

Analyse du système de santé dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso)

Rachel Médah

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

Référence bibliographique pour citation

Médah Rachel, 2008, « Analyse du système de santé de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso) », Étude Recit n°21, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 37 pages.

Résumé

A Réo, la biomédecine a été favorablement accueillie par une population largement sensibilisée à ses méthodes par les missions catholiques. Pour autant, l'offre de soins n'est pas excellente. Il n'y a pas de centre de référence de second échelon et l'offre est géographiquement mal répartie, ce qui entraîne des recours à des formations sanitaires voisines. Le système de santé connaît également des dysfonctionnements qui nourrissent un climat de méfiance entre professionnels de santé et usagers. Ce climat de méfiance est à son comble dans le contexte de l'accouchement. Les populations de la ville de Réo plébiscitent une accoucheuse traditionnelle qui est disqualifiée par l'ensemble du personnel soignant. Les usagères louent son savoir, la douceur de ses manières et ses arrangements financiers, pendant que les professionnels critiquent son manque d'hygiène et ses pratiques mystiques. L'étude examine en outre la question de la collaboration entre institutions pour la production du service, les compétences des usagers (observance, capacité de prévoir, construction d'une opinion) et esquisse une sociologie des fonctionnaires. L'obligation de production du service dans un contexte où les moyens sont insuffisants met souvent l'agent de santé devant un dilemme : s'il privilégie l'intérêt du patient, il doit surinvestir, ce qui ne peut se faire qu'en puisant dans ses ressources personnelles.

Abstract

In the town of Reo, biomedicine has been favourably received by a population largely made of aware of its methods by Catholic missionaries. However, the level of health care services offered is not high. There is no second level centre of reference and the geographic distribution is not optimal. This results in users resorting to health care centers located outside de sanitary area.

The healthcare system also displays dysfunctions that create a climate of distrust between the professionals and the users of the system. This climate is most fully expressed in the context of childbirth. The population of the town of Reo overwhelmingly prefer to use the services of a traditional midwife who is discredited by the staff. Users praise her as a savior, citing her kindly comportment and financial accommodations. Healthcare professionals criticise her lack of hygiene and her spiritual practices. This study examines also the question of collaboration between institutions in the production of services, user competencies (compliance, foresight capacity, opinion formation) and proposes a sociology of public servants. The obligation to produce services in a context in which the material means are insufficient frequently leads healthcare providers into a dilemma: acting in the patient's best interest demands increased investment, which can only be done by using one's own personal resources.

Table des matières

Liste des sigles	- 4 -
INTRODUCTION	- 5 -
L'OFFRE DE SANTÉ DANS LA COMMUNE DE RÉO.....	- 5 -
L'offre formelle de santé communale et le district sanitaire de Réo	- 5 -
Histoire de la médecine moderne dans la province du Sanguié.....	- 6 -
Description des services de santé du District sanitaire de Réo.....	- 6 -
L'organisation des formations sanitaires de la commune.....	- 8 -
Les structures ou organes d'appui aux services de santé	- 9 -
Le Coges	- 9 -
La nouvelle tutelle des CSPS par la mairie et la mutuelle de santé	- 9 -
Les dysfonctionnements de l'offre formelle.....	- 10 -
Le décalage entre statuts et fonctions du personnel de santé.....	- 10 -
Les services de santé vus par le personnel.....	- 10 -
Les services de santé vu par les usagers	- 13 -
La gratuité et ses paradoxes	- 16 -
Le décalage entre l'évolution des services et les attentes des usagers... -	18 -
L'offre informelle de santé.....	- 19 -
Des offres supplétives : l'exemple des accoucheuses villageoises	- 19 -
La trajectoire d'une accoucheuse villageoise : Salimata Kamouni	- 20 -
Les pratiques des accoucheuses villageoises : le contraste entre les recommandations internationales et la réalité nationale	- 24 -
LA COPRODUCTION DE L'OFFRE DE SANTÉ.....	- 26 -
La coproduction institutionnelle	- 26 -
Services de santé et mairie	- 26 -
Services de santé et DPASSN	- 27 -
Le Coges et la mutuelle de santé.....	- 27 -
La coproduction des soins de santé entre soignés et soignants	- 28 -
La disponibilité individuelle de l'utilisateur	- 28 -
L'investissement du professionnel de santé.....	- 31 -
CONCLUSION	- 33 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 34 -
Textes officiels	- 34 -
Études	- 34 -

Liste des sigles

AA	Accoucheuse auxiliaire
AG	Assemblée générale
AIS	Agent itinérant de la santé
ARV	Antirétroviraux
ASL	Acide Acétyle salicylique
Cameg	Centrale d'achat des médicaments génériques
CEG	Collège d'enseignement général
CHN/CHU	Centre hospitalier national/ Centre hospitalier universitaire
CHR	Centre hospitalier régional
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CPN	Consultations prénatales
CPON	Consultations postnatales
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DPASSN	Direction provinciale de l'action sociale et de la solidarité nationale
DRS	Direction régionale de la santé
EPA	Établissement public à caractère administratif
Fnuap	Fond des nations unies pour la population
IB	Initiative de Bamako
IB	Infirmier breveté
ICP	Infirmier chef de poste
IDE	Infirmier d'État
Lonab	Loterie nationale burkinabè
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDSD	Plan de Développement Sanitaire du District
PMA	Paquet minimum d'activités
Regipiv	Réseau pour une grande implication des personnes vivant avec le VIH
SFE/ME	Sage femme/Maïeuticien d'état
SMS	Short message service
UFR/SH	Unité de formation et de recherche/Sciences humaines
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

INTRODUCTION

Le programme d'étude sur la santé, dans le cadre d'une enquête plus globale sur les services publics dans les communes urbaines, imposait de s'intéresser à deux questions principales. D'une part, comment se présente l'offre et quels sont les dysfonctionnements qu'elle connaît ? D'autre part, comment les usagers contribuent-ils à cette production du service ? Ces interrogations ont été traitées au travers d'une enquête de terrain dans la commune de Réo (province du Sanguié, centre ouest du Burkina Faso). Nous présenterons dans un premier temps l'état des services de santé dans la commune, sous leurs aspects quantitatif et qualitatif. Les différents services de santé existants, les faiblesses de leur fonctionnement, leur organisation en connexion avec d'autres services dans le but de coproduire les soins seront étudiés. Tous les facteurs permettant de comprendre le fonctionnement général du système de santé actuel, y compris les facteurs historiques (introduction de la médecine moderne dans la localité), seront abordés et analysés.

Le deuxième axe mettra en évidence la situation de la demande et sa place dans la coproduction des soins, en analysant les interactions entre l'utilisateur et le système de santé. L'accent sera mis sur les facteurs entravant l'utilisation optimum des services de santé : dispositions de l'utilisateur à fréquenter les formations sanitaires et à se mettre dans les conditions favorables pour mieux profiter des soins ; attitudes des agents de santé, tantôt passifs, tantôt favorables à l'amélioration de la prise en charge du patient. Les dispositions de l'utilisateur seront analysées en rapport avec sa capacité à faire face aux dépenses sanitaires et à respecter le protocole thérapeutique qui lui est proposé (observance).

Ce dernier point permettra de se prononcer sur la place attendue des usagers afin de produire un service public et d'en améliorer la qualité. Cette place de l'utilisateur est, selon J. Kaspar, capitale :

« Sur le long terme, il n'y a pas de sécurité, de propriété, de santé, d'éducation, de respect de l'environnement sans implication active des usagers/clients/citoyens. Il n'y a pas d'amélioration significative sans écoute de leurs attentes et aussi de leurs critiques. Il n'y a pas de conception de services adaptés aux besoins sans association des utilisateurs » (2003 : 9).

L'OFFRE DE SANTÉ DANS LA COMMUNE DE RÉO

Dans ce chapitre, nous ferons un inventaire de l'offre de santé dans la commune. Après avoir décrit les différentes composantes de l'offre formelle et son organisation, nous examinerons ses dysfonctionnements. Pour finir, nous montrerons la place prise par l'offre informelle dans l'espace sanitaire.

L'offre formelle de santé communale et le district sanitaire de Réo

Le district sanitaire de Réo ou DSR est la structure dont dépend l'ensemble des services de santé de la province. Les services de santé de la commune se composent de l'ensemble des services de santé de la ville de Réo et des villages de la commune. La ville de Réo, ancien chef-lieu de province, est divisée en 9 secteurs dont les trois premiers sont lotis et les six autres ne le sont pas. La commune compte douze villages : Bonyolo, Bepoidyr, Ekoulkoala, Goundy, Guido, Kilsio, Perkouan, Sandié, Séboun, Sémapoun, Vour, Zoula.

Avant de nous pencher sur l'offre sanitaire de la commune, nous allons faire un bref historique de la médecine moderne dans la zone et présente le district sanitaire.

Histoire de la médecine moderne dans la province du Sanguié

La médecine moderne a été introduite à Réo par les missionnaires. La population lyel, tout comme les autres populations du territoire national burkinabè, avait l'habitude de soigner les malades grâce à la médecine traditionnelle : utilisation de plantes soignantes, connaissances des guérisseurs, des féticheurs, etc. L'investissement des missionnaires catholiques dans les différents secteurs sociaux de base (santé, éducation et action sociale) faisait partie de la politique d'évangélisation. Les soins de santé comme stratégie de mise en confiance des populations lyel apparaissent clairement dans les recommandations de Monseigneur Bazin, vicaire de Ségou :

« Faites tout votre possible, par vos procédés et vos bonnes paroles notamment en soignant les malades pour vous faire aimer de tous les noirs » (cité par Bazié Apollinaire 2002 : 87).

Le cardinal Lavigerie, fondateur de l'ordre des Pères Blancs, avait ordonné la construction d'un centre de santé dans chaque poste. A Réo, le premier centre de santé, un dispensaire, fut construit en 1928. Les soins étaient donnés gratuitement par les sœurs de l'Immaculée Conception. En 1937, il fut transformé en un centre médical doté de salles d'hospitalisation et d'une salle d'accouchement. Ce centre fut géré par les missionnaires jusque dans les années 1970, époque à laquelle l'État burkinabè reprit la tutelle. Il a été déplacé de la colline où se trouve la mission catholique pour être placé au centre ville au secteur 1. Et depuis lors, il est devenu un centre médical.

