques	Écoles Satellites	Écoles privées	CEBNF	Total
Boromo	14	02	02	01	19
Réo	29	08	02	01	40

Sources : Données d'enquête

Dans la commune de Boromo, l'offre se compose de deux écoles satellites, d'un CEBNF, de quatorze écoles classiques²² et de deux *medersas*. En 2007-2008, la Ceb de Boromo 1 (qui correspond à l'espace géographique de la commune, voir Héma, 2007) comptait 17 écoles et 81 salles de classe pour une population scolarisée de 4 679 élèves. La commune urbaine de Réo, pour la même année et pour un nombre de 40 écoles, comptait 186 salles de classe (185 en 06/07) pour une population scolarisée de 11 212 élèves (contre 10 578 en 06/07). Les TBS²³ sont respectivement de 70,9% (68,6% pour les filles) pour Boromo et de 76,5% (71,1% pour les filles) pour Réo.

Tableau n° 2 : La scolarisation à Boromo et Réo en 2007-2008²⁴

Commune	Population Scolarisable (7-12)	Nbre d'élèves	Nbre de salles de classe	Ratio élèves/classe	Ratio élèves/maître
Boromo	6 641	4 679	81	57,76	55
Réo	11 435	11 212	187	60,27	59,95

Sources : Données d'enquêtes, rapport de rentrée provincial 2007 et statistiques de l'éducation de base 2007/2008, version provisoire, DEP, mars 2008.

Les effectifs moyens par classe sont un peu plus de 57,76 élèves pour Boromo et un peu plus de 60,27 par classe pour Réo. Le ratio nombre d'élèves par enseignant est respectivement de 55 pour 1 maître pour Boromo et de près de 60 pour 1 à Réo. Malgré une population plus élevée à Réo, on a un relatif équilibre dans la répartition des ressources entre les deux communes. Le ratio d'élèves par classe correspond à peu près au chiffre de 60 élèves²⁵ retenu par les enseignants comme la norme officielle.

Cependant, le problème réside dans la répartition des effectifs entre écoles du centre et celles de la périphérie et entre écoles classiques et les autres types d'écoles. Dans les écoles des villes de Boromo et de Réo, en 2007/2008 on a des effectifs souvent pléthoriques (Héma, 2007 ; Héma, 2008). L'effectif le plus élevé des écoles classiques en 2007/2008 des Ceb de Réo par exemple est de 145 au CP1 (école Réo "application"). Ces nombres importants sont à mettre en regard avec la faiblesse des effectifs des classes satellites dans la même commune. Ils dépassent rarement 40 élèves. Sur un total de 23 classes satellites ouvertes, seulement 8 ont des effectifs supérieurs à 40 (voir tableau n° 3).

A Réo et à Boromo, les écoles privées sont essentiellement des écoles confessionnelles. A Réo ce sont les écoles privées catholiques et protestantes et à Boromo ce sont des *medersas*. L'offre d'éducation privée est meilleure à Réo qu'à Boromo: elle a adopté les mêmes *curriculums* que l'école publique et pose moins de problèmes de suivi pédagogique.

²² Une école, l'école "E" de Boromo, a été construite et ouverte en 2008/2009.

²³ Les chiffres que nous donnons sont extraits des données officielles. Pour la valeur à accorder à ces chiffres se référer à Héma, 2007 : 31-32.

²⁴ Alors que la loi actuelle oblige à une scolarisation dès 6 ans, les pratiques - inspirées par les lois antérieures sur le sujet - des instituteurs et des parents sont plutôt de recruter les enfants à 7 ans révolus.

²⁵ Certaines données font état de 50 élèves par classe. Cf. Meba, Dep, Tableau de bord de l'éducation de base, année scolaire 2007-2008, septembre 2008, p. 32. Les enseignants interrogés sur le terrain donnent le chiffre de 60 élèves comme norme.

Portées par le Projet ES/CEBNF, les écoles satellites devaient intégrer l'espace de l'offre d'éducation au niveau local de la façon suivante. Les écoles classiques devaient recruter et former les enfants de 6-12 ans (actuellement 6-16 ans). Pour les localités situées à plus de cinq kilomètres d'une école et ne bénéficiant pas d'infrastructures scolaires classiques du fait des critères de population, les écoles satellites devaient se charger de recruter les enfants âgés de 7 à 9 ans. Après une formation en trois ans, qui commence en langue locale (75% en première année, 50% en deuxième année et 100% de français en troisième année), ils devaient pouvoir réintégrer le système classique au CE2. Ceux qui n'étaient pas en mesure d'être intégrés devaient être récupérés par le CEBNF pour une formation préprofessionnelle.

Considérée par les décideurs comme l'offre qui intègre le mieux le référentiel paysan de l'apprentissage (intégration de l'école dans le milieu; prise en charge et participation locale à la réalisation de l'école et à la production du service, etc.), l'ES a été perçue localement comme une école qui ne forme pas les élèves et ne leur permet pas vraiment de sortir du village, alors que pour les parents d'élèves l'école doit d'abord servir à cela.

«Je pense qu'ils ne veulent pas de ces systèmes. Quand nous sommes allés voir l'inspecteur, il leur a dit [aux populations] qu'il ne pouvait pas changer le système» (Directeur d'école, Réo).

Le tableau suivant fait état des effectifs de ES de Réo.

Tableau n° 3 : Effectifs des ES à Réo en 2008-2009

Ecole Satellite	CP1			CP2			CE1			Total		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Baognè	32	49	81	15	12	27	23	13	36	70	74	144
Effodjo	21	18	39	18	07	25	24	09	33	63	34	97
Ekoulpoun	15	37	52	19	16	35	12	07	19	46	60	106
Secteur 3	22	19	41	14	12	26	18	13	31	54	44	98
Secteur 5	22	24	46	13	18	31	10	10	20	45	52	97
Boulkyon	13	16	29	17	16	33	10	11	21	40	43	83
Kaali	31	37	68	32	36	68	30	33	63	93	106	199
Vour	19	26	45	-	-	-	11	14	25	30	40	70
Totaux	175	226	401	128	117	245	138	110	248	441	453	894

Sources: rapports de rentrée 2007/2008 Réo 1 et rapport de rentrée 2008/2009, Réo 2.

