

LOGIQUE DES CHOIX THERAPEUTIQUES EN MILIEU RURAL A L'OUEST DU BURKINA FASO

Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO

Maître-Assistant en Sociologie de la santé

Université OUAGA II, Burkina Faso

Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences sociales et Santé (LARISS)/ Université

Pr Joseph KI-ZERBO

Groupe de Recherches sur les Initiatives Locales (GRIL)/Université Pr Joseph KI-ZERBO

isdosi2000@yahoo.fr

RESUME

Sur la base d'un travail ethnographique mené en milieu rural à l'Ouest du Burkina Faso, ce texte met en exergue l'influence de la perception cognitive sur la maladie dans le choix de recourir aux soins de santé formels de la localité. En effet, pour traduire le niveau de gravité d'une maladie qui survient, de nombreuses personnes affirment qu'il y a « maladie de maison et maladie d'hôpital ». Cette représentation influence les choix thérapeutiques face à la maladie en milieu communautaire. Elle influe notamment les modalités de fréquentation des structures de soins formels qui se caractérisent dans l'ensemble par des recours non systématiques et même tardifs dans plusieurs cas. En définitive, cette analyse montre que les représentations collectives des populations sur la maladie et la santé, renferment une part déterminante dans les réponses à la maladie dans cette partie rurale du Burkina Faso.

MOTS-CLÉS :

Burkina Faso, choix thérapeutique, logiques, milieu rural.

ABSTRACT

On the basis of ethnographic work carried out in rural areas in the West of Burkina Faso, this text highlights the influence of cognitive perception on the disease in the choice of seeking formal health care in the locality. Indeed, to translate the level of severity of a disease that occurs, many people say that there is "house disease and hospital disease". This representation influences the therapeutic choices faced with the disease in a community setting. In particular, it influences the use of formal care facilities, which are generally characterized by unsystematic and even late recourse in several cases. Ultimately, this analysis shows that the

collective representations of the populations on the disease and health contain a determining part in the responses to the disease in this rural part of Burkina Faso. Keywords: logic, therapeutic choice, rural environment, Burkina Faso.

INTRODUCTION

Devant l'évidence d'un système cognitif dans la construction des comportements sociaux face à la maladie, les travaux sur les déterminants de l'accès à l'offre publique de soins de santé au Burkina Faso montrent que la pauvreté financière est toujours décrite comme un facteur limitant l'accès des populations rurales dites les plus démunies aux soins de santé modernes (Haddad, S. & al, 2006).

Cette réalité est présentée comme la cause d'une faible hausse de la demande sanitaire dans les établissements de santé publique, particulièrement en milieu rural. En effet, le taux de fréquentation des structures de soins publics modernes dans plusieurs régions est passé de 0,6 à 0,7% de nouveaux contacts en 2010 (Ministère de la Santé, 2012).

Pourtant, il ressort que le choix d'aller au centre de santé est significativement lié à une logique cognitive en présence dans la communauté. Lorsque la maladie survient, cette logique intervient de manière déterminante dans le choix des recours thérapeutiques des populations. De manière structurante, il est intéressant de comprendre alors la manière par laquelle cette logique d'appréciation détermine le choix des thérapies chez les populations.

Cette analyse trouve tout son intérêt dans un contexte où les réformes publiques dans le domaine de l'accès aux structures de soins de santé au Burkina Faso mettent l'accent notamment sur des aspects financiers. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2011-2020) revu à mi-parcours en 2016 définit parmi ses orientations stratégiques, un accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé (Ministère de la Santé, 2017).

L'étude montre que la réponse à la maladie est souvent déterminée une logique qui dépasse le cadre de l'accessibilité financière de l'offre de santé.

Ce texte vise comprendre la manière par laquelle cette logique dominante influence les choix thérapeutiques des populations face à la maladie, en milieu rural à l'Ouest du Burkina Faso.