L'association de la religion catholique et de la médecine moderne et leur introduction simultanée ont joué favorablement et réciproquement l'une sur l'autre. A l'heure actuelle, la population lyel est fortement catholique et a recours à la biomédecine sans problème particulier. Il n'a pas fallu, comme ce fut le cas dans d'autres régions¹, passer par des méthodes répressives. Encouragée par l'approche des missionnaires opposée à celle des colonisateurs – « *l'homme de la croix* » protégeait les fidèles de « *l'homme de la cravache* » – la population a intégré naturellement la médecine moderne, qui était indissociable de leur vie spirituelle.

Du coup, de façon générale, l'utilisation de la médecine traditionnelle, pour les soins de santé², est faible à Réo. La majorité des usagers désavouent l'utilisation de cette médecine, arguant de leur appartenance religieuse. Ils considèrent que certains rites animistes sont en contradiction avec leur foi. Concernant les sacrifices, la plupart de nos enquêtés affirment ceci :

« On peut utiliser les plantes mais, nous, dans notre famille, nous sommes des chrétiens, nous ne pouvons pas tuer de poulet ».

Même si on ne peut exclure d'éventuels recours à la médecine traditionnelle, ils se font rarement et souvent en dernier lieu, voire en désespoir de cause. La faible fréquentation des services de santé n'est donc pas due à des raisons religieuses comme cela s'observe dans d'autres localités.

Description des services de santé du District sanitaire de Réo

Le district sanitaire³ de Réo existe depuis 1996 et a remplacé la direction provinciale de la santé. Il compte au total 32 formations sanitaires : un Centre Médical Résiduel (CM), 24 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et sept dispensaires isolés. Ces formations sanitaires se répartissent sur

¹ Dans la commune de Boromo par exemple, l'importance de l'islam et de l'animisme a entraîné une forte résistance à la biomédecine. Les malades étaient cachés par leurs familles et l'administration coloniale devait faire des tournées dans les quartiers et villages pour les amener de force et les soigner Cf. Médah (2007). Actuellement, on observe dans certains villages très islamisés de la commune le refus de se faire soigner par une femme si on est un homme (et vice versa).

² L'accouchement fait exception. Il y a une forte tendance à fréquenter les accoucheuses villageoises à Réo (voir plus loin).

³ Toutes ces données sont extraites du Plan de développement sanitaire du district de Réo 2006-2010 (Ministère de la santé, 2005).

l'étendue de la province. Dans le DSR, il existe deux structures privées de santé à Laba dans le département de Zawara : un service d'ophtalmologie et une infirmerie scolaire dans le CEG (Collège d'Enseignement Général).

On dénombre en outre 24 dépôts pharmaceutiques et sept armoires à médicaments. Ces dépôts pharmaceutiques sont caractérisés par trois problèmes :

- l'illégalité, 20 % des dépôts du district fonctionnent sans autorisation d'ouverture ;
- l'incompétence du personnel (les vendeurs ne sont pas qualifiés) ;
- l'inorganisation de la gestion de ces dépôts. Il n'y a pas de coordination des gardes. Chaque dépôt pharmaceutique a sa garde quotidienne.

Le système sanitaire de la commune de Réo se compose au total de cinq formations. Dans la ville se trouvent le CM et un CSPS au secteur 9⁴. Trois villages de la commune sont dotés de CSPS : Bonyolo, Goundy et Zoula. Les secteurs de la ville de Réo et les villages sont répartis en plusieurs aires sanitaires :

- CM (Réo) : secteurs 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 plus les villages de Kilsio et Ekoulkoala ;
- CSPS du secteur 9 (Réo) : secteurs 8 ; 9, plus les villages de Séboun, Sémapoun et Vour ;
- CSPS de Bonyolo : les villages de Bonyolo, Sandié et Perkouan ;
- CSPS de Goundy : village de Goundy ;
- CSPS de Zoula : village de Zoula.

Il n'y a pas d'officine dans la commune et les dépôts pharmaceutiques sont au nombre de 7 dont 2 privés. Ils sont répartis comme suit : 4 dépôts dans la ville dont deux au compte des deux formations sanitaires (CM et CSPS) et un dans chaque CSPS des trois villages.

Une telle offre donne une couverture sanitaire largement éloignée des normes de L'OMS. Le ratio personnel qualifié/habitants est faible.

Tableau 1 : Ratio personnel de santé par nombre d'habitants dans le DSR

Catégories d'agents	Normes OMS, personnel/hab.	Nombre	Ratio personnel de santé/hab.
Médecins	1/10 000	02	1/141 406
SFE/ME	1/10 000	03	1/94 270
IDE	1/10 000	26	1/10 877
IB	1/10 000	35	1/8 080
AIS	1/10 000	29	1/9 702
AA	1/10 000	27	1/10 475

Source : Plan de Développement Sanitaire du District de Réo, 2006-2010 (Ministère de la santé, 2005)

La commune compte une population de 60 076 habitants, 5 046 habitants soit 8,4 % sont à plus de 10 km d'un centre de santé, norme fixée par l'OMS. Ce pourcentage cache des disparités. Dans une aire sanitaire telle que Bonyolo couvrant 15 031 habitants, 30 % de la population est située à une distance supérieure à la norme.

⁴ Un autre CSPS a été construit en 2005 au secteur 4 dans le cadre des six Engagements Nationaux (programme présidentiel), mais il n'est pas encore fonctionnel.

L'organisation des formations sanitaires de la commune

Dans l'organisation administrative générale du système de santé burkinabè, le district sanitaire est la structure de référence. Il se compose de plusieurs CSPS couverts par un Centre Médical avec antenne chirurgicale (CMA). Le CSPS constitué normalement d'un dispensaire et d'une maternité délivre les soins primaires. Il offre le paquet minimum d'activités et réfère les cas dépassant sa compétence au CMA qui joue le rôle de premier centre de référence. Les autres centres de référence, par ordre croissant d'importance sont les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Nationaux (CHN ou CHU, Centre Hospitalier Universitaire).

Selon cette organisation, tout district sanitaire doit comporter ces deux échelons (CSPS et CMA). Dans les faits, à Réo (ville), ce principe n'est pas respecté. Aucune des deux structures ne joue convenablement son rôle. Il existe un CM à la place d'un CMA, le second échelon n'est donc pas assuré. En outre, le CSPS du secteur 9 est presque réduit à un statut de dispensaire depuis 1999, date de la fermeture de la maternité villageoise. Une nouvelle maternité est en construction. Dans ces conditions, les services sont assurés à minima ou de façon partielle.

L'absence de plateau technique (ou médicochirurgical) entrave le fonctionnement du CM en tant que centre de référence. Cela est évoqué comme suit dans le plan de développement sanitaire :

« Le district sanitaire de Réo ne dispose pratiquement pas de structure de deuxième échelon, (absence de plateau technique adapté). C'est pourquoi la majorité des formations sanitaires réfèrent directement les malades au CHR de Koudougou, aux CMA de Boromo, de Yako, et de Nanoro », (Ministère de la santé, 2005 : 44).

Ces exceptions structurelles restreignent l'offre de soins. Le CM ne peut pas jouer correctement le rôle de centre de référence : il ne peut pas prendre en charge les urgences chirurgicales et les spécialités médicales sont limitées, le seul service opérationnel étant le service de dermatologie. Le CM s'occupe en réalité des soins primaires tout comme le CSPS. La restriction des services aux soins primaires entraîne des évacuations et des références importantes vers le CHR de Koudougou. Or, le service d'évacuation a des difficultés à répondre convenablement aux nombreuses sollicitations⁵. Au lieu que tous les CSPS du district réfèrent leurs malades au CM -qui, de toute façon les réfère à leur tour à Koudougou-, ceux qui sont proches de cette ville tels que les CSPS de Goundy et de Zoula y envoient directement leurs malades. Certaines références se font aussi directement dans d'autres formations sanitaires voisines telles que les CMA de Boromo, de Yako, et de Nanoro selon la proximité des villages avec celles-ci.

Le CSPS n'ayant pas de maternité proprement dite, il n'assure que partiellement les divers soins de la santé de la reproduction. Les consultations prénatales (CPN), la planification familiale, la consultation du nourrisson se font sur place tandis que les accouchements sont pris en charge par le CM.

Selon les agents de santé, le statut irrégulier, intermédiaire ou non-conforme du CM au découpage administratif du système de santé s'explique par des raisons géographiques. La ville de Réo est excentrée par rapport aux différentes aires sanitaires du DSR. De plus, Réo est proche de Koudougou où il existe déjà un CHR. Le CM de Réo n'est pas bien placé pour recevoir les références des centres périphériques de base ou CSPS. Ces problèmes sont mentionnés en ces termes dans le plan de développement sanitaire :

« Des médecins exercent dans la structure de référence du district. Toutes les références des formations sanitaires devraient se faire au CM. Toutefois, compte tenu de la situation géographique de certaines

⁵ Nous reviendrons sur les problèmes d'évacuations dans le chapitre sur les dysfonctionnements de l'offre de santé.

formations sanitaires, des références se font directement dans les districts voisins... », (Ministère de la santé, 2005 : 32).

Cette excentration de la ville de Réo au sein du district sanitaire et sa proximité d'un centre de référence plus important ne rendent donc pas urgent le projet de régularisation du CM.

Les structures ou organes d'appui aux services de santé

Ici, nous évoquerons le rôle de certaines institutions ou organes qui contribuent à la production des soins de santé : le Coges, la mairie et la mutuelle de santé. Le premier fait partie intégrante du service de santé et les deux derniers interviennent directement dans son fonctionnement.

Le Coges

Le Coges est un organe créé dans le cadre de l'initiative de Bamako (IB) pour la gestion communautaire des CSPS.