Les effectifs les plus élevés se retrouvent dans les ES normalisées (ou ayant fait courir le bruit de la possibilité de normalisation, comme Baognè) :

«Les effectifs sont montés d'une part à cause de la gratuité, mais surtout parce que je leur avais dit qu'il se pourrait - puisque nous, les enseignants, n'avons pas reçu de formation - qu'on nous dise de faire de l'enseignement classique. Ainsi, ils ont amené les enfants. Il y a l'AME aussi qui a joué [relayé cette information]. La présidente AME est passée de cour en cour leur dire de ne pas envoyer les enfants au secteur 8 puisque ça fait pratiquement 4 à 5 km. Ils préféraient envoyer les enfants là-bas parce que c'est du classique, ou bien aller carrément dans la province du Boulkiemdé, où il y a une école, Boulsin, que de les mettre dans une école satellite à un mètre de chez eux» (Directeur d'école, Réo).

Les effectifs importants se retrouvent également dans des écoles enclavées comme Kaali. L'effectif le moins élevé est celui de Vour qui, ne parvenant pas à imposer le changement en école classique, opte pour l'évitement en envoyant les enfants dans d'autres écoles plus éloignées.

L'offre d'ES, initiée par l'Unicef et la Coopération suisse, se maintient cependant et les directions provinciales de l'éducation de base et de l'alphabétisation doivent poursuivre leur implantation :

«C'est un système qui demeure, en tout cas tous les référentiels de l'éducation en parlent, on n'a pas supprimé le projet ES/CEBNF. Ça va arriver, peut-être que la force des choses va apporter une évolution à ce niveau. Pour l'instant, c'est dans le système. Si vous [autorités locales], à la base, vous travaillez à ne pas tenir compte des grands principes de fonctionnement de ce système-là, c'est sûr que vous travaillez à «saper» la politique nationale. Je crois que nous avons le devoir également de défendre cette politique et même de la construire là où ce n'est pas fait» (IEPD, Réo).

Les évolutions se font malgré tout, parfois tout simplement parce qu'on est obligé - faute de ressources humaines - d'affecter dans ces écoles des enseignants n'ayant pas reçu de formation ES, ce qui entraîne de fait sa transformation en école classique (même si au niveau administratif l'école reste une ES, voir ci-dessus).

La loi d'orientation de l'éducation qui rend gratuite l'éducation pour les enfants de six à seize ans pour l'année scolaire 2008-2009 est formulée de la façon suivante:

«L'enseignement de base est gratuit. La gratuité exclut le versement d'une somme quelconque au titre des frais d'inscription et ce, tout le long de la période de scolarité obligatoire. Toutefois, la participation des communautés de base librement constituées et agissant en partenariat avec l'Etat et les collectivités territoriales est admise... (notre soulignement)» (Loi d'orientation de l'éducation, Art.6).

On s'aperçoit que la loi proclame la gratuité et l'invalide dans le même élan puisque le principe de la participation des communautés est maintenu (voir sur le sujet, Héma, 2008).

L'abandon des frais d'inscription n'a pas été un problème puisque plusieurs écoles la pratiquaient déjà²⁶. L'annonce de la gratuité a été par contre une contrainte majeure parce qu'elle a entraîné, nous l'avons déjà évoqué, l'abandon des cotisations des parents d'élèves. La conséquence immédiate a été les difficultés de fonctionnement des APE et de la rentrée des frais de fonctionnement des Ceb. Or, l'entretien des infrastructures et matériels scolaires (salles et tables-bancs), le fonctionnement des écoles et de la Ceb ne peut pas être effectué sans les contributions des APE :

«Moi j'estime que la contribution de l'État pour le fonctionnement des écoles en termes de cahiers, de craies, etc., se situe à environ 10 à 15%. Tout le reste est apporté par les parents: les cahiers, les feuilles pour les examens blancs, les effacils, jusqu'au financement des activités socioculturelles et sportives» (Directeur d'école, Boromo).

²⁶ Avant l'annonce de la scolarisation gratuite par le Meba, les contributions des parents comportaient la cotisation des parents d'élèves et l'achat de fournitures scolaires. Le coût des fournitures est fonction de la classe et du nombre d'élèves à charge. La cotisation des parents d'élèves se situait entre 1 600 F et 2 100 F CFA pour les écoles publiques et jusqu'à 25 000 F CFA pour les écoles privées. Pour les écoles publiques, ces frais se décomposaient en frais d'inscription (500 F CFA), perçus pour les enfants arrivant au CP1 et aussi pour les cas de transfert d'un élève d'une école à une autre, en cotisation des parents d'élèves (1 000 à 1 500 F CFA) et en contribution pour la Ceb (100 F CFA). Ces dernières fonctionnent sur les dotations du ministère et cette participation des parents d'élèves. Certaines écoles ne percevaient déjà plus à cette époque de frais d'inscription, conditionnant leur abandon à l'obligation pour les parents de payer la cotisation des parents d'élèves. Jusqu'à la rentrée scolaire 2006-2007, les écoles parvenaient à mobiliser tant bien que mal cette contribution.

A Réo, on peut noter que les cotisations étaient plus faciles à réunir quand il y avait des cantines scolaires, puisqu'elles étaient considérées comme servant à l'achat de vivres pour le repas des enfants à l'école (la cotisation est appelée «mun warsè» (l'argent de la farine)).

Les interactions qui se créent autour de la délivrance du service d'éducation primaire dans nos deux communes d'étude constituent, d'une part, des processus de socialisation à la modernité et d'intégration à la citoyenneté nationale; d'autre part, des phénomènes d'expression des identités individuelles et collectives, tant du côté des collectivités bénéficiaires que des agents de l'État.

L'école fait partie, avec la santé, des infrastructures qui sont très souvent demandées par les populations. Pour elles «*si ce n'est pas une question de moyen, tout village et tout quartier devrait avoir son école*» (Président APE, Réo). L'école est perçue comme une infrastructure témoignant l'appartenance du village à la nation. Dans ce contexte, tout élément qui viendrait remettre en cause cette liaison village-école-nation est perçue de manière négative par les villageois, par exemple la tendance de plus en plus fréquente des instituteurs de ne plus résider dans les villages où ils travaillent (voir sur le sujet, Jacob et al., 2009).