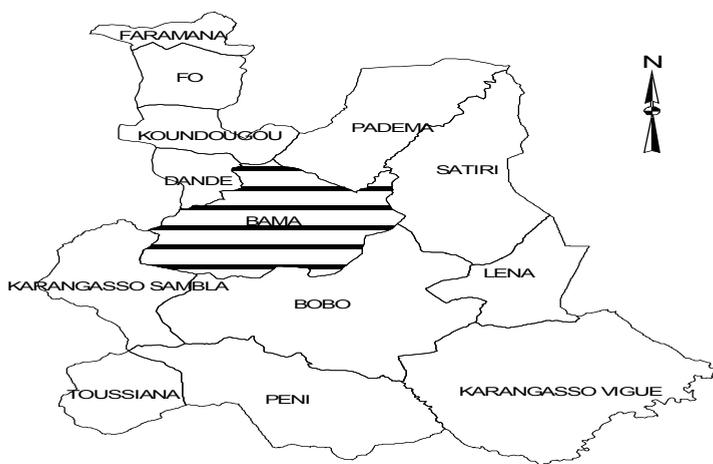
Le document est structuré autour des parties suivantes : la méthodologie de la recherche ; les résultats et la discussion.

1. Méthodologie

1.1. Site et lieux de l'étude

Comme tantôt évoqué, le site de l'étude est le village de Bama, à l'Ouest du Burkina Faso. Sur ce site, deux terrains ont été ciblés dans le cadre d'une étude de type anthropologique, caractérisée par une enquête de terrain.

La collecte des données s'est effectuée par l'entretien approfondi et par l'observation. D'une part, des données de première main ont pu être collectées au moyen du guide d'entretien semi-directif à visée qualitative. D'autre part, des données d'observations ont été recueillies au moyen d'une grille d'observation à visée descriptive. L'enquête s'est déroulée dans la période allant d'août à décembre 2016.



Source : Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008.

Au cours de cette enquête de terrain, les données ont été collectées in situ dans les espaces de recours formels et informels, ainsi que dans les espaces de vie domestique. Les espaces de recours se composent du CSPS de la Vallée du Kou et du CM de Bama, tandis-que des « tradi-thérapeutes » ont été aussi approchés dans leurs cliniques.

Dans cette étude conduite dans la localité villageoise de Bama, les formations sanitaires présentes sont constituées du centre de santé et de promotion sociale (CSPS)¹ de la Vallée du Kou, et du centre médical (CM) de Bama. L'offre de soins

1 Dans le système d'offre sanitaire publique au Burkina Faso, il existe quatre échelons hiérarchiques, dont le plus bas est le niveau primaire. Sont de ce niveau le CSPS et le CM, à la différence près que le second dispose de plus d'infrastructures sanitaires, et possède un plateau technique un

au CSPS est assurée par des infirmiers et des agents itinérants de santé. Le premier responsable du CSPS est l'Infirmier Chef de poste (ICP) encore appelé major, tandis que le centre médical dispose d'un service de consultation médecine-générale, en plus des soins infirmiers. Ces deux structures médicales publiques opèrent dans la trajectoire de deux aires sanitaires formées d'environ 44000 habitants, sur une population d'ensemble qui avoisine 70000 habitants (Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008).

1.2. *Personnes enquêtées*

Au total 31 personnes composées de femmes et d'hommes, ont été interviewées. Certains entretiens ont été enregistrés en français, mais la plupart ont été faits dans les langues nationales parlées dans la localité qui sont le dioula et le mooré.

Une partie des données de cet article (entretiens) est issue du projet "Fragile Future. Rural lives in times of conflict". Il s'agit du projet numéro 11-014KU qui a bénéficié du soutien de l'organisation danoise DANIDA soutenant le développement de la recherche.

Tous les entretiens réalisés ont fait l'objet d'une retranscription en français et ont été exploités manuellement.