Le Coges fonctionne difficilement à Réo ville tant au niveau du CM que du CSPS. Trois bureaux de Coges ont géré successivement le CM. Le mandat du troisième bureau fut dissout suite au constat d'incapacité à tenir une Assemblée Générale au cours de laquelle un bilan des activités annuelles aurait été fait à la communauté. Les membres du bureau se sont dispersés sans que les responsables actifs (l'ICP et le trésorier) n'aient fait de compte rendu. Le trésorier, un instituteur, aurait été affecté à un poste hors de Réo et l'ICP est reparti à l'école parce qu'il a été admis à un concours professionnel. Ces deux membres prenaient les décisions seuls et sans en informer le président. La caisse a donc été gérée par eux et ils ont détourné de l'argent. Actuellement, l'ICP du CM est seul à gérer les activités financières du CM, essentiellement la gestion du dépôt pharmaceutique. Il rend compte au gestionnaire du district. Or dans les normes, un CMA est géré par un gestionnaire des hôpitaux. Le Coges du CSPS du secteur 9 rencontre les mêmes problèmes de gestion. L'AG du bureau sortant ne se tenant pas, le renouvellement du prochain bureau pour 2006-2007 fut retardé. C'est finalement sous l'injonction de la mairie qu'il fut mis en place le 11 janvier 2007.

La nouvelle tutelle des CSPS par la mairie et la mutuelle de santé

La mairie et la mutuelle de santé ont des rôles complémentaires dans l'offre sanitaire. Concernant la mairie, des innovations ont eu lieu dans le cadre de la communalisation intégrale mise en place avec par les élections municipales d'avril 2006. Les communes urbaines – auxquelles s'intéresse spécifiquement notre étude – se sont agrandies par l'association de plusieurs villages. Un certain nombre de compétences ont été également transférées à ces communes. Elles ajoutent à leurs anciennes attributions (état civil, domaine, assainissement, etc.) de nouvelles responsabilités telles que l'appui à la gestion des services de santé, de l'éducation primaire, etc. Dans le domaine des soins primaires de santé, l'ensemble des CSPS de la commune passe sous tutelle de la mairie. Mais ils dépendent toujours d'un point de vue technique du district sanitaire. La mairie paie certains agents et devrait superviser la gestion et le fonctionnement par le biais du suivi des Coges.

D'une manière générale, le système de protection sanitaire est peu développé dans le pays. Seule une élite, composée essentiellement des citoyens des grands centres urbains, bénéficie d'une assurance maladie. Toutefois, dans les milieux urbains et ruraux, on observe ces dernières années, un début de développement des mutuelles de santé. Ce n'est pas le cas dans le district sanitaire de Réo. Plusieurs tentatives d'installation de mutuelles de santé ont été menées sans succès. Des tentatives à Kion et à Réo ville n'ont pas donné les résultats escomptés. Cependant, il existe une certaine demande.

Les dysfonctionnements de l'offre formelle

Les services de santé tels qu'ils viennent d'être présentés ne fonctionnent pas selon les normes établies en la matière. L'espace sanitaire pratique connaît des difficultés structurelles et fonctionnelles. En ce qui concerne les problèmes structurels, nous examinerons le décalage entre statuts et fonctions du personnel. Pour les faiblesses fonctionnelles, nous proposerons une analyse à deux niveaux : le premier selon les points de vue du personnel de santé et des usagers ; le second d'ordre général, en analysant le système de gratuité et la crise de confiance entre usagers et personnel causés par les dysfonctionnements.

Le décalage entre statuts et fonctions du personnel de santé et risque d'infection

En théorie, les statuts et les fonctions du personnel de santé sont bien définis : à chaque statut correspond une fonction assortie d'attributions bien déterminées. Mais comme c'est le cas dans tout le système de santé burkinabè, les fonctions sont décalées vers le haut, de manière sélective, vers les fonctions valorisantes. Le personnel paramédical (infirmiers, sages-femmes, etc.) jouent le rôle du personnel médical (médecins) et le paramédical subalterne (aides soignants, filles et garçons de salle...) celui du paramédical (Médah, 2006). Ce décalage crée un vide au niveau des tâches les moins valorisantes telles que l'entretien et favorise l'exercice de certaines fonctions normalement attribuées à un personnel qualifié par des sous-qualifiés. De la pratique du personnel sous-qualifié, on en arrive à la pratique de personnes sans qualification aucune, non formées dans le domaine de la santé.

Dans la maternité du CM de Réo comme partout ailleurs, on a pu observer que ce sont les accompagnantes des parturientes qui s'occupent du nettoyage de la salle après l'accouchement, les filles de salle ne jouant pas leur rôle d'agents d'entretien. Elles délaissent ces tâches au profit d'autres actes plus valorisants et normalement attribués à des statuts hiérarchiquement supérieurs tel que le nettoyage du bébé et parfois l'accouchement lui-même.

Ce décalage entre statut et fonctions remet en cause la qualité des soins de santé. L'utilisation des accompagnantes pour le nettoyage de la salle est une pratique ancienne dans le système. Mais dans le contexte actuel de maladies infectieuses, elle n'est pas à 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 se protéger. On peut observer par exemple qu'elles ne mettent pas de gants pour faire le travail. Les agents de santé déclarent sensibiliser ces femmes mais cela n'est pas véritablement efficace. L'instabilité de la population cible constitue un frein au message : chaque nouvelle accompagnante n'est pas informée.

Certains dysfonctionnements font l'objet de préoccupations différentielles selon deux catégories d'acteurs : d'un côté les agents de santé et de l'autre, les usagers. C'est pourquoi il nous paraît intéressant de les présenter séparément.

Les services de santé vus par le personnel

Dans ce sous-chapitre deux points nous semblent pertinents : les difficultés matérielles et les attitudes non déontologiques du personnel de santé ou "affairisme". Il convient ici d'entendre par "affairisme", l'ensemble des attitudes du personnel de santé lié à un intérêt pécuniaire personnel.

Les difficultés matérielles

Les difficultés matérielles se matérialisent par l'absence ou l'insuffisance du matériel médico-technique déjà évoqué. Sans entrer dans les détails des déficits matériels classiques et communs quasiment à toutes les formations sanitaires nationales, nous aimerions mettre l'accent sur une difficulté spécifique ou du moins qui semble plus pertinente dans ce contexte précis : le service d'ambulance.

Tous les districts sanitaires sont confrontés à des difficultés de circulation d'un centre de santé à l'autre pour les urgences médicales. Celles de Réo se posent avec beaucoup d'acuité compte tenu de la faiblesse de l'offre des services de santé locaux et la fréquence élevée du nombre des références du CM au CHR de Koudougou. Le service d'ambulance connaît de nombreuses défaillances :

- ▷ L'état du véhicule. L'ambulance du CM de Réo, une Mitsubishi, don de la Loterie Nationale Burkinabé (LONAB), est vieille de 12 ans. Elle a été offerte en 1995, presque au moment de l'ouverture du CM sur son site actuel. D'où les plaintes enregistrées chez les usagers (voir ci-après).
- ▷ L'état de la route. La distance de 15 km séparant Réo du centre de référence du CHR de Koudougou n'est pas longue. Toutefois, c'est une piste non bitumée et en mauvais état surtout en hivernage. Cela contribue davantage à dégrader l'état de l'ambulance et sa rapidité.
- ▷ Le personnel. Il y a un problème de chauffeur⁶ chargé de la conduite de l'ambulance. Il y a un seul chauffeur attiré au district sanitaire. Ce chauffeur est à la fois chargé des missions et des évacuations. Comment effectuer les évacuations s'il est en mission, par exemple en sortie de supervision avec l'équipe cadre de district ? Ce chauffeur est en fait secondé par un autre qui n'a pas de statut officiel. Il s'agit du gardien du CM exerçant là depuis son ouverture. C'est un agent contractuel⁷ tandis que son collègue est un fonctionnaire. Parfois ce sont aussi les agents de santé sachant conduire qui se substituent ponctuellement au chauffeur en cas d'indisponibilité de celui-ci.

Toutes ces difficultés entraînent d'une part des coûts importants pour le budget du Coges et d'autre part une gêne et des plaintes chez les usagers. L'état défaillant de l'ambulance entraîne de nombreuses pannes que le budget du Coges ne peut pas toujours prendre en charge. C'est le district sanitaire qui contribue en payant une bonne partie des coûts. On note qu'en 2006, le véhicule est resté un mois au garage (d'octobre à novembre) :

« Présentement, nous sommes en train de caracoler seulement sinon, ça ne va pas ; il faut trouver une ambulance économique en essence et en réparations » (le chauffeur adjoint) du CM).

Outre le problème classique du coût d'accès à l'ambulance pour la population nécessiteuse, les usagers déplorent les longues attentes et l'absence de chauffeur. Pour l'évacuation d'un malade à Koudougou, l'usager doit payer une somme de 3000 francs CFA à 4000 francs CFA en fonction de la distance. Il y a des cas où l'usager n'arrive pas à payer cette somme : *« quand le malade n'a pas l'argent, c'est le major qui paie l'essence pour que je le dépose »*, explique le chauffeur. Affirmation corroborée par l'ICP dans l'entretien suivant.

« Une femme a accouché à domicile et elle a été conduite ici parce qu'elle avait des difficultés pour la délivrance. Elle ne voulait pas qu'on la touche. Elle a donc été évacuée à Koudougou. Son mari n'avait pas un son. C'est le CM qui a été obligé de mettre l'essence dans l'ambulance afin qu'on la dépose. » (ICP, CM).

L'ambulance n'est pas toujours disponible au moment où le besoin émerge. Il faut parfois de longs moments d'attente. Face à l'indisponibilité du véhicule, certains usagers trouvent des solutions palliatives. Ils transportent leur malade au CM ou à Koudougou par des moyens propres. C'est le cas d'Apollinaire qui a dû demander la voiture de son ami pour transporter d'urgence son oncle en l'absence de chauffeur.

⁶ Il faut noter cependant que cette insuffisance en personnel concernant les chauffeurs n'est mentionnée nulle part dans le plan de développement sanitaire de Réo 2006-2010.

⁷ Précisons au passage que cet employé du CM cumule à lui seul, trois fonctions : gardien, agent d'entretien (il assure la propreté de la cour du CM) et chauffeur.