A Boromo comme à Réo, l'école prend, dans les relations intrafamiliales et intergénérationnelles, la valeur d'une ressource à assurer aux jeunes générations, proche de la fonction qu'avaient les transferts fonciers lorsque la terre était encore considérée comme le moyen principal d'assurer les conditions d'existence dans la durée (Jacob, 2004 ; Bologo, 2006). Pour les parents, l'école est perçue comme le moyen de doter la génération suivante des acquis nécessaires pour négocier leur entrée dans la vie moderne :

«Moi j'ai envoyé tous mes enfants, presque tous mes enfants à l'école, sauf deux ou trois, et ça, ce sont des cas exceptionnels qui ont fait que je n'ai pas pu les envoyer à l'école: il y a une fille, parce qu'elle était malade, et l'autre, sa maman l'avait emmenée jusqu'à Abidjan. Elle est revenue à l'âge de onze ans, on ne pouvait plus la repêcher. Si c'était un garçon, peut être ça peut aller, mais une fille à onze ans, vous voyez déjà, surtout en Côte-d'Ivoire... Si ce ne sont pas ces cas-là, moi je me dis, si je n'envoie pas mon enfant à l'école, demain mon enfant peut me le reprocher. Il va dire si papa m'avait envoyé à l'école comme vous, moi aussi j'allais être ceci ou cela. A cause de ça là, je fais tout, même si je n'ai rien, pour envoyer mes enfants à l'école. Maintenant, si toi tu échoues, c'est ton problème. Même le collège, il y a certaines fois où je n'ai rien, mais je me débrouille t'inscrire. Les professeurs et les proviseurs et moi, nous luttons, jusqu'à la fin de l'année (rires). On va se tirailler, tirailler, tirailler, jusqu'à la fin de l'année: je vais payer, je n'ai pas dit non, je vais payer ! Si je gagne un peu, je viens, je donne»(Parent d'élève, Réo).

Mais cette entreprise de justice sociale entre générations est réciproque. Les parents qui se sont sacrifiés pour que leurs enfants soient scolarisés attendent d'eux qu'ils le reconnaissent un jour :

«C'est le collège là-bas là le problème. Si le collège est réussi, tu t'attends à ce qu'il ait du boulot. Après ça, on attend de lui, pas un remboursement, mais au moins une reconnaissance paternelle; que l'enfant reconnaisse que lui là c'est mon papa, que c'est lui qui m'a aidé à être ce que je suis aujourd'hui. Bon, s'il vient te donner le prix de la cola, toi aussi tu vas prendre. C'est sa reconnaissance....» (Parent d'élève, Réo).

En une vingtaine d'années, la profession d'enseignant a été victime d'une forte dévalorisation du fait des pressions des institutions internationales mentionnées ci-dessus: d'une part, pour une baisse des coûts de l'enseignement, et, d'autre part, pour une augmentation des taux de fréquentation des enfants en âge d'être scolarisés. Les luttes syndicales menées pendant la même période pour résister à ces diverses contraintes en maintenant des conditions de travail décentes pour les instituteurs se sont constamment soldées par des échecs. Ces contraintes ont entraîné une redéfinition du métier chez les agents eux-mêmes, répondant à l'ensemble médiocre de conditions qui leur sont faites (classes surchargées, rémunérations faibles, absence de prestige) par le désinvestissement: fuite devant une profession qui n'est acceptée «qu'à défaut d'autre chose», rejet du modèle de l'agent «missionnaire d'Etat», qui avait cours dans les premières années de l'indépendance, mise en place d'une coupure croissante entre le milieu de vie et de résidence et le milieu de travail, redéfinition de la notion de responsabilité, dans la production de résultats tout d'abord :

«Sur la question de la responsabilité, moi je dis que l'enseignant n'a aucune obligation de résultats, mais plutôt une obligation de moyens, c'est ma façon de voir. Comme le médecin, il a obligation de mettre tous les moyens pour soigner son patient, mais il n'a pas pour obligation de le sauver obligatoirement. Il peut tout mettre en œuvre et le patient va mourir. Ce n'est pas pour autant qu'on va lui couper son salaire. C'est la même chose pour l'enseignant, ce n'est pas parce qu'il y aura que deux admis au CEP qu'on va lui couper son salaire» (Directeur d'école, Boromo)

mais aussi dans les rapports avec la communauté où l'instituteur enseigne :

«Ne continuez pas à percevoir l'enseignant comme celui qui doit porter toute la responsabilité de la communauté, il n'est pas différent des autres fonctionnaires. De quel droit un agent de l'administration générale, à 17 h 30, ferme son bureau, il va à la maison et il n'a plus de contact avec sa réalité professionnelle? Et vous voulez que l'enseignant reste enfermé dans le village parce que c'est l'enseignant.... Je dis non, l'autorité de l'enseignant doit venir à partir de ses résultats. Les contenus d'apprentissage, d'enseignement qu'il met en situation doivent pouvoir, en tout cas, relever sa dimension professionnelle. Moi je suis d'accord plutôt pour ça que de continuer à croire que l'école doit tout faire à travers le maître» (IEPD, Réo).

C'est donc au moment où les parents, notamment ceux qui vivent en milieu rural, acceptent massivement l'école formelle, pourtant en rupture avec les valeurs transmises dans l'éducation familiale et communautaire, que les enseignants font en quelque sorte défection. Ils ont, bien entendu, de bonnes raisons pour le faire: ils ne sont pas suffisamment protégés des pressions extérieures pour faire leur travail de manière sereine. Ils subissent de plein fouet les effectifs pléthoriques, le manque de moyens, les faibles salaires, l'absence de possibilités de rémunérations annexes, l'incertitude des reclassements, les injonctions paradoxales des politiques, l'obligation de surinvestir, les pressions des encadreurs... Ils ne se sont pas désengagés pour autant de l'ensemble du champ de l'enseignement. Ils continuent de lutter pour maintenir sa cohérence et le niveau des élèves, par exemple en «réadaptant» en sourdine la consigne de passage automatique en classe supérieure de 90% d'une cohorte donnée. Ils surinvestissent pour acquérir à leurs propres frais du matériel pédagogique afin de mieux assurer les cours, et pour aider les élèves dont les parents n'ont pas pu payer les fournitures. Ce sont surtout les élèves travailleurs qui motivent leurs investissements :

«Chaque enseignant investit de sa poche ou de sa personne selon son gré. Moi je sais que je suis dans cette école, cela fait trois ans. Il y a un enfant, c'est moi qui paie ses cahiers chaque année, depuis qu'il est au CP1. J'ai constaté qu'il n'avait pas de cahier. La première fois je l'ai expulsé, si tu n'as pas de cahier tu vas travailler avec quoi? C'est un vieillard qui est venu. Si tu le vois, tu sais qu'il ne peut pas payer un cahier. Mais l'enfant est très travailleur en classe, il est toujours parmi les cinq premiers. Depuis ce temps

donc, à chaque rentrée je lui donne les cahiers. Seulement cette année il sera au CE2, donc il sera transféré à l'école mère» (Enseignant, Réo).