1.3. *Items questionnés*

De la sensation du mal à la découverte de la maladie, puis aux soins requis jusqu'à la guérison, la personne enquêtée était amenée à décrire son itinéraire thérapeutique étape par étape, et à justifier chaque préférence dans son cheminement. Des questions spécifiques ont porté sur l'usage des services de santé formels, les dysfonctionnements notés à ce niveau, les griefs à l'encontre des acteurs, et les conflits avec les agents de santé. Ces questions spécifiques ont aussi concerné les recours informels, et précisément les « tradi-thérapeutes ». Les individus interrogés appartiennent sensiblement à la même catégorie sociale et pratiquent pour la plupart l'activité de production-vente du riz ; avec cependant des variantes sociales liées surtout à des niveaux de succès relativement différents dans l'activité productrice. Ceci a permis de neutraliser le poids de la variable socio-professionnelle. Les interviews ont porté sur l'appréciation de la profession médicale et du système de santé. Il s'est également agi de recenser les contradictions notées au cours de la relation de consultation avec les patients. L'analyse de toutes ces questions a permis de comprendre les logiques de représentations de la maladie ainsi que des trajectoires thérapeutiques des populations de la localité.

peu plus relevé que le premier. Le CM est dirigé par un médecin généraliste qui, au niveau village, supervise également les autres CSPS des aires sanitaires couvrant la localité.

2. RESULTATS

Pour la population de la commune rurale de Bama, l'état d'un mal qui survient est généralement apprécié selon deux critères essentiels : est-ce une « maladie de maison », ou plutôt une maladie d'hôpital ?

Le premier cas est perçu comme ne nécessitant pas de recours au centre de santé. Cette situation reflète le moment où la maladie se déclenche par des sensations de mal-être physique jugées bénignes. Dans un tel cas, la plupart des personnes tendent clairement vers une automédication multiplexe (qui compose entre les médicaments du marché², ceux des dépôts privés, et les plantes issues de la pharmacopée).

Le second cas signifie qu'il faut recourir au centre de santé, vu la gravité ou l'aggravation progressive du mal ressenti. En réalité, ce choix est contraint par l'intensité de la douleur ou du mal ressenti.

La construction du recours aux centres de santé chez les sujets dénote donc du poids des représentations portées sur la maladie et l'opportunité du recours au centre de santé.

2.1. *Obstacle financier, un faux argument ?*

La conduite des patients conduit en premier lieu à poser l'hypothèse de l'obstacle financier pour expliquer le déclassement de l'offre médicale moderne. En réalité, quand les individus évoquent la pauvreté pour expliquer leur refus d'aller au CSPS, on peut y voir surtout le manque de disponibilité financière immédiate, mais non pas une preuve de dénuement économique.

Ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas les moyens qu'ils font cela, le fait de rester pour bricoler à la maison, ce n'est pas une question de moyens, avoir peur de dépenser et puis ne pas avoir les moyens, ce n'est pas la même chose...ici là je trouve que si les gens cherchent à se soigner et surtout qu'ils ont des dépôts à leur disposition, c'est facile. Walaye, masculin, quarantaine, Infirmier, CM de Bama, 10/2016.

Si la présence de fonds sur place est souvent hypothétique pour de nombreux ménages, la capacité de mobilisation rapide est un autre fait. En effet, la plupart des personnes interrogées disent avoir la possibilité de contracter un prêt chez le voisin ou l'ami, et de le rembourser dans une courte échéance. Pour cela, presque tous les ménages stockent du riz, et en des besoins pareils prélèvent la quantité qu'il faut, la vendent et remboursent l'argent emprunté pour leurs soins.

2 Médicaments de marché, ce terme correspond à la pléthore de produits

L'activité économique dans la localité est dynamique car elle permet aux femmes et aux hommes de mobiliser des revenus. Ce qui signifie que le pouvoir économique des habitants est relativement plus important que ce qui est généralement prêté au monde paysan au Burkina Faso. Notre enquête a permis de constater que dans cette région où l'activité est particulièrement animée par la production/vente de riz, le revenu minimal d'une femme vendeuse de riz peut avoisiner 50000FCFA/mois. Le niveau de vie est objectivement plus élevé que celui des autres localités rurales, et il est courant d'entendre dire qu'à Bama, il serait impossible de mourir de faim, pour peu que l'on soit disposé à travailler.