« Le dimanche dernier, mon oncle devrait être évacué à Koudougou. Les deux chauffeurs de l'ambulance étaient tous absents : l'un était à Koudougou et l'autre à Ouagadougou. J'ai dû demander la voiture de mon ami pour le transporter. Il faut qu'il ait un chauffeur d'ambulance de permanence. C'est Apollinaire qui a dit et je suis prêt à répéter cela devant les agents de santé parce que c'est la vérité⁸ », (Bassolet Apollinaire, secteur 3, Réo).

Si certains usagers utilisent leurs réseaux sociaux pour régler les problèmes d'évacuation des malades, on peut se demander comment se résolvent ces questions chez des usagers pauvres et sans aide sociale ?

L' « affairisme » des agents de santé : vente de médicaments prohibés

Les études sur l'offre de santé, ces dernières années, ont fait l'inventaire des différents comportements opportunistes du personnel de santé : tromperies, surfacturations, détournements et reventes de médicaments, etc. Ces actes sont contraires à la déontologie de la profession médicale. 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 médicaments prescrits favorisent ce genre d'actes (voir sur le sujet Jaffré et Olivier de Sardan, dir., 2003). Dans notre milieu d'étude, le détournement de médicament n'est pas de mise car il y a très peu de médicaments. Toutefois, d'autres stratégies non moins intéressantes sur le plan pécuniaire sont développées par certains agents de santé.

Dans le district sanitaire de Réo un médicament prohibé ne figurant pas sur la liste des médicaments autorisés par la Centrale d'achat des médicaments génériques (CAMEG) se vend. Il s'agit de l'Analgin qui existe sous forme de spécialité nommé Novalgin, autorisée et vendue dans les pharmacies. Le trafic de l'Analgin commence à Ouagadougou et les sources d'approvisionnement seraient le Togo et le Ghana.

Un agent de santé en est le principal fournisseur local. Il les vend sous forme de conditionnements de 5, 50 ou 100 doses. Au moment de l'enquête, il y avait une pénurie. La boîte de 100 doses qui coûte habituellement 7500 francs CFA coûtait, à ce moment, 17 500 francs CFA, soit plus du double du prix courant. La dose équivalente à une ampoule est vendue 750 francs CFA ou 1000 francs CFA au patient. Dans certains cas le bénéfice est multiplié par 3. Les agents de santé utilisent une dose pour trois prises chez les enfants tout en faisant payer le même prix, c'est-à-dire 750 francs CFA ou 1000 francs CFA par prise.

Cet agent de santé explique comment il a commencé cette vente.

« J'ai commencé la vente de l'Analgin lorsque j'étais dans la province du Yatenga à Ouahigouya. Là bas, ça marchait mieux puisque c'est un grand centre médical (CHR). Ce sont des cartons qu'on vendait. Lorsque je suis arrivée ici, j'ai ramené une boîte que j'ai montrée aux collègues infirmiers et c'est ainsi qu'ils ont connu ce médicament et dès lors je leur vends ça.

- *Savez-vous que ce médicament est non autorisé ?*
- *Oui, il n'est pas autorisé mais il est bon. Comme il n'y a jamais eu de problèmes en l'utilisant, je me dis que c'est différent des autres médicaments interdits. La douane non plus ne s'oppose pas à ça. Sinon, je sais que les autorités sanitaires interdisent la vente et l'utilisation de l'Analgin. Je vends ça chez moi sur commande. Si quelqu'un en a besoin, il m'envoie un SMS et je lui livre ça en cachette ou bien il passe chercher ça chez moi à domicile. Ce sont surtout les ICP qui achètent ça. Maintenant il y en a aussi dans les pharmacies.*

⁸ Souligné par nous.

- *Il n'y a pas de contrôle ?*
- *Si ! Tout a commencé ici au CM lorsqu'un jour la médecin-chef adjointe a surpris un flacon d'Analgin dans la salle de soins. Elle a sorti une note de service interdisant l'utilisation de ce produit. Elle fait souvent des contrôles inopinés mais jamais elle ne met la main sur quelqu'un : les agents se couvrent. »*

La vente de l'Analgin est motivée par des raisons pécuniaires.

« La médecin-chef de district interdit la vente de ce médicament mais ça persiste, c'est à cause de l'argent. Les agents de santé l'achètent à 300 francs et le vendent à 1000 francs, ils se font des bénéfices. Si on fouille dans les sacs du personnel, on peut trouver 10 sachets d'Analgin chez chacun » (un agent du CM de Réo).

Ce médicament est aussi vendu dans les dépôts pharmaceutiques en ville, ce qui contribue à rendre vain l'effort de contrôle des responsables du CM. On ne peut savoir clairement si le patient s'est approvisionné dans un dépôt ou avec un agent de santé. Par ailleurs, on peut expliquer le succès du médicament prohibé de deux points de vue : celui des agents de santé et celui des usagers.

Bien que certains agents de santé aient un intérêt économique à utiliser ce médicament, d'une manière générale, il y a également des plaintes concernant la moindre efficacité de son équivalent, l'ASL (Acide Acétyle Salicylique) ou Aspégic.

« L'ASL se mélange difficilement avec la quinine pour l'injection. Il se dilue moins facilement et peut former des grumeaux. Ce qui peut amener le malade à renouveler plusieurs fois l'achat du médicament (ASL). Tandis que le Novalgin se mélange facilement à la quinine, on est donc sûr de réussir le mélange en une seule fois » (un agent de la maternité du CM de Réo).

L'Analgin serait plus facile à manipuler que l'ASL. La préparation de l'injection de ce produit serait difficile et il provoquerait des sensations de brûlure en injection intraveineuse.

Selon les responsables, la mauvaise qualité de l'ASL n'est plus d'actualité. Il y a eu, effectivement à un moment donné, un stock d'ASL qui provoquait des effets indésirables mais il a été retiré ou est épuisé. L'utilisation actuelle de l'Analgin ne peut donc plus être justifiée par cette défaillance passagère de son équivalent.

L'Analgin est bien apprécié par les patients. C'est un antipyrétique et un antalgique très efficace contre la fièvre et les douleurs. Il a un effet immédiat. De plus, ce médicament est injectable. Il allie deux « qualités » (représentationnelles) qui expliquent son succès auprès des patients voir sur le sujet (Médah, 2006) :

- l'efficacité thérapeutique réelle du médicament, constatée par le patient, entraînant la disparition rapide des symptômes désagréables (fièvre et douleur) ;
- l'efficacité profane due au mode d'administration du médicament, l'injection, cette technique étant considérée comme particulièrement efficace par les patients.

Les services de santé vu par les usagers

On peut remarquer que la plupart des plaintes concernant les formations sanitaires sont exprimées par des personnes instruites notamment des élèves et des hommes. Les critiques concernent l'accueil du personnel de santé et la politique sanitaire notamment la participation communautaire et le recouvrement des coûts. Le fait que ces catégories osent se plaindre n'implique pas que ce sont celles qui subissent le plus la maltraitance (manque de compréhension, injures, mépris, etc.). Avoir des opinions sur la vie publique est une compétence qui s'acquiert avec l'instruction et l'élévation du niveau de vie. Une bonne partie des femmes rurales, non instruites, n'osent pas se plaindre ou n'ont tout simplement pas d'opinion sur le service.

Les critiques des usagers : problèmes d'accueil et de compétence

Des critiques des usagers apparaissent deux préoccupations essentielles : l'accueil et la remise en cause des compétences des agents de santé. Le manque d'accueil est mis en rapport avec l'importance accordée à la télévision pendant la garde et à la maltraitance de certains agents de santé. Le fait que l'attention des agents de santé serait distraite par la télévision pendant la garde est une plainte très répandue. Regarder la télévision entraîne un mauvais accueil de l'utilisateur : le personnel ignore l'arrivée du patient et traîne avant de le recevoir surtout lorsque le consultant ne parle pas français, la langue véhiculaire au sein du service.

« Lorsqu'on arrive au CM, on les salue, ils ne répondent pas et regardent la télévision. Si tu parles gourounsi, c'est pire, on ne te regarde pas, on te reçoit mieux si tu parles français. Les agents de santé n'accueillent pas bien les élèves. Une fois, un agent de santé a fait attendre un élève de 8h à 10h et ensuite, il a dit à l'élève qu'il s'en allait et qu'il ne pouvait pas le soigner » (groupe d'élèves du secteur 8 lors d'un focus group).

« Les infirmiers⁹ 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 bêtises¹⁰ d'abord. Et lorsqu'on essaie de se plaindre, ils disent que 'c'est toi qui a amené ton malade' » (Bationo Valentin, usager, secteur 3, Réo).

L'accueil est encore moins bon si le patient est pauvre et ne peut honorer l'ordonnance prescrite.

« Les agents de santé parlent mal quand l'utilisateur n'a pas d'argent. Il y avait un malade grave qui se plaignait, l'agent de santé a demandé aux accompagnants s'ils avaient de l'argent pour acheter les médicaments et ils ont répondu non. Il leur a dit de partir avec le malade car ses cris dérangent » (une élève au lycée provinciale, secteur 8, Réo).

De la violence psychologique (négligence et injures), la maltraitance du soignant peut aller jusqu'à la violence physique. Ce sont les praticiennes qui sont les plus accusées :

« Ils ne s'occupent pas vite du malade, le malade peut mourir. Lorsqu'on amène une femme qui doit accoucher, les sages-femmes ne viennent pas vite l'assister. Elles prennent leur temps et viennent quand elles veulent. Elles frappent les femmes qui accouchent, c'est pour cela, les femmes préfèrent aller chez Salimata [l'accoucheuse villageoise] » (groupe d'élèves du secteur 8 lors d'un focus group).

Les praticiens sont considérés comme plus compréhensifs et assistant mieux les parturientes :

« C'est surtout les femmes qui ne sont pas accueillantes. Quand on leur dit bonsoir, elles ne répondent pas et regardent la télévision. Quand elles reçoivent le malade, elles retournent regarder la télévision sans lui faire les soins » (groupe d'élèves du secteur 8 lors d'un focus group).