Par ailleurs, on note chez ces agents diverses stratégies qui expriment leur désengagement vis-à-vis de l'école: absentéisme, passage de concours (IP, Enam) pour échapper à la salle de classe, choix de résidence à l'extérieur du village où la profession est exercée (voir sur le sujet, Jacob et *al.*, 2009 et G. Nanema, 2009).

Dans d'autres rapports produits récemment par le Laboratoire Citoyennetés (voir J-P Jacob et *al.*, 2009, Laboratoire Citoyennetés, 2009), nous avons évoqué *«la trop grande solitude des agents de base»*, sur lesquels reposent la tâche écrasante de délivrer les biens et services prévus par les politiques publiques, alors même qu'ils reçoivent très peu d'appuis matériels et immatériels pour ce faire. Cette impression est largement confirmée par les études qui sont réunies dans ce document. Avec des nuances cependant, car, si les agents de base sont tous victimes des effets d'annonce des politiques, des faibles appuis dont ils disposent pour améliorer leurs prestations de travail et des politiques de réduction des coûts de la Fonction publique, chaque domaine d'activité est encadré par des stratégies particulières qui imposent un système de contraintes et des marges de manœuvre spécifiques pour les agents concernés. Si tous les agents donnent l'impression de vouloir fuir le service (en passant des concours notamment), ça n'est pas forcément pour les mêmes raisons. Les infirmiers et les instituteurs veulent échapper aux conditions de travail qui s'imposent au personnel d'interface tandis que les agents des services sociaux paraissent surtout vouloir éviter les structures sans moyens et le désœuvrement. Par ailleurs, chaque secteur possède son mode de régulation et ses objectifs qui donnent une position plus ou moins centrale à l'agent, une occasion pour lui de s'identifier plus ou moins avec sa structure.

Le maître mot pour caractériser l'état de la délivrance de services dans les trois secteurs considérés est sa faible institutionnalisation, autrement dit sa forte personnalisation. La délivrance de service est vécue par les agents comme reposant essentiellement sur leur volonté et leur capacité. Les opinions des usagers confirment dans une grande mesure ces représentations puisqu'ils considèrent qu'il est essentiel d'entretenir une relation personnelle avec un agent pour obtenir ce que l'on souhaite. Cette **sur-personnalisation** du service public nous paraît liée à quatre types de facteurs :

- l'obligation de gérer les effets d'annonce dans des contextes de carence de droit appliqué,
- les politiques qui encadrent le service public dans tel ou tel secteur,
- la nature du service public proposé,
- les «incompétences» des usagers.

Nous allons les présenter en détail dans les paragraphes qui suivent.

On le voit nettement dans nos trois études de cas à propos de la gratuité, les dotations de l'Etat et l'action des institutions locales ne sont pas à la hauteur des promesses faites par les politiques, notamment par les plus hauts responsables des ministères qui, dans les médias les plus divers, distillent à profusion et à haute fréquence les bonnes nouvelles destinés à prouver à la nation que

²⁷ Rédigé par J-P Jacob.

l'Etat avance et qu'il s'occupe d'elle. Ce que le plus souvent ces discours ne cachent pas, c'est qu'une loi dans le domaine concerné a été votée, qu'éventuellement son décret d'application a été pris. Ce qu'ils cachent c'est qu'en général toute la chaîne de production qui permet de faire atterrir la loi et de lui donner un contenu effectif sur le terrain n'a pas été soigneusement pensée ni organisée et que, du coup, les promesses faites en haut tardent à se concrétiser en bas (ce que nous avons appelé, à la suite de B.-F. Ouattara, les «carences de droit appliqué», J.-P. Jacob et *al.*, 2007). Pour autant, les usagers qui ont entendu le ministre à la radio espèrent bien obtenir sur le terrain un service conforme aux promesses faites, et s'ils ne l'obtiennent pas, soupçonnent immédiatement l'agent de base de rétention. Ce décalage structurel entre les normes annoncées et les faits entraîne plusieurs types de réactions possibles chez les agents. Ils peuvent se désengager de leurs missions, tentant de refléter par leurs attitudes l'ensemble des conditions médiocres qui leur sont faites: absentéisme, absence de plaisir au travail, mauvais accueil des usagers, repli sur la vie privée, recherche prioritaire de l'intérêt personnel, rejet du problème sur l'utilisateur... Ils peuvent également tenter de trouver à leur niveau des solutions qui masquent un tant soit peu le décalage constaté: surinvestissement personnel pour pallier les moyens qui ne sont pas disponibles, adoption sélective des mesures recommandées, en ne les appliquant pas sur le terrain s'il considère qu'elles sont irréalistes (exemple du certificat d'indigence), en ne les appliquant que partiellement pour maintenir la qualité du service rendu (exemple de la «cuisine interne» dans le domaine de l'éducation primaire), ou encore en réduisant arbitrairement la demande (exemple des dotations en moustiquaires ou des soins gratuits). Leur trop grande solitude les amène également à remplacer les normes professionnelles mal connues ou oubliées par des dispositions morales du sens commun: dans le domaine de la santé notamment, les pratiques varient selon que le personnel a affaire à des «évolués» ou au contraire à des gens pauvres, à des illettrés, des mères célibataires, des drogués, des voleurs ou des enfants de la rue... Elle leur permet enfin, dans certains secteurs (santé), d'améliorer leurs revenus par quelques profits illicites (vente de médicaments prohibés, vente de sang...). Cette «liberté» est rarement limitée par les supérieurs hiérarchiques, qui cherchent surtout à vivre en paix avec leurs agents²⁸ et les soutiennent le cas échéant (voir sur le sujet, D. Darbon, 2001).