2.2. Le manque de ressource comme prétexte pour l'évitement des centres de santé

L'analyse du contexte économique de la localité permet une mise en doute de la véracité de l'obstacle financier quand il est convoqué dans cette localité pour justifier un recours tardif au CSPS. Les niveaux de fréquentation des structures publiques de soins varient d'une période à une autre de l'année, mais selon les agents de santé, il ne demeure pas moins que le recours tardif au centre de santé reste d'actualité pour la majorité des personnes venant se faire consulter au centre de santé. Aussi, tout le temps où nous avons mené des observations dans les structures de santé, aucun malade n'est parti avec son ordonnance sans acheter les produits et revenir, à moins de n'avoir pas trouvé le médicament prescrit sur place dans le dépôt pharmaceutique du CM ou du CSPS.

Nous arrivons à payer nos soins et ceux de nos enfants avec ce que nous gagnons. Mariama, féminin, quarantenaire, mariée, 3 enfants, vendeuse de riz, Bama, 08/2016.

Pour une importante partie de la population qui fréquente les structures de soins de santé, le manque de ressources financières ne semble guère donc constituer une entrave pour faire face aux frais de consultation et au coût des médicaments. Quelles sont alors les logiques de représentations qui sous-tendent les choix individuels de recours aux soins de santé ?

2.3. Rationalité de choix individuels et représentation du système de soins formels

L'option de contourner les formations sanitaires rurales (Mugisha & al, 2002) rend

médicamenteux circulant librement dans les marchés des villes et villages du Burkina Faso. Ces médicaments sont intégrés dans la culture des recours aux soins dans le village.

compte d'une gestion personnalisée de la maladie, faisant que face à un mal donné, l'espoir de guérir aussitôt après sans avoir à recourir au CSPPS reste fort. Cela arrive surtout quand la situation ne semble pas du tout inquiétante, par exemple, lorsqu'on n'est pas obligé de garder le lit. Dans une telle situation, la maladie ne semble pas présenter un handicap pour la poursuite de l'activité quotidienne. Ce raisonnement conduit à l'évitement des structures de soins, même si la conscience du risque demeure animée par une problématique et des enjeux individuels (Fainzang, 2010). Le choix du CSPPS est donc évalué en fonction de la pertinence ou de la rationalité à le faire. De ce fait, le plus grand nombre de gens se proclame incapable de se faire soigner au dispensaire chaque fois qu'ils sont malades. Pour ces personnes, la temporalité du recours au CSPPS est retardée parce qu'elle est dépendante du résultat d'une prise en charge de soi par soi-même à domicile avec ou non l'aide de l'entourage familial. Il n'est autre moyen pour des individus se reconnaissant non experts médicaux que de se fier à des connaissances périphériques et à des expériences personnelles passées.

Ces connaissances et expériences passées sur les maladies ne sont pas uniquement de nature biomédicale. Par exemple, bien de personnes ont la conviction que le déclenchement du paludisme est consécutif à l'ingestion de certains types d'aliments. Il faudrait donc pour éviter de tomber malade du paludisme, éviter de consommer la banane et la papaye. Ces aliments assècheraient le ventre et déclencheraient tout de suite la maladie. Cependant, si le mal est déjà en soi, les médicaments sont incontournables, il faut vite se dépêcher d'avaler du paracétamol, de la quinine, ibuprofène, l'amoxicilline, ou « deux faces » (nom d'un médicament vendu dans les boutiques et par les nakido). Dans ce sens, chacun y va de son expérience et en matière d'automédication, l'association est comme on le voit ici permise entre les médicaments de la pharmacie ambulante, des dépôts privés, ainsi que les poudres et feuilles traditionnelles.