Cette différence entre les sexes pour ce qui concerne l'accueil et la maltraitance des agents de santé fait l'objet d'une comparaison par une de nos informatrices :

« Si tu es malade et que l'agent de santé te parle bien, ça te soulage et tu guéris. Je n'ai pas apprécié l'attitude de la femme qui a fait mon accouchement la première fois que j'ai accouché ici. J'avais mal et elle me grondait. A mon dernier accouchement, c'est un homme qui m'a assisté. J'ai aimé son travail, il m'a beaucoup encouragée, il me disait : 'soit patiente, tu auras ton bébé tout à l'heure'. On dirait que le cœur des femmes est plus dur que celui des hommes » (Kando Edith, secteur 5).

⁹ Le terme infirmier est utilisé ici de manière générique pour désigner l'ensemble des agents de santé, toutes catégories confondues. Les différents statuts professionnels ne sont pas connus des populations (Médah, 2005).

¹⁰ Les agents de santé sont également accusés de profiter de la garde pour avoir des rapports sexuels.

La critique est encore plus importante à l'égard des stagiaires dont les professionnels délaissent le suivi. Ils suscitent beaucoup de méfiance chez les usagers.

« J'ai accompagné mon frère malade au CSPS. Nous sommes tombés sur un stagiaire. Il n'arrivait même pas à charger la seringue pour l'injection. Moi, je l'observais et il voulait insister pour piquer mon malade et je lui ai dit que la seringue était mal chargée parce qu'il y avait de l'air dedans. Il a recommencé à quatre reprises sans y arriver. Finalement, c'est le major que je suis allée chercher pour qu'il fasse cette injection » (une élève du lycée provinciale, Réo, secteur 8).

Toutes ces critiques négatives faites par les usagers à l'endroit du personnel soignant s'ajoutent à un contexte de production des services peu clair (des règles non appliquées ou mal appliquées) donc sujet à interprétation. Des malentendus surgissent et il n'est pas du tout aisé de déterminer qui a raison ou tort.

Crise de confiance entre soignants et soignés : arguments fondés ou non ?

Les entretiens ci-dessus le montrent. Il y a une crise de confiance entre patients et personnel soignant. Les écarts se creusent entre demande et offre.

Il y a des attentes caduques concernant l'offre. Ainsi, observe-t-on que les usagers attendent une offre gratuite de médicaments de première nécessité ou tout au moins leur préfinancement par les services. Or ce sont des pratiques qui ont pris fin avec l'IB.

Il y a des malentendus entre usagers et personnel de santé provoqués par l'irrégularité de la fourniture des médicaments utilisés pour les traitements déclarés gratuits. La gratuité (voir chapitre suivant) de certains soins fait partie des stratégies gouvernementales pour élargir l'accès de la population aux formations sanitaires. Toutefois, la mise en œuvre de ces stratégies n'est pas toujours assortie des moyens nécessaires pour une couverture réelle et régulière des besoins. Les ruptures de stocks entraînent des prescriptions de médicaments complémentaires et l'achat de matériels auparavant offerts. Par exemple lorsqu'on offre gratuitement les carnets de santé aux femmes enceintes durant un moment et qu'à une autre période, il leur est demandé de les acheter, il faut arriver à l'expliquer à l'utilisateur. La gratuité fluctue beaucoup, ce qui est gratuit aujourd'hui ne l'est plus le lendemain, et le contexte se prête peu à un franc dialogue entre soignants et soignés. De fait, ces changements ne sont pas toujours bien perçus par les usagers. Certains pensent que le gouvernement offre des médicaments pour les soigner gratuitement mais que le personnel les détourne à son profit. Cette opinion trouve un ancrage dans le développement constaté des comportements opportunistes de certains agents de santé.

Les fautes commises par les agents de santé sont souvent les seules retenues par le discours public et les rumeurs. Il est évident, comme cela a été souligné ci-dessus, que s'il existe des dérives professionnelles, la majorité des professionnels de santé est consciencieuse. Le climat de suspicion généralisé entraîne une interprétation a priori des comportements. L'indication d'une pharmacie par le soignant dans le but – possible – d'aider l'utilisateur à trouver rapidement le médicament dont il a besoin peut être interprété comme l'indice d'une complicité entre le professionnel de la santé et le pharmacien.

« Il y a des combines entre agents de santé et pharmacien. Certains agents de santé font l'ordonnance en mettant leur signature et en demandant au malade d'aller dans telle pharmacie. C'est seulement lorsqu'il n'y a pas le médicament prescrit qu'il te permet d'aller ailleurs. Ils ont des intérêts (des ristournes) dans ces affaires. Ils sont en train de boire notre sang, nous les cultivateurs. Qu'est-ce que nous pouvons dire ? Est-ce qu'ils savent même qu'il y a beaucoup de gens qui souffrent » (un usager, secteur 3, Réo).

Nous avons évoqué les difficultés dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. Nous allons revenir notamment sur l'application de la gratuité telle qu'elle est prévue par l'État dans les formations sanitaires et du contexte de crise de confiance dans lequel sont produits les soins de santé.

La gratuité et ses paradoxes

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 textes¹¹, certaines catégories socioprofessionnelles sont exonérées ou paient un tarif subventionné pour les actes de soins des professionnels de santé (consultations, examens, etc.) dans les formations sanitaires publiques. Ce sont :

- les élèves (ils ne paient rien) ;
- les retraités (ils paient 10% du plein tarif) ;
- les fonctionnaires, les militaires, les paramilitaires en activité et leurs conjoints, ascendants et descendants directs à charge, les travailleurs du secteur non structuré et des Établissements publics à caractère administratif (EPA) (ils paient 50% du plein tarif) ;
- les indigents dont la situation est prouvée par une enquête sociale ont une prise en charge totale (leurs consultations et soins sont entièrement gratuits).

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 des coûts des actes ou ne la revendiquent pas ou encore l'obtiennent d'office avec satisfaction.

L'application de la prise en charge des indigents – qui doivent bénéficier de consultations et de soins entièrement gratuits – et celles des maladies dont le traitement est déclaré gratuit par le gouvernement butent à d'énormes difficultés et provoquent parfois des malentendus entre personnels de santé et usagers. Certains soins et des maladies précises doivent être pris en charge par les formations sanitaires publiques sans que l'utilisateur n'ait à payer. La vaccination, les CPN et les 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 traités gratuitement dans les services sanitaires publics. L'État donne des médicaments qui sont distribués dans les formations sanitaires. Cependant, ces dotations ne sont pas toujours régulières, tous les médicaments nécessaires pour le traitement ne sont pas offerts ou leur quantité est trop faible. L'insuffisance de l'offre gratuite dans les services de santé est un problème général dans le pays. Elle a été aussi soulignée dans une étude sur un district sanitaire différent. « ...il semble que l'État 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).

Lors des CPN, le carnet, le fer et l'antipalustre (généralement, la Sulfadoxine) sont donnés gratuitement aux femmes enceintes. Toutefois, tous les services de santé dans lesquels nous avons enquêté sont confrontés à des ruptures de stocks pour au moins l'une des ces prestations (carnet, fer ou antipalustre). Ces ruptures peuvent durer quelques mois et pendant ce temps, on demande aux usagers de les acheter. Pour les maladies dont le traitement est déclaré gratuit, le paquet de médicaments disponibles est insuffisant : il n'y en a pas assez pour tous les malades qui en ont besoin et l'ensemble des médicaments nécessaires pour assurer un traitement correct ne sont pas présents. Dans ces conditions, il faut faire des prescriptions additives si on ne veut pas se contenter d'un traitement partiel et inefficace qui développerait à terme une chimiorésistance chez le patient. Mû par un souci de donner le meilleur soin possible en prescrivant ces médicaments, le soignant n'est pas toujours à même de se faire comprendre par l'utilisateur. Un agent de santé d'un CSPS rural

¹¹ Notamment le kiti AN-VIII-0202/FP/SAN-PS du 08 février 1991.

couvrant une aire sanitaire de plus de 15 000 habitants (la deuxième aire sanitaire la plus importante du district après le CM) décrit de la manière suivante la situation de son service.

« Par exemple pour une maladie comme la méningite cérébro-spinale, le ministère (de la santé) dit que c'est gratuit. Mais la dotation en médicaments est incomplète et insuffisante. On nous donne des perfuseurs, 10 flacons d'ASL, des intranules, du Diazépam, des aiguilles mais pas de sérum ni d'antibiothérapie. Il faut donc prescrire les deux derniers médicaments. Pour les soins prénataux, nous avons fait six mois sans être approvisionnés en carnets et les femmes étaient obligées de les acheter. Cela crée la contradiction chez le patient qui entend par la voix des ondes que ces soins sont gratuits et qui, une fois dans le CSPS, doit acheter des médicaments. Ce n'est pas toujours facile de lui faire accepter ces changements. Il pense que les médicaments et le matériel sont détournés pour d'autres fins. »

La gratuité dans le système sanitaire national est plutôt un effet d'annonce qui crée des malentendus sur le terrain. A ces malentendus, il faut ajouter l'incapacité de la politique de gratuité à régler tous les problèmes.

Même si les soins sont donnés gratuitement, la stratégie ne tient pas compte de la situation générale de la population cible. Or, il arrive que le patient ne remplisse pas certains préalables indispensables pour en profiter efficacement. Dans le cas de la santé de la reproduction, la gratuité est partielle, elle ne concerne que les CPN et les CPON mais pas l'accouchement qui est payant. L'accès aux soins devient plus difficile pour les plus démunis à un certain moment de leur itinéraire thérapeutique. Ce qui a pour conséquence un choix sélectif de ces soins. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter.

- ▷ Les usagères ne consomment que certains soins. Elles se présentent à la maternité pour les CPN et les CPON et accouchent soit à domicile soit chez l'accoucheuse villageoise.
- ▷ En cas de maladie ou de grossesse anormale, la femme enceinte interrompt la consultation, faute, entre autres, de pouvoir payer le traitement nécessaire :

« Lors de la CPN, j'ai constaté chez une femme une hauteur utérine anormalement élevée, je lui ai prescrit une échographie. Elle a refusé de faire l'examen et le jour de l'accouchement, elle est allée chez Salimata (une accoucheuse villageoise bien connue à Réo, voir plus bas). Il s'agissait d'une grossesse gémellaire, et l'accouchement était compliqué. Salimata l'a référée finalement à Koudougou où elle a subi une césarienne. Elle a été sauvée mais a perdu ses deux bébés » (Une accoucheuse auxiliaire d'un CSPS rural).