Les pratiques des agents sont inspirées par des modèles de régulation des rapports avec les usagers qui tiennent à l'histoire propre du service auquel ils appartiennent et surtout aux politiques publiques sectorielles imposées par les bailleurs de fonds avec l'appui de l'Etat. Le modèle commun à tous les services est le modèle communautaire, qu'on retrouve dès les premières interventions de développement: il est assumé partout en Afrique de l'Ouest que l'utilisateur du service, quelle qu'en soit la nature, est également en partie son producteur, participant aux coûts de sa réalisation²⁹. Il est démontré dans les différentes études de cas, notamment au travers de la difficile application des politiques concernant la gratuité, que l'Etat burkinabè peut difficilement sortir de ce modèle de la coproduction. Par ailleurs, ce sont des modèles spécifiques - ou une combinaison de modèles (étatique et communautaire, communautaire et marchand...) - qui informent les pratiques des agents des différents services.

La pratique de l'infirmier est informée à la fois par le modèle communautaire et par le modèle marchand, avec une prédominance du second sur le premier. Depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako (en 1993 pour le Burkina Faso) et d'un dispositif axé essentiellement autour du

²⁸ Ils ont parfois leurs propres «arrangements».

²⁹ Nos analyses sont inspirées de J. Godbout, 1992.

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 l'infirmier, du fait des carences d'organisation et de compétences des membres des Coges, de simples paysans le plus souvent. Les centres de santé ont été transformés, comme le disent beaucoup de professionnels, en «centres commerciaux». 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. Longtemps négligée, 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 (nombre de consultations nouvelles, nombre de consultations dans la population des femmes en âge de procréer, nombre d'enfants vaccinés, disponibilité en médicaments) et sur sa viabilité financière. L'infirmier s'est identifié à ce système, l'a incorporé dans son ethos de travail: certains agents 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; ils accueillent avec réticence les politiques de gratuité qui coûtent cher aux Coges et risquent de compromettre la bonne santé financière de l'organisation.

Seul de nos trois secteurs (pour l'instant) à avoir été restructuré de la sorte - dans les autres secteurs, les collectivités territoriales ne sont pas entrées en possession de leurs prérogatives -, l'Action sociale a été transformée par l'avènement de la décentralisation qui a conféré aux communes et aux associations l'essentiel de l'assistance matérielle et alimentaire aux populations, autrefois dévolue au service. Le travail des agents a été du coup réorienté sur «l'immatériel», notamment autour des questions de droits civils et de citoyenneté.

Dans l'exercice de leurs missions, les agents de l'Action sociale sont confrontés à deux types de problèmes. D'une part, ils doivent faire face à un manque criant de moyens: les services sont faiblement dotés aussi bien en matériel qu'en ressources financières ou même parfois en personnel. En raison de ce manque de moyens, le fonctionnement des services est en partie tributaire de la bonne volonté des agents. C'est une situation - le surinvestissement - qu'on a déjà relevée à de nombreuses reprises. D'autre part, ils doivent "négocier" l'application de la législation, voire même l'oublier, pour passer à des solutions ad hoc, s'ils veulent pouvoir conserver leur position de régulateurs sans se faire éjecter des arènes où ils cherchent à intervenir (les conflits dans les relations inter et intrafamiliales). Ici, l'option des agents sociaux paraît plutôt être celle de "mettre les pratiques sociales du côté de l'Etat", en modulant la décision et le recours à la sanction de manière à rester au centre de la régulation.

Au Burkina Faso, les relations de parenté ont une envergure très large puisqu'elles ont des implications politiques, économiques et légales. Elles déterminent notamment les possibilités d'existence - de mariage, de déplacements, d'investissement, de travail - de ses membres. Les interventions de l'Action sociale ne modifient pas énormément ce paysage très intégré. Si elles peuvent permettre de faire de la place à la possibilité pour certaines femmes de choisir leurs attachements affectifs et de ne pas se faire imposer ceux qu'ont choisis pour elles leurs parents, elles n'offrent aucun soutien matériel à ces démarches. A l'Action sociale il n'existe pas de possibilité d'accueil pour les femmes ayant refusé un mariage arrangé et ayant été chassées de ce fait de leur famille d'origine ni même de soutien symbolique. Les droits de la personne ne peuvent trouver leur affirmation que dans le cadre restreint d'un «arrangement» privé qui maintient l'honneur de tous, pas

dans une cour de justice où le caractère opposable de ces droits pourrait être rendus publics. On reste dans le cadre de ce que James Scott appelle les «processus informels» :

«L'ordre formel est toujours parasite des processus informels, qu'il ne reconnaît pas, sans lequel il ne peut pas exister mais qu'il ne peut ni créer ni maintenir» (1998 : 310).

La pratique de l'instituteur est, quant à elle, fondamentalement informée par trois variables clés: la forte dévalorisation de la profession du fait des injonctions pour une baisse des coûts de l'enseignement, les pressions des autorités nationales pour une augmentation des taux de fréquentation des enfants en âge d'être scolarisés et enfin celles qui s'exercent à un niveau plus local pour maintenir un minimum de qualité de l'enseignement dispensé. Du fait du changement drastique et récent des conditions de travail, l'éducation est sans doute le domaine où la continuité professionnelle entre générations de fonctionnaires est la plus compromise: l'instituteur «missionnaire de l'Etat» a disparu pour faire la place à un personnel faiblement motivé et fortement désinvesti³⁰. Les générations actuelles d'instituteurs, contraints qu'ils sont d'accepter de mauvaises conditions de travail, réévaluent à la baisse leurs responsabilités, à la fois en ce qui concerne leurs performances (ils ont «une obligation de moyens mais pas de résultats», voir plus haut) et vis-à-vis de leur investissement dans leur milieu de travail. Comme le dit un IEPD, on doit cesser de croire que «l'école - comprendre l'Etat - doit tout faire à travers le maître». Les instituteurs s'arrangent, comme le souligne un rapport récent (voir Jacob et al., 2009), pour mettre une distance de plus en plus grande entre leur milieu de travail et leur vie privée, choisissant de ne pas occuper leurs logements de fonction, pour vivre dans la petite ville la plus proche. Nous sommes du point de vue de l'implication de l'agent dans son système professionnel, aux antipodes de la situation vécue par l'infirmier.