J'ai parlé ici, j'ai montré ici que si tu prends par exemple le para (paracétamol) et ça ne travaille plus, et tu cherches encore ce que je disais, il y a un produit qu'on appelle fartoquiè, tu cherches ça tu avales, et si ça ne va toujours pas, bon toi-même tu sais que ça ne va pas. Pelman, masculin, trentenaire, producteur de riz et éleveur, Bama, 12/2016.

Comme certaines personnes interrogées le laissent entendre (Pierret J., 2008), les symptômes médicalement associés au paludisme simple sont généralement considérés comme l'expression de maladies naturelles. Tout le monde a sa petite idée des médicaments pharmaceutiques qui soignent le paludisme, par expérience personnelle de recours, ou par diffusion de l'expérience de tierces personnes. Cette considération forge chez ces personnes le sentiment d'une connaissance suffisante du médicament. Il s'agirait donc de bien connaître et d'identifier le médicament qu'il faut pour que cela marche. C'est en cela que l'expertise de l'agent de santé est définie comme incontournable : il est le spécialiste du médicament ; il sait identifier quel produit convient avec une pathologie donnée. Voici ce qu'affirme un jeune riziculteur :

Si ton organisme est malade et tu avales ça, tu retrouves la santé... c'est le même médicament qui se vend au dispensaire, mais si ce n'est pas l'infirmier, celui qui vend le produit ne sait pas quel produit traite quelle maladie, voilà c'est tout le problème. Boudia, masculin riziculteur et éleveur, 05 enfants, Bama, 11/2016.

Une vendeuse de riz renchérit dans les termes suivants :

C'est une perte de temps que de se rendre au dispensaire pour payer la consultation et se faire prescrire des paras (paracétamols, ibuprofènes, quinine). Marièta, 27 ans, 02 enfants, vendeuse de riz, Bama, 12/2016.

La connaissance sur le médicament est jugée fiable, et pertinente à être exercée à condition de connaître par expérience sa propriété thérapeutique. Mais, autant la conviction que la solution au mal peut provenir de ce premier choix est présente, autant l'idée que cela puisse ne pas marcher est prise en compte. Le recours au dispensaire dans ce dernier cas peut alors être légitimé. Pour optimiser le réflexe d'objectivation, quelques personnes se fient aux anciennes ordonnances. Cette approche traduit une soif d'autonomie dans la prise en charge du corps malade.

Des logiques de représentation en présence, il ressort alors que la décision d'aller consulter est très souvent la conséquence d'une tentative infructueuse de venir à bout de la souffrance par soi-même ; ce qui entraîne parfois un recours tardif au centre de santé.

3. *Choix tardif du centre de santé*

3.1. *Le recours au centre de santé comme choix obligé*

Le recours au centre de soins de santé se déroule le plus souvent dans un contexte d'obligation dû à l'échec des premières tentatives de soins. Le constat d'échec d'une prise en charge par soi-même a pour conséquence le fait que l'idée de maladie domestique est évacuée, dans la mesure où l'aggravation ou la persistance de la douleur fait poindre l'attribut de la maladie d'hôpital. L'agent de santé est souvent mis devant le fait accompli, et l'attente de résultats se veut aussi forte que l'échec de l'automédication. C'est seulement en ce moment que la limite des capacités personnelles est reconnue. Pour autant, la consultation du dispensaire en situation d'aggravation du mal évoque, de l'expérience quotidienne des agents bien de soucis :

Il y'a une femme qui est là actuellement, elle dit que cela fait 10 jours qu'elle prend de la quinine et sa santé ne va pas bien, pourtant s'il y'a une résistance à la quinine, il y aura trop de mort, parce qu'actuellement c'est le meilleur médicament contre le paludisme, si tu échoues avec la quinine je ne pense pas que tu vas t'en sortir. Oulata, quarantenaire, masculin, Infirmier CSPS de Bama, Bama, 10/2016.