Ces interruptions dans le processus de prise en charge de la femme enceinte ne permettent pas de réduire de manière importante les risques liés à la santé génésique et maternelle. Le plan stratégique pour une maternité sans risque 2004-2008 corrobore ce point :

« ... la proportion de grossesses à risque dépistées ne font pas l'objet d'une prise en charge adéquate, soit parce que la patiente refuse tout simplement la référence, soit parce que la structure de référence n'est pas capable d'offrir des soins de meilleure qualité... » (Ministère de la santé, 2004 : 11).

Les accouchements hors formation sanitaire persistent donc de façon importante malgré l'initiative de gratuité.

Un autre exemple illustrant le même problème peut être développé à propos du Sida. Le traitement des maladies opportunistes et les Antirétroviraux (ARV) sont gratuits. On constate que la gratuité des ARV n'est pas suffisante pour améliorer la situation de tous les malades. En effet, certains d'entre eux ne jouissent pas de conditions de vie qui permettent de suivre le traitement. La prise de ces médicaments nécessite une bonne alimentation. Or, certains malades sont tellement démunis qu'ils ne sont pas à mesure de manger convenablement. Ils arrêtent donc purement et simplement leur traitement.

Ces exemples soulèvent là un lien important entre la stratégie de la gratuité et la problématique de l'indigence, manifestement peu analysée. Dans la politique officielle, tout se passe comme si en offrant gratuitement certains soins, on les rendait accessibles aux indigents. Or dans les faits, seuls peuvent en bénéficier correctement les non indigents qui sont en mesure de remplir certains préalables afin de profiter de la gratuité.

La résolution de la situation de l'indigent dépasse souvent la simple délivrance des soins sanitaires et nécessite une considération de toute sa situation sociale. Il devient alors indispensable de régler sa situation de paupérisation afin d'espérer obtenir des traitements efficaces.

Pour le soignant, « l'indigent, c'est celui qui n'a personne pour l'aider ». « Ça frappe l'œil » disent unanimement les travailleurs du domaine, personnel de santé et agents des services d'action sociale.

L'indigent est souvent une personne souffrante qu'on découvre dans un centre de santé, sans accompagnant, ou parfois en compagnie d'une personne qui n'est pas à mesure de lui porter secours. Bonyolo est un village situé à côté du site d'extraction de zinc de Perkouan. Les agents de santé du CSPS local découvrent parfois de jeunes travailleurs de ce site malades et abandonnés. Ces jeunes ont quitté leur famille pour travailler sur ce site ; ils vivent entre eux. En cas de maladie, le patron, ne voulant pas les soigner et de peur qu'ils ne meurent sur le site, les conduit discrètement au CSPS et les y abandonne. Ils sont soignés gratuitement mais le problème de leur alimentation se pose. Ce genre de malades sans soutien familial est courant dans les formations sanitaires. L'ICP du CM en donne un exemple.

« Nous avons reçu ici une sidéenne qui a été rejetée par son environnement familial. Elle vivait avec ses deux enfants : un garçon et une fille qui font respectivement les classes de 6^e et de 4^e des lycées et collèges. Elle était veuve, le mari étant déjà décédé du même mal en Côte d'Ivoire. Elle a été amenée au CM par sa fille qui a demandé un vélo pour la transporter. Grâce au Regipiv (Réseau pour une grande implication des personnes vivant avec le VIH) son bilan de santé a pu être établi. C'était en 2006. Pendant son hospitalisation qui a duré trois mois, personne ne lui a rendu visite sauf un vieux qui est venu une seule fois. Elle a été mise sous ARV mais elle avait des difficultés pour s'alimenter comme il faut. De temps en temps, c'est nous, les agents de santé qui l'aidions avec de la nourriture ou en lui donnant un peu d'argent pour s'en acheter. Comme elle ne se nourrissait pas convenablement, le traitement la secouait et elle l'a finalement arrêté. C'est ainsi qu'elle est décédée. »

Cet exemple montre que la situation des indigents n'est pas véritablement prise en compte par les formations sanitaires. C'est le personnel de santé qui est obligé d'aider le malade par ses propres moyens.

Le décalage entre l'évolution des services et les attentes des usagers

Si l'on observe le contexte général de fourniture des services de santé dans la commune, le constat qui s'impose est le décalage entre la politique sanitaire appliquée et les attentes des usagers. La politique sanitaire a évolué pendant presque une quinzaine d'années – « des soins de santé primaires pour tous en l'an 2000 » à l' « Initiative de Bamako » qui prône le recouvrement des coûts – mais les attentes des usagers restent fixées sur une gratuité caduque. Ce décalage pourrait être expliqué essentiellement par deux facteurs : d'un côté l'histoire des œuvres socio-caritatives dans la région et de l'autre la faillite du Coges dans sa mission de médiation sociale.

Nous l'avons vu, les œuvres socio-caritatives (santé, éducation et action sociale) à Réo, ont été introduites par les missionnaires et les services qu'ils fournissaient à la population sont restés longtemps gratuits. Les appuis associatifs dans ces domaines le sont également. Ayant acquis des habitudes de percevoir des aides, la population continue à réclamer des soins gratuits ou préfinancés (mais une telle initiative a déjà montré ses limites et d'expérience, on sait que les patients ne remboursent pas).

Cette habitude de l'assistanat rend d'autant plus nécessaire l'intervention d'un Coges afin de mieux expliciter les objectifs de la politique de santé. L'inefficacité du Coges contribue à creuser davantage l'écart entre usagers et services de santé. Les usagers sont sous-informés ou n'ont pas l'information juste sur l'évolution du service et les nouvelles politiques.

Dans un tel contexte il y a décalage entre espoirs de l'utilisateur et réalité sanitaire, c'est ce qui explique qu'il dénonce le désintérêt de l'État face à sa situation sanitaire.

« Les agents de santé ne s'occupent pas du malade s'il n'a pas de médicament. Le malade paie la consultation et on dit qu'il n'y a pas de médicament pour le soigner. En tant qu'accompagnant d'un malade, si je vais chercher l'argent et si je ne gagne rien, je prends mon malade et l'amène à la maison. Beaucoup de malades meurent à la maison. C'est la faute de l'État, les villageois n'ont rien. L'État doit payer les premiers soins pour la population car s'il n'y a pas de population, l'État va gouverner qui ?¹² »
(Bayala Lazare, usager, secteur 4, Réo).

L'idée d'une prise en charge gratuite ou du remboursement des premiers soins qui apparaît dans cet entretien est récurrente dans le discours des usagers. Elle est, bien entendu, liée à la pauvreté et à l'impossibilité de faire face à l'urgence (voir le chapitre sur la coproduction de l'offre de santé).

Sont-ce alors des usagers déçus de leur système sanitaire qui recourent aux autres formes de soins de santé qu'on rencontre dans la commune de Réo ? Ce prochain chapitre nous permettra d'analyser les différents facteurs expliquant l'importance de l'offre informelle notamment dans le domaine de l'accouchement.

L'offre informelle de santé

Dans le district sanitaire de Réo, l'offre informelle est spécifique. Contrairement à Boromo où elle s'est développée du côté des médicaments de rue et de la médecine traditionnelle, à Réo, les tradipraticiens ne sont pas très répandus et la vente des médicaments de rue n'est pas importante. Les vendeurs ne sont pas tous les jours sur la place du marché et dans les rues comme à Boromo. Ils viennent de Koudougou seulement les jours de marché. A Réo, c'est dans le domaine de l'accouchement que l'offre informelle est développée et c'est ce domaine qui retiendra notre attention.

Des offres supplétives : l'exemple des accoucheuses villageoises

Pendant la Révolution, l'État, soucieux de résoudre rapidement les difficultés d'accès aux soins de santé primaire, a proposé de nouvelles initiatives : la construction d'un poste de santé primaire ou PSP dans chacun des 8000 villages que compte le pays (avec le slogan « *un village, un PSP* »), les vaccinations commando, la formation d'accoucheuses villageoises ou AV. Les AV sont des femmes, généralement des accoucheuses traditionnelles, choisies dans les villages pour leur expérience, à qui on a donné une formation en santé de la reproduction. Elles assistent les femmes de leur localité pendant l'accouchement. Leur rôle est supplétif lorsqu'il n'y a pas de centre de santé dans une localité. Il est également bien défini :

- elles exercent dans des maternités villageoises ou offrent leurs services à domicile ;
- elles ne sont autorisées à faire que les accouchements normaux (sans complications). En cas de complications, elles sont tenues d'évacuer la parturiente dans un centre de santé adapté.

¹² L'idée selon laquelle les autorités doivent prendre soin des populations qui se mettent sous leur couvert sous peine de voir ces dernières disparaître est ancienne. Comme le rapporte Kopytoff, « *on ne peut pas être chef et être assis tout seul* » (1987 : 62).

Une durée limitée de temps leur est donnée, au bout de laquelle elles doivent référer la femme en difficulté dans un CSPS, etc.

Quelques villages possèdent une maternité villageoise. C'est un petit local dans lequel l'AV fait les accouchements. Elle approvisionne cette maisonnette en produits de première nécessité : coton, compresses, bandes, gants, alcool, désinfectant (eau de Javel ou détergent), etc. Dans les villages où le local n'existe pas, l'AV aide les femmes à accoucher à leur domicile. Elle travaille de façon bénévole mais l'accouchement coûte 1500 francs CFA. Cette somme correspond au prix du kit d'accouchement. Mais il faut préciser que l'AV rencontre parfois des difficultés pour faire payer ces frais d'accouchement. Certains maris ne paient pas ou ne le font que de façon partielle, ils donnent seulement 1000 francs CFA ou 500 francs CFA. Étant dans une situation d'urgence, l'AV doit donner les soins avant de se faire rembourser le cas échéant :

« Lorsqu'on a une femme en travail, on enlève le matériel nécessaire du stock pour faire l'accouchement. Si le mari ne veut pas payer après l'accouchement, on garde la femme jusqu'à ce qu'il vienne payer mais si cela ne résout pas le problème, on est obligé d'aller voir le conseiller municipal pour qu'il intervienne car les cas deviennent de plus en plus fréquents » (Kanzilé Ebon, accoucheuse villageoise au Sandié).