En outre, il convient d'insister sur le fait que c'est le modèle communautaire qui paraît informer de manière décisive la question des recrutements scolaires et l'attitude des parents vis-à-vis de l'école. Le très fort engouement des populations pour l'enseignement formel tient à ce que celui-ci a été repris - depuis peu de temps - dans les enjeux propres aux groupes (sauf pour le groupe peuhl). Nous y avons insisté à plusieurs reprises, la scolarisation des enfants joue actuellement à peu près le même rôle dans le contexte villageois que le transfert d'un patrimoine foncier dans l'ancien système rural: elle est perçue comme la meilleure manière de préparer l'avenir de sa progéniture et de ceux qui l'ont supporté dans un monde de plus en plus incertain. Nous avons parlé à ce propos de justice intergénérationnelle. En outre, nous y avons insisté dans ce texte, l'école au village est constitutive de l'identité sociale locale et du respect de soi, dans la mesure où elle est perçue par la communauté d'accueil comme une manière d'exprimer son intégration dans l'ensemble national.

Cette demande risque de ne pas trouver toute sa réponse dans les attitudes nouvelles, déjà mentionnées, de repli des instituteurs sur leur vie privée. On peut en prévoir quelques conséquences: absentéisme, retards, moindre investissement des parents d'élèves dans la gestion du système scolaire et les recrutements.

³⁰ Le divorce des instituteurs avec l'Etat ne date pas des interventions de la Banque mondiale mais du «dégagement» (licenciement de plus de 2 000 instituteurs) qui a suivi, pendant la période révolutionnaire, la grande grève des enseignants de 1984 (voir sur le sujet Nanema, 2009).

Du point de vue des usagers, l'offre de services modernes (de régulation, de formation ou de soins) dont les fonctions étaient remplies, avant leur avènement, par d'autres instances, qui renvoyaient à d'autres types de socialisations, ne présente aucune évidence. Le service public propose, pour paraphraser, P. Muller, une «construction [nouvelle] du rapport au monde» (1995). Nos études le montrent, l'intégration de cette construction n'est pas la condition sine qua non pour que le recours au service public se fasse. Dans le domaine de l'action sociale et de la santé, l'approche du service public par l'utilisateur apparaît comme une «demande sélective», opportuniste (voir sur le sujet, Jacob et al., 2007), qui tient autant aux attitudes des agents qu'à l'ordre «informel» des usagers. Dans le domaine de la santé, les patients développent des itinéraires thérapeutiques, qui n'accordent pas forcément à la biomédecine une position centrale dans l'explication de la guérison. De la même façon, dans le domaine de la régulation des relations familiales, le recours aux agents sociaux n'implique en aucune manière qu'ils vont pouvoir régler le problème à la manière dont le stipule le droit des personnes, et il est probable qu'ils se feraient rejeter s'ils tentaient de le faire. L'école primaire est véritablement le seul domaine où il y a admission par les parents de l'obligation de rupture avec le modèle de transmission pratiqué jusque-là et intégration d'un nouveau référentiel. C'est probablement la nature du bien proposé par l'école qui a provoqué cette rupture. Le bien scolaire est en effet un bien «intertemporel», dont les effets ne se manifestent pas au moment où l'éducation primaire est délivrée, mais bien plus tard lorsque l'enfant, devenu un adulte, est définitivement formé et apte à occuper une position offerte par le marché du travail. En outre, c'est un bien qui ne peut pas être délivré si certaines conditions de base ne sont pas acceptées par les populations. En référence à l'analyse de M. Walzer (1997 : 316), nos travaux montrent que les populations rurales burkinabè - à l'exception de quelques groupes - acceptent maintenant l'idée que l'école est une sorte de «maison des jeunes hommes», un lieu protégé qui possède sa discipline propre, où ce ne sont pas forcément les citoyens les plus âgés de la communauté qui enseignent et où l'on accorde aux élèves un moratoire partiel face aux réquisits de la société et de l'économie. On a dit que cette acceptation était récente, qu'elle était massive et qu'elle a été facilitée par la disqualification de l'agriculture comme lieu principal de production de la justice intergénérationnelle. C'est le monde du travail salarié qui est à présent considéré comme celui vers lequel les générations à venir doivent tendre, celui dans lequel l'insertion des jeunes doit se négocier et se préparer, y compris pour assurer les vieux jours de leurs parents³¹.

Par ailleurs, dans la mesure où la présence de l'école dans le village est véritablement perçue comme un indice de la volonté communautaire d'intégration dans la nation, il est clair que tout mouvement de retrait de la part des agents de l'Etat (comme le refus des maîtres de vivre au village), qui viendrait en quelque sorte remettre en question ce lien, est mal vécue par les parents d'élèves (voir plus haut).

La sociologie politique définit la politisation comme la compétence à se forger une opinion sur les affaires de la cité pour participer au débat public de façon constructive, en connaissance de ses droits et de ses obligations (Gaxie, 2000). On pourrait parler de la même manière de la compétence publique des usagers, et nos travaux cherchent également à évaluer la capacité de ces derniers à interagir aisément avec les services publics en ayant intégré le référentiel. On note qu'elle est en fait rarement présente dans nos petites villes d'étude et les agents de base se plaignent souvent de

³¹ Avec les cruelles désillusions qui ne vont pas manquer de naître de ce nouvel état d'esprit. En Côte-d'Ivoire, le retour des jeunes lettrés sans emploi en milieu rural est considéré par les spécialistes comme une des sources de la crise xénophobe des années 2002-2003.