L'agent de santé est habilité dans sa fonction qui est de résoudre le besoin de santé dans une situation dont il apprécie la gravité, tenant compte des limites matérielles (absence de laboratoire d'examen cliniques, et de personnel encore plus qualifié).

Dans ce cas-ci, le constat de gravité porté sur l'état de la femme malade manifeste par la même occasion, les limites objectives de ce recours primaire. C'est la reconnaissance implicite que cette dernière a établi un bon diagnostic de sa maladie mais qu'elle a échoué dans le choix de la posologie. L'état de la patiente est diagnostiqué comme grave (avec une hypothèse alarmante de la résistance au remède qui soit de son avis le seul à même de venir à bout du mal) en raison du fait que son administration a été décidée en dehors du pouvoir de l'agent se considérant comme plus légitime pour indiquer les modalités de l'offre de soins de santé.

Dans ces conditions, le malade arrive tardivement au centre de santé et ne peut être pris en charge sur place : les agents de santé prescrivent alors la référence médicale. Cette situation est source d'incompréhensions.

3.2. *Protestation de la référence médicale et recours parallèle*

Dans une telle situation qui est parfois source de protestation, il arrive que le malade qualifie le prestataire, au mieux de paresseux, au pire d'incapable ; ce qui peut compromettre les recours ultérieurs, ou susciter la défiance. C'est le cas de ce monsieur qui rejette littéralement la référence. Le médecin dépité lui demande gentiment d'obtempérer, mais celui-ci lui rétorque : « c'est bien vous le médecin, soignez-moi ici sans que je n'ai besoin d'aller à Bobo ! ». Le discours de ce monsieur montre une mise au défi de la compétence statutaire en face, mais il dénote beaucoup plus d'un abandon volontaire au sort de l'inconnu ; ce qui est courant chez de nombreuses autres personnes. L'agent de santé en face est vu comme capable de soutenir et accompagner la traversée de l'épreuve de la maladie. Le seul attribut d'agent médical est suffisant pour rassurer le malade de la possibilité d'une prise en charge réussie sur place. Cela est d'autant plus vrai pour des personnes qui ont développé la perception d'une offre publique onéreuse et inutile pour des maux classiques au seuil de leur apparition, ou à un stade plus avancé. C'est dans un tel contexte que le projet d'aller vers une autre structure sanitaire d'un niveau supérieur au CM ou au CSPS suscite parfois la peur. Bien de personnes retournent à domicile avec leur fiche de référence, et poursuivent leur traitement par eux-mêmes.

Il y'a des infirmiers qui ne tardent pas à transférer les patients à Bobo, les infirmiers se précipitent pour transférer les patients à Bobo pour qu'on ne les blâme pas en cas de décès des patients, mais il y a des patients qui ne méritent pas qu'on les transfère donc on doit les soigner sans les transférer, si un malade vient aujourd'hui, l'infirmier doit essayer de le soigner 2 jours avant de le transférer, les gens ne veulent pas qu'on les transfère à Bobo. Solo, membre actif du COGES dans l'aire sanitaire de Bama, Bama, 09/2016.

Dans certains cas, cette option se passe relativement bien. Le malade recouvre son état normal ou végète dans un état de frigidité dans lequel il est parfois amené à dépenser plus d'argent, et à recourir à des thérapeutes parallèles. Monsieur Ouédraogo se trouve dans cette situation. Victime d'une crise d'accident vasculaire cérébral, il