Après les premiers moments de la Révolution, toutes ces innovations sanitaires se sont émoussées. Cependant quelques pratiques indispensables et bien assorties aux habitudes locales telles que celles de l'accoucheuse villageoise perdurent. Outre l'absence ou l'éloignement de la formation sanitaire, il faut remarquer que le travail de l'AV est proche des pratiques traditionnelles d'où sa bonne intégration dans les habitudes en la matière. Les femmes ont toujours accouché à domicile, assistées habituellement par une accoucheuse traditionnelle¹³, souvent devenue accoucheuse villageoise. Cette proximité des pratiques explique sûrement leur persistance notamment en milieu rural. Dans la commune de Réo, les villages ont des AV mais la ville en possède également une, Salimata Kamouni¹⁴, dont la carrière est exceptionnelle.

En effet, cette AV constitue une réelle concurrence pour les agents de santé. Si dans certains villages, l'éloignement d'un centre de santé justifie les accouchements à domicile assistés par une AV ou dans une maternité villageoise, le cas de Réo, où le problème d'accessibilité aux formations sanitaires ne se pose pas, est spécifique. Salimata est la seule AV qui continue de pratiquer en ville, avec beaucoup de succès. Sa situation géographique met davantage en évidence une volonté délibérée de la fréquenter. Pour aller chez elle, lorsqu'on n'habite pas les secteurs 9, 8 ou 7, il faut passer devant deux centres de santé. Des usagers quittent également certains grands centres urbains tels que Ouagadougou et Koudougou pour se confier à elle. Elle a une renommée nationale voire internationale puisque qu'elle reçoit également des parturientes venant des pays voisins notamment du Ghana. Quelle est la trajectoire de cette accoucheuse ? Quelles représentations sociales les agents de santé et les usagers ont-ils à son égard ?

La trajectoire d'une accoucheuse villageoise : Salimata Kamouni

Salimata Kamouni est née en 1934. Elle est la fille d'un accoucheur traditionnel. Les accoucheurs traditionnels sont des hommes spécialisés dans la mise bas des animaux auxquels il était fait recours lors des accouchements compliqués. Salimata est perçue comme une héritière du savoir de son père,

¹³ L'accoucheuse traditionnelle n'a pas reçu de formation de base en santé de la reproduction. Elle est vouée à l'aide à l'accouchement des femmes de son village du fait d'un savoir-faire particulier, hérité, transmis ou acquis. Cependant nombre d'accoucheuses traditionnelles ont reçu une formation dans le cadre des programmes passés et sont devenues des accoucheuses villageoises. Cf. le cas de Salimata Kamouni étudié ici.

¹⁴ Voir également Malo et Médah (2007) qui évoquent le cas de cette AV dans le cadre de l'établissement des actes de naissance. A Boromo, par contraste, il n'existe plus aucune AV en ville.

qui était reconnu comme spécialement compétent dans le domaine. Elle fait sa première expérience à l'âge de 12 ans en accouchant toute seule l'une des femmes de son père alors que les adultes de la concession étaient tous au champ. Depuis lors son destin est tracé. Si elle a énormément de succès auprès des usagers, elle a aussi pas mal de difficultés avec les services de santé. Travaillant dans un premier temps comme accoucheuse traditionnelle, elle suit une formation¹⁵ en même temps que deux autres femmes de son secteur en 1987. Les trois femmes ont acquis le statut d'accoucheuses villageoises. Une maternité¹⁶ est construite en 1986 au secteur 9 où elle habite. Salimata est donc invitée à exercer dans cette maternité devenue fonctionnelle en octobre 1987. Après douze années de service, le service est fermé. L'accoucheuse rejoint son domicile où, perpétuellement sollicitée, elle continue de mener ses activités. La maternité est par ailleurs transformée en CSPS.

La pratique de Salimata suscite beaucoup de commentaires, de rumeurs et d'opinions contradictoires. On peut retenir deux catégories d'attitudes qui s'opposent mutuellement à son égard : les agents de santé l'apprécient négativement et les usagers positivement, surtout ses parturientes. Cette opposition s'exprime d'emblée, dès qu'on s'intéresse aux raisons de la fermeture de la maternité dans laquelle travaillait Salimata. Le personnel de santé avance des raisons de non-observation des normes d'hygiène tandis que les usagers évoquent une question de jalousie due au succès de l'accoucheuse.

Salimata, une catastrophe sanitaire pour les agents de santé

La plupart des agents de santé ne connaissent pas personnellement Salimata. Ils découvrent son existence à travers les usagers qui arrivent, d'après eux, dans une situation sanitaire gravissime et à travers les rumeurs qui courent à son endroit. Seul, l'ICP du CSPS du secteur 9, l'aire sanitaire de laquelle elle relève, lui a rendu quelques visites. Selon lui, les conditions d'hygiène laissent à désirer.

« Les femmes qui vont là-bas nous reviennent ici avec des complications graves. Je suis allé chez elle lui rendre visite. Elle ne respecte pas les conditions d'hygiène dans son travail. Les femmes arrivent ici avec un tableau sombre : infection et anémie » (un agent du CSPS du secteur 9 de Réo).

Salimata travaille dans des conditions précaires et avec les moyens du bord. Formé comme AV, elle utilise des rudiments de matériel moderne, principalement des gants et de l'eau de Javel. Cependant, l'accouchement se fait de façon traditionnelle : la parturiente est accroupie et accouche sur une natte.

Précisons que, d'une façon générale, dans les prestations des AV, l'utilisation de matériel n'est pas régulière, compte tenu de l'incapacité de certains usagers à se les procurer ou des ruptures de stocks qui surviennent dans les villages. Les approvisionnements sont faits lors des déplacements occasionnels de l'AV vers un centre de santé. L'utilisation irrégulière de ce matériel ne garantit donc pas l'observation d'une bonne hygiène.

Cette absence d'hygiène donnerait plus de travail au personnel médical puisque les parturientes arriveraient dans les services de santé très mal en point, avec des complications aggravées :

« Salimata a de plus en plus d'influence, même les intellectuelles vont accoucher chez elle. C'est l'aspect "mystique" qui entraîne cette importante fréquentation : les gens viennent de Koudougou et de Ouaga

¹⁵ Cette formation recommandait l'abandon des pratiques traditionnelles et l'apprentissage des pratiques modernes : obligation des femmes à accoucher allongées sur le dos sur une table d'accouchement, respect des conditions d'hygiène et d'asepsie (port de gants et de la blouse, utilisation de la boîte d'accouchement, de l'alcool et de l'eau de Javel), tenue d'un registre de naissance, etc. Ces changements ont parfois concerné des aspects très personnels de l'habitus du soignant. Ainsi Salimata qui est gauchère de naissance et a toujours travaillé avec la main gauche a été obligée d'exercer avec la main droite.

¹⁶ Plusieurs acteurs ont pris part à la construction de cette maternité. L'initiative a été prise par l'Abbé Jules de la paroisse de Réo. Cette initiative a bénéficié de la contribution financière et pratique des ressortissants du secteur, vivant en Côte d'Ivoire et de la population locale.

aussi. On ne peut arrêter sa pratique tant que cette femme existe. C'est une véritable gangrène, même les fils du secteur 9 qui sont médecins ont tenté de la convaincre d'arrêter ce travail mais en vain. On n'obtiendra un changement que lorsqu'elle va disparaître. Elle a des pratiques moyenâgeuses. Les cas les plus graves d'infections proviennent de là-bas. Salimata alourdit notre charge de travail, n'en parlons pas des cas de décès » (un agent de la maternité du CM).

On note de la colère dans les propos de certains agents de santé qui avouent leur impuissance. Selon le médecin-chef de district de Réo, c'est aux autorités locales, notamment à la mairie de mettre fin aux activités de Salimata.

Pour les agents de santé, la première raison de son succès est le « mysticisme ». Les usagers la fréquentent parce qu'elle jetterait les cauris¹⁷ : « *c'est parce qu'elle jette des cauris et qu'elle prédit l'avenir de l'enfant qui va naître que les femmes préfèrent aller là-bas* » affirme généralement le personnel de santé. « *Salimata ! C'est elle qui couvre (comprendre dirige) les accoucheuses auxiliaires et les sages-femmes dans le Sanguié ici* » dit, de façon ironique une accoucheuse auxiliaire d'un CSPS rural. Elle poursuit : « *souvent les femmes qui la consulte nous rapportent qu'elle leur a dit que leur utérus est dans tel ou tel état et elles y croient plus que le diagnostic que nous, agent de santé, nous faisons. C'est de la voyance que Salimata fait.* »

L'obstination du public à fréquenter Salimata est perçue par le personnel de santé comme un échec professionnel, surtout lorsqu'il s'agit d'un proche. Tinga, un agent du CM, est choqué par l'attitude de son frère lors de l'accouchement de sa femme puisqu'il a préféré aller chez Salimata et n'a eu besoin de lui que pour des raisons sociales : l'enterrement du bébé décédé lors de l'accouchement.

« Mon petit frère habite Vily, village voisin de Koudougou, mais lorsque sa femme allait accoucher, elle a été référée à Koudougou. Il a refusé d'y aller et est venu me dépasser ici au CM pour aller chez Salimata. C'est lorsque la femme a accouché et que l'enfant est mort qu'il est venu me chercher. Il est venu me réveiller à minuit seulement parce qu'il cherchait un parent pour l'enterrement du corps du bébé. »

Salimata, la bienfaitrice des usagers

On observe une méfiance envers Salimata chez une petite portion d'usagers notamment dans la catégorie de personnes instruites, remettant en cause l'hygiène dans ses prestations. Cependant, les opinions des usagers sont généralement positives. Parmi ses usagers, il n'y a absolument pas de plaintes, alors qu'il y en a dans les formations sanitaires. Ses patientes vont volontairement chez elle, en dépit du fait qu'elles sont en principe obligées de fréquenter les centres de santé pour pouvoir bénéficier de l'attestation d'accouchement, demandée dans le dossier d'établissement de l'acte de naissance de l'enfant (voir Malo et Médah, 2007). Elles sont satisfaites de ses soins.