«l'incompétence» des usagers: incapables de distinguer entre les différentes institutions et les services qu'ils offrent et ceux qu'ils ne peuvent pas offrir, faisant pression pour obtenir un service personnalisé, voire une faveur ou un passe-droit, hors délais et sans qu'ils soient toujours qualifiés pour l'obtenir, obstinés dans leur maintien de leurs «mauvaises pratiques»... Les chercheurs constatent par ailleurs – voir le chapitre sur la santé - la réticence des usagers, notamment des plus pauvres, à formuler une opinion sur le service, probablement dans une optique de protection d'un agent, un souci de le maintenir dans l'«humanité» qu'il partage avec eux. S'ils ne répondent pas aux demandes d'appréciation critique sur l'agent ou sur le service (qui sont souvent confondus), c'est parce qu'ils estiment que c'est «sa chance» qui lui a permis d'obtenir son poste et qu'il a le droit de «gagner son pain» et de nourrir ses enfants quelle que soit finalement la qualité des prestations qu'il délivre. Il n'est pas impossible de penser que ce refus de juger permet de maintenir l'enclassement social de la relation avec l'agent dont l'utilisateur pourra espérer quelque bénéfice éventuel, le cas échéant. Dans la conclusion de son excellent ouvrage consacré aux perceptions populaires burundaises après la guerre des années 1993-2000, Peter Uvin fait la remarque suivante :

«La communauté internationale parle de participation et d'ownership, mais je ferai l'hypothèse que les populations ont une approche complètement différente de la gouvernance et de la justice, une approche qui traite de ces éléments au travers du prisme des relations sociales et interpersonnelles bien plus qu'au travers des structures et des institutions» (2009 : 189).

Cette hypothèse pourrait s'appliquer également à nos usagers.

Pour reprendre M. Weber (voir chapitre sur la santé) ou M. Hertzfeld (1992), on ne rencontre pas dans les contextes où nous travaillons d'agents qui délivrent leurs prestations de manière impersonnelle ou «indifférente». Trois raisons institutionnelles permettent de l'expliquer: les carences de droit appliqué, les politiques qui donnent forme au service dans le secteur considéré et enfin la nature du bien délivré. Du côté de la demande, une quatrième raison vient compléter les trois premières, c'est l'état de sous-information des usagers et leurs dispositions pratiques, leur insistance à transformer les relations qu'ils entretiennent avec les agents en rapports sociaux, probablement parce que ces rapports sociaux ont été de tout temps la condition de leur survie. Dans ces conditions, qui se répondent de manière spéculaire, le service public reste avant tout défini comme la résultante des effets des interactions personnelles (réussies ou moins réussies), alors qu'il est fondamentalement présenté dans la théorie comme une relation à trois, le regard de la société (représentée par l'Etat), au travers des lois et des règlements, devant s'immiscer dans les relations à l'interface pour en garantir la justesse et la justice.

Code des personnes et de la famille

Code pénal burkinabè

Décret n°94-44/PRES/SASF du 2 février 1994 portant Fixation des conditions de délivrance de la carte d'invalidité aux personnes handicapées, J.O BF n°6 du 10 février 1994

Kiti AN VIII-0202/FP/SAN.AS du 08 février 1991, portant Base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso, J.O BF n°07 du 14 février 1991

Zatu n°86-5/PRES du 16 janvier 1986 portant Adoption de mesures sociales en faveur des personnes handicapées, J.O n°4 du 23 janvier 1986

RdBF, 1987, Zatu n°AN IV-137/CNR/PRES du 21 mai 1987 portant Érection de localités en communes de moyen exercice.

RdBF, 1993, Loi n°004/ADP du 12 mai 1993 portant Érection de communes de plein exercice.

RdBF, 1996, Loi n°013/96/ADP du 09 mai 1996 portant Loi d'orientation de l'éducation.

RdBF, 2003, Arrêté n°2003-00143/MEBA/SG du 5 juin 2003 portant Organisation et fonctionnement des directions provinciales de l'enseignement de base et de l'alphabétisation et des circonscriptions d'éducation de base.

RdBF, 1998, Loi n°10/98/AN du 21 mai 1998 portant Modalités d'intervention de l'Etat et répartition des compétences entre l'État et les autres acteurs du développement.

RdBF, Loi n°13/98/AN du 28 avril 1998 portant Régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la Fonction publique.

RdBF, Loi n°20/98/AN du 5 mai 1998 portant Normes de création, d'organisation et de gestion des structures de l'administration de l'Etat.

RdBF, Loi n°019-2005/AN du 18 mai portant Modification de la loi 13/98/AN

RdBF, 2004, Loi n°055-2004/AN du 14 avril 2004 portant Code général des collectivités territoriales au Burkina Faso et textes d'application.

RdBF, 2006, Décret n°2006-209 du 1er avril 2006 portant Transfert des compétences et des ressources aux communes urbaines, dans les domaines du préscolaire, de l'enseignement primaire, de la santé, de la culture, de la jeunesse, des sports et des loisirs.

RdBF, 2007, Loi N° 013-2007/AN 5 septembre 2007 portant Loi d'orientation de l'éducation.

Baldacci, E., Clements, B, Gupta, S., 2003, Utiliser la politique budgétaire pour stimuler la croissance. De l'opportunité pour les pays à faible revenu de réduire leur déficit budgétaire, Finances et Développement, vol. 40, n° 4, pp. 28-31

- Clignet, Remi, 1994, La demande d'éducation : aspects sociologiques, *Afrique Contemporaine*, n° 172, pp. 108-118
- Compaoré, M., 2003, La réforme de l'éducation catholique au Burkina Faso, *Cahiers d'Études Africaines*, XLIII (1-2), 169-170, pp.87-98.
- Crombé Xavier, Jézéquel Jean-Hervé (dir.), 2007, Niger 2005. Une catastrophe si naturelle, Paris, Karthala, 296 p.
- Darbon, Dominique, 2001, De l'introuvable à l'innommable : fonctionnaires et professionnels de l'action publique dans les Afriques, *Autrepart*, n° 20, pp. 27-42
- Friedberg, Erhard, 1997, Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée, Paris, Editions du Seuil.
- Gaxie, D., 2000, Le cens caché. Inégalités culturelles et ségrégation politique, Paris, Éditions du Seuil.
- Godbout, J., 1992, «Coproduction et représentation de l'usager», in M. Chauvière et J. Godbout, *Les usagers entre marché et citoyenneté*, Paris, L'Harmattan, pp. 291-305
- Hertzfeld M., 1992, *The Social Production of Indifference. Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*, Chicago, University of Chicago Press.
- Jacob J.-P., 2004, Gouvernement de la nature et gouvernement des hommes dans le Gwendégou (Centre-Ouest du Burkina Faso), *Autrepart*, n° 30, pp. 25-43.
- Jaffré Yannick, Olivier de Sardan Jean-Pierre (eds), 2003, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans 5 capitales de l'Afrique de l'Ouest, Paris, Editions Karthala.
- Lipsky, M., 1980, *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in Public Service*, New York, Russel, Sage Foundation.
- Muller, Pierre, 1995, Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde, in A. Faure et *al.*, *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, pp. 153-179
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 221p.
- Ridde, Valéry, 2007, *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, 536 p.
- Rosanvallon, Pierre, 1993, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Le Seuil, collection Point Histoire, 369 p.
- Roth Claudia, 2005, Dépendance menaçante : limite de la sécurité sociale, vieil âge et genre en milieu urbain burkinabè, in W. de Jong et *al.*, *Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Etudes de cas*, Münster, Lit Verlag, pp. 289-322.
- Schweyer François-Xavier, 2000, «Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public in Cresson Geneviève et Schweyer François-Xavier (dir), *Les Usagers du système de soins*, Rennes, édition de l'école de la santé publique, pp. 37-54
- Scott, James, 1998, *Seeing like a State. How certain schemes to improve human condition have failed*, New Haven, Yale University Press
- Uvin, Peter, 2009, *Life after Violence. A People's Story of Burundi*, London, Zed Books, 211 p.
- Vidal Laurent, Fall Abdou Salam et Gadou D. (dir.), 2005, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 328 p.