a été partiellement paralysé au niveau des membres inférieurs. A la survenue du mal, il a été consulté en urgence au CSPS, mais après une prise en charge directe et une stabilisation de son état, il a été libéré et référé dans un centre d'un niveau supérieur pour réaliser des examens. Il s'en est ensuite retourné à la maison. C'est alors qu'une deuxième chute survient quelques semaines plus tard. Il décide cette fois-ci de se confier à un thérapeute parallèle pourtant décrié des services de santé. Cet agent ne dispose d'aucun diplôme et n'a aucune qualification en soins modernes formels. Pour l'avoir discrètement approché, et longuement interrogé, il nous est donné de savoir que son registre de compétence est celui de la médecine chinoise. A l'instar de monsieur Ouédraogo³, plusieurs personnes disent en effet avoir sollicité ses services qui pour une consultation, qui pour des traitements. Dans le cas de Monsieur Ouédraogo, ce thérapeute qui se fait appeler « docteur » a conclu que le malade souffrait de la goutte. Par conséquent, il lui a administré un sérum par voie intraveineuse, et recommandé un régime alimentaire sans viande rouge. Le traitement médicamenteux s'est limité à la seule intraveineuse. Qui plus est, le « docteur » n'est ni resté ni revenu pour retirer le sérum qu'il a lui-même placé. C'est le fils du malade qui s'est chargé de retirer la seringue du bras de son père. Cette vision reste confortée par le fait que l'automédication (le choix opéré par la majorité de la population) est aussi composée d'une association de différents produits (dépôts de pharmacie, « nakidos », décoctions dans certains cas, prière de guérison).

4. DISCUSSION

Si la décision de consulter va donc être directement formée par le constat ou le sentiment de gravité de la maladie, il reste pertinent de comprendre et discuter les modalités dans lesquelles elle bouscule la raison financière et dispose à d'autres types de rationalités qui déterminent les choix et trajectoires thérapeutiques des populations en milieu rural, au Burkina Faso.

4.1. Choix thérapeutiques et complexité émique

Elles sont relativement abondantes, les études qui montrent que dans le contexte africain, les représentations symboliques individuelles et collectives participent à la construction de la maladie et des choix thérapeutiques dans les sociétés dites « traditionnelles » comme dans celles « modernes » (Fainzang, 1986, 2000 : 6 ; Beirshmann & al, 2007). Si le lien entre représentations sociales et choix thérapeutiques s'avère donc une réalité, l'environnement culturel des malades fait souvent de la maladie un phénomène complexe (Drhule, 1996). Dans ce contexte, les représentations sociales doivent être saisies à partir des cognitions qui émergent dans

3 Les noms cités sont des pseudonymes attribués aux personnes enquêtés : ils constituent des noms fictifs. Cependant, ces noms figurent dans le répertoire des

le local. Notre étude s'inscrit dans cette voie et permet ainsi d'illustrer la complexité des perceptions cognitives qui orientent de manière forte la logique de choix thérapeutique dans un milieu de vie donné. Dans une étude sur les déterminants du recours à l'automédication au Cameroun, Nkoma (2015) montre lorsque le mal est jugé bénin, les individus préfèrent recourir à l'automédication en première intention ; la seconde intention étant la biomédecine. Il explique que les soins biomédicaux font l'objet d'un doute auprès de la population qui préfère les éviter autant que possible. Outre le fait d'illustrer le poids de la représentation sur la gravité de la maladie, notre étude montre en particulier comment cette logique s'établit dans une acception locale élaborée. Il ne s'agit pas ici d'un choix influencé en intention première par une politique de contournement des centres de santé mais plutôt d'une nosologie locale relativement bien intégrée dans le milieu. Elle rend compte de l'expérience des patients en lien avec les logiques et modèles de réponse à la maladie qui, comme le démontrent Jaffré et Olivier de Sardan (2003) s'inscrivent aussi dans des registres de soins marqués par des rapports difficiles entre soignant et soigné.

4.2. L'expérience du patient et modèles explicatifs de la maladie

Notre étude montre que le regard porté à partir de la grille d'analyse cognitive traduit une volonté de contrôle de la maladie par les outils locaux. Cette réalité perçue dans notre étude est déjà analysée dans les travaux de Fainzang (1985) qui montre que chaque société a un système de moyens pour expliquer et résoudre les problèmes posés par l'apparition de la maladie. Si la conduite du malade s'intègre pour partie dans ces modèles explicatifs classiques, les patients par leur expérience revendiquent aussi une maîtrise de leur situation (Calvez, 2010). Dans notre étude, la dimension de l'expérience du patient s'illustre dans le fondement de l'interprétation collective de ce qu'est la maladie de maison et celle d'hôpital. En dévoilant la logique de recours des individus aux soins, elle informe un paramètre cognitif qui comme le fait remarquer Zerbo (2013) représente une source de savoir.