Walzer, Michael, 1997, *Sphères de justice. Une défense du pluralisme et de l'égalité*, Paris, Le Seuil, 475 p.

Weber, Max, 1976, *Le type idéal de la bureaucratie moderne. La bureaucratie*, Arguments 1, Paris, 10/18, p 45-53.

Badini, A., 2006, Note sur la situation des enseignants au Burkina Faso, Initiative de l'UNESCO pour la formation des enseignants en Afrique subsaharienne (TTISSA), Première réunion des coordonnateurs nationaux de l'Initiative de l'UNESCO pour la formation des enseignants en Afrique subsaharienne BREDA, Dakar, 7-9 mars, pp. 28-31

Banque mondiale, 1988, *Rapport sur l'éducation en Afrique Subsaharienne : pour une stratégie d'ajustement, de revitalisation et d'expansion. Etude de politique générale*, Washington, Banque mondiale.

Bologo, E., 2006, Les transferts intergénérationnels et intrafamiliaux de la terre dans l'Ouest du Burkina Faso : modalités, mutations et enjeux fonciers, Colloque international "Les frontières de la question foncière - At the frontier of land issues", Montpellier, 2006, 17 p.

Chéron Hélène, 2008, Le projet «école bilingue» de l'OSEO à Koudougou et Réo. La fabrication d'un succès, Programme État local, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 44 p.

Héma I., 2007, L'offre d'éducation primaire à Boromo. L'éducation entre accès équitable et réduction des coûts, in Jacob J.-P. et *al.*, *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)*, Étude Recit n°17, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, pp. 31-48

— 2008, L'offre d'éducation primaire dans la commune de Réo (Province du Sanguié, Burkina Faso), Étude Recit n° 25, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 26 p.

Jacob, J.-P., Héma, I., Hochet, P., Malo, H. Médah, R., Ouédraogo, S., 2007, *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, 133 p.

Jacob, J.-P., Hochet, P., Diawara, M., Héma, I., Konseiga, R., Médah, R., 2009, *L'action publique à Réo. Surpolitisation et sur-personnalisation des institutions locales*, Etude Recit n° 26, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 59 p.

Kassem, Salam, 2008, *La production des services sociaux au niveau local. Le cas de la commune de Koudougou*, Etude Recit n°23, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 48 p.

Laboratoire Citoyennetés, 2009, *Gouvernance et citoyenneté*, n° 2, juin.

Malo, Houodié, 2008, *Problèmes sociaux et assistance publique à Réo (Pays lyèle, Burkina Faso)*, Etude Récit n°22, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 35 p.

Médah Rachel, 2005, *L'injection dans la ville de Ouagadougou : un geste médical révélateur des dysfonctionnements sanitaires*, Mémoire de DEA en études du développement, Genève, IUED, 100 p.

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)*, Ouagadougou, Etude Récit n°11, Laboratoire Citoyennetés, 23 p.

2007, *L'offre formelle de santé dans la commune de Boromo. Empilement des formations sanitaires et dysfonctionnements institutionnels*, in Jacob J.-P. 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.

2009, Etude approfondie du système de santé dans la commune de Boromo (Province des Balé, Burkina Faso), Etude Récit n°28, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 28 p.

Nanema, Ouidpanga, Geoffroy, 2009, 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, Etude Récit n° 29, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 61 p.

Ministère de la Santé

2005a, Plan de développement sanitaire du district de Boromo (2006-2010), Ouagadougou, 132 p.

2005b, Plan de développement sanitaire du district de Réo (2006-2010), Ouagadougou, 97 p.

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

Ridde, V., Bicaba, A., 2009, La stratégie de subvention des soins obstétricaux néonataux d'urgence. Revue des politiques d'exemption/subvention au Burkina Faso, 16 janvier, mimeo, 54 p.

Olivier de Sardan, J-P, 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 (EHES-CNRS), pp 195-215.

Sangaré Sira, 2009, L'approche de la gratuité et de l'accès des soins de santé des plus pauvres : l'exemple du district de Bogodogo (Burkina Faso), mémoire de master en études du développement, Genève, IHEID, 84 p.

Tiendrébéogo Hélène, 2008, Diagnostic institutionnel et organisationnel des services de santé dans la commune de Boromo (Province des Balé Burkina Faso), rapport de consultance, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 84 p.

Yaméogo/Ouédraogo, Clarisse, à paraître, La problématique de la prise en charge de l'indigence à Koudougou : l'approche du Groupe Communal de Coordination des Œuvres Sociales (GCCOS), Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés.

Études Recit

Juillet 2009

- Étude n° 1 L'organisation des chances de vie dans la décentralisation burkinabè. Programme de recherche RECI, 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 unanimisme 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 Iyèlè, 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, 30p.
- Étude n°28 Etude 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.
- Étude n°30 L’infirmier, l’instituteur, l’agent social. Jean-Pierre Jacob et al., 2009, 55 p.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Connecting People's Capacities

Organisation

Néerlandaise

de Développement