CONCLUSION

En définitive, l'apport de cette analyse se situe à un double niveau. L'option de retarder le recours au dispensaire face à la maladie s'explique moins par le manque d'argent, que par l'opportunité d'y recourir, selon une vision qui s'applique surtout à la gravité de la maladie ou du mal ressenti. Pour plusieurs malades en effet, la rencontre avec l'agent de santé n'est pas une option qui s'applique systématiquement à première vue d'œil. Cette conviction nourrit la représentation de la maladie et

noms propres des populations vivant dans la localité. Ils ont été attribués de manière aléatoire.

influence les trajectoires thérapeutiques des individus caractérisées par un recours tardif et obligé aux centres de soins. La prise en compte de ces considérations dans la politique publique de santé apparaît alors comme une nécessité pour favoriser une fréquentation plus importante et plus systématique des centres de santé en milieu rural.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Beiersmann C, Sanou A, Wladarsch E, DE Allegri M, Kouyaté B, Müller O, 2007, “Malaria in rural Burkina Faso : local illness concepts, patterns of traditional treatment and influence on health-seeking behavior”, *Department of Tropical Hygiene and Public Health, Medical School, Ruprecht Karls Universität Heidelberg*, INF 324, Heidelberg, Germany. Beiersmann@uni-heidelberg.de
2. Calvez M. La négociation du soin et la situation de maladie. *Ethica Clinica*. 2010 ; 57 :6-13. [Visité le 02/04/2016]. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00524091/document>.
3. Drhule Marcel, 1996, *Santé et société*. PUF, *Coll. Sociologie d'aujourd'hui {comment la société façonne la santé}*.
4. Fainzang, Sylvie, 1985, La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. *Sciences sociales et santé*, 3(3), 105-128.
5. Fainzang, Sylvie, 1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
6. Fainzang Sylvie, 2010, « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 1, 2010, p. 115-133. URI : Paru dans : *Ethica Clinica*, « La négociation des soins de santé » n° 57, 2010 (6 -13) <http://id.erudit.org/iderudit/044199ar> DOI: 10.7202/044199ar
7. Haddad, S., Nougara, A., & Fournier, P. (2006). Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso. *Trop Med Int Health*, 11(12), 1889-1897. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01748.x
8. Ministère de la Santé, 2012, Tableau de bord santé 2012, Burkina Faso, Secrétariat Général-Direction générale de l'Information et des Statistiques sanitaires, 78p.
9. Ministère de la Santé, 2017, Tableau de bord santé 2017, Burkina Faso, Secrétariat Général-Direction générale de l'Information et des Statistiques sanitaires, 104p.
10. Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation. « Plan communal de développement de Bama 2008-2012 ». *Province du Houet/Commune rurale*

de Bama, 69p.

11. Nkoma, P. P. (2015, November). Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun.
12. Molyneux C.S., Murira G., Masha J., Snow R.W., 2002, "Intra-household relations and treatment decision-making for childhood illness: a Kenyan case study". *Journal biosoc sic*, 34, p.109-131.
13. Mugisha Frederick, Kouyaté Bocar, GBANGOU Adjima et SAUERBORN Rainer, 2002, "Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy", *Tropical Medecine and International Health*, vol 7 N02 pp 187-196.
14. Pierret J., 2008, « Entre santé et expérience de la maladie », *Psychotropes* 2008/2, Vol. 14, p. 47-59.
15. Yannick, Jaffré, & de Sardan Jean-Pierre, Olivier (Eds.). (2003). *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala Editions.
16. Zerbo, R. (2013). La singularité du patient tuberculeux dans le système de santé : l'expérience du Burkina Faso. *Pan African Medical Journal*, 15(1).