La bienveillance de Salimata atténue les douleurs de l'enfantement, à la différence des centres de santé où les femmes affirment être maltraitées.

Comparons deux entretiens dans lesquels deux parturientes expliquent chacune son expérience, la première ayant accouché dans un centre de santé et la seconde chez Salimata.

« Avant que je n'accouche une femme était décédée à la maternité. Quand j'ai accouché mon ventre me faisait mal. Dès qu'elle mettait la main pour vérifier, ça me faisait très mal et donc je criais. Elle m'a dit que si je continue à crier, je vais finir comme celle qui est morte parce qu'elle n'aura pas pu faire son travail. Elle dit que si je crie elle va me laisser. Elle me demande si j'ai vu ma camarade (celle qui est morte). Je lui ai mal parlé. Elle a jeté le carnet de mon enfant en disant que je ne revienne plus là bas, même pour la vaccination » (une femme du secteur 2, Réo).

¹⁷ Une technique divinatoire.

« Quand je suis arrivée, je n'avais jamais accouché, je pleurais. Salimata a dit que ça va aller, elle s'est occupé de moi tout le temps, elle m'a mise en confiance. Quand l'enfant voulait venir, j'étais fatiguée, je pleurais. Salimata m'a plaquée contre elle et m'a aidé à pousser. Elle m'a aidé et l'enfant est né tranquillement. C'est pour ça que j'aime Salimata » (Caroline Kansila, usager, secteur 9, Réo).

Ces deux entretiens montrent des pratiques opposées. Le personnel des services de santé a des attitudes de rejet (réflexions méchantes, dispute et finalement renvoi de la parturiente). Il n'accompagne pas la parturiente dans l'accouchement, moment de douleur et d'angoisse. Chez Salimata, c'est l'amabilité qui est la règle, la parturiente est rassurée en permanence, ce qui l'aide à surmonter peur et douleur. De plus, l'accoucheuse n'est pas regardante sur le règlement de ses services.

« Chez Salimata, on accouche sans le savoir, on ne te fatigue pas. A 12 ans, elle a fait accoucher la femme de son père, c'est l'héritière de son père. Nous sommes de la même famille, c'est deux savons que j'ai donnés [...]. Même si c'était plus cher j'allais payer pour accoucher chez elle. Si on n'a rien à lui donner, il n'y a pas de problème, elle ne se plaint pas. On rembourse la dette au moment où on peut » (usagère de Salimata, secteur 9).

Généralement, les femmes n'apprécient pas l'hospitalisation faisant suite à l'accouchement. Lorsqu'elles accouchent chez elles ou chez Salimata, cette contrainte n'est pas de rigueur. Au bout de trois heures d'attente ou bien le lendemain pour celles qui viennent des villages ou de localités éloignées, elles peuvent repartir. Dans les formations sanitaires, les parturientes ne peuvent rejoindre leur domicile qu'au bout de 24 h ou de 72 h d'hospitalisation. Leur refus de rester à la maternité s'exprime souvent de manière indirecte.

« Les femmes refusent d'accoucher à la maternité parce que les lits ont été volés et il n'y a plus assez de place. C'est par peur de dormir sur le sol glacé de la maternité » (Kantiono Ediou, accoucheuse villageoise de Kilsio).

Précisons que chez elles, la plupart des femmes ne dorment pas sur un lit mais sur des nattes sur un sol en terre battue, généralement moins froid que celui cimenté ou carrelé des centres de santé.

En fin de compte, du point de vue des usagers de Salimata, trois raisons expliquent sa fréquentation : la compétence, l'accueil et le mode de paiement. Toutes ces raisons sont évidemment formulées en comparaison avec les expériences des usagers dans les centres de santé.

Le mode de paiement dans les formations sanitaires est lié au système de recouvrement des coûts. Il est standard et impersonnel. Le coût payé en espèces, s'élevait à environ 7000 francs CFA il y a une année et est actuellement de 900 francs CFA¹⁸ soit un peu plus du dixième du tarif initial. Il est le même pour tout le monde. La libération de la femme est conditionnée par le paiement des frais d'accouchement. Chez Salimata, un montant de 2500 francs CFA et deux boules de savons sont demandées. Cette somme peut être payée en nature : mil, poulets, etc. Les parents et les voisins du quartier ne sont pas obligés de payer cette somme. Ils peuvent simplement offrir un cadeau en signe de reconnaissance. Les autres usagers peuvent échelonner le paiement ou bien discuter ce prix en fonction de leurs moyens. Finalement, il faut noter que ce tarif n'est qu'indicatif. Chez Salimata ce qui compte, c'est qu'elle a reçu un don et qu'elle doit le mettre au service des femmes enceintes.

¹⁸ En février 2007. Les coûts de l'accouchement et de la césarienne ont été révisés à la baisse dans le cadre de la stratégie de la maternité à moindre risque. La césarienne est passée de 20 000 francs CFA à 11 000 francs CFA. Après 9 mois d'application, les effets de cette réduction de coût sont déjà manifestes. En 2006, la moyenne mensuelle des accouchements dans les formations du district était de 352 alors qu'en 2007 elle est de 552, presque le double de l'année précédente. Cependant, on peut noter que Salimata continue d'avoir la même affluence.

Pour ses usagers, Salimata est perçue comme « compétente ». Pour eux, elle connaît son travail. Elle est précise, c'est-à-dire qu'elle indique l'heure de l'accouchement, précision que ne donnent pas les agents de santé. Elle est également compétente socialement, sachant accueillir et soutenir les femmes alors que les agents de santé ajoutent encore au stress de la parturiente. Suivons le cas de cette femme ayant commencé son accouchement à la maternité pour l'achever chez Salimata.

Bationo Valentin a accompagné sa femme en travail à la maternité du CM de Réo. Il l'a amené à 16h et a quitté le CM à 20h. Elle n'avait toujours pas accouché.

« Je suis rentré à la maison passer la nuit. Le lendemain en retournant pour la voir à la maternité, je l'ai rencontrée à 7 h qui rentrait à la maison. Les agents de santé lui avaient demandé de revenir plus tard. Je l'ai donc conduite tout de suite chez Salimata. Elle l'a examinée et nous a dit qu'elle accouchera à 17h. Elle a accouché à 17h 30 mn. Cette femme te dit exactement ce qui va se passer : elle te dit le sexe de l'enfant, si l'enfant est mal positionné, elle le sait et elle sait aussi comment faire pour que l'accouchement se passe bien. Si elle te dit qu'elle ne peut pas et d'aller à l'hôpital, c'est que c'est très grave, c'est l'opération.

- Êtes-vous allé à l'hôpital après l'accouchement ?

- Oui, pour peser l'enfant.

- Comment cela s'est-il passé ?

- Nous n'avons pas dit qu'elle a accouché chez Salimata sinon, ça allait déclencher la bagarre. Nous avons menti qu'elle a accouché à la maison parce que tout est allé très vite. »

La compétence de Salimata paraît incontestable aux yeux de ses usagers. Elle se fonde sur le don qu'elle a reçu dès l'enfance. Dans la société traditionnelle, le don est la meilleure forme de connaissance car il provient de forces surnaturelles. Il est supérieur à toute forme de connaissance acquise. C'est pour cela que Salimata reste l'unique AV en fonction dans la ville de Réo, malgré une bonne accessibilité au service de santé. Les AV des villages, même si elles sont compétentes n'ont pas une telle renommée. Leurs prestations sont plutôt rendues nécessaires par l'absence d'un centre de santé. Salimata est victime de son charisme. Affaiblie par le poids de l'âge (74 ans), elle avoue vouloir arrêter ce travail mais être forcée de continuer du fait de la demande sociale : comment pourrait-elle refuser une femme qui vient la supplier de s'occuper d'elle ? Elle dit :

« Ce n'est pas moi qui vais vers les gens, ce sont eux qui viennent chez moi et je ne peux pas les rejeter ».

Les pratiques des accoucheuses villageoises : le contraste entre les recommandations internationales et la réalité nationale

Dans un rapport récent du Ministère de la santé (2003), les prestations des AV ont été évaluées comme ne contribuant pas à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Il est désormais admis :

« [...] qu'une réduction significative de la mortalité maternelle et néonatale ne peut être obtenue sans une assistance par un personnel de santé qualifié de l'accouchement chez toute femme » (Ministère de la santé, 2007).

Décidées au niveau international par des organismes tels que l'OMS, la Banque mondiale et le FNUAP, de nouvelles orientations ont été prises pour les activités des AV. Elles sont marquées par une redéfinition des tâches : l'AV ne doit plus faire d'accouchement, qu'il soit eutocique ou dystocique. Au Burkina Faso, un Atelier de restitution de l'étude sur le rôle des AV dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale s'est tenu le 24 septembre 2004 à Ouagadougou. Suite à cet atelier, une circulaire produite par le Secrétariat Général du Ministère de la Santé a été distribuée dans toutes les directions de districts sanitaires du pays interdisant la pratique de l'accouchement aux

AV. Malgré cette décision, les accoucheuses de village continuent d'exercer dans notre site d'étude. Sur les 12 villages de la commune, un tiers a toujours des maternités villageoises fonctionnelles et la quasi-totalité des accoucheuses villageoises font les accouchements à domicile. Ekoulkoala, Kilsio, Perkouan et Sandié ont des maternités villageoises qui accouchent les parturientes avec l'aide d'AV.

Plusieurs raisons expliquent la persistance de la pratique de ces soignantes. Il s'agit principalement de facteurs géographiques, socioculturels et professionnels. Il faut préciser que si la plupart des formations sanitaires respecte la norme de 10 km maximum de distance avec les villages, certaines communautés restent enclavées. C'est souvent dans ces établissements humains que les maternités villageoises sont les plus actives. C'est par exemple le cas de Perkouan qui est à 13 km de Bonyolo et de Séboum qui à plus de 15 km du CSPS du secteur 9 de Réo.

L'AV a une proximité socioculturelle avec ses patientes. L'agent de santé est un fonctionnaire de l'Etat qui est instruit et salarié tandis que l'accoucheuse villageoise est une femme du peuple, sans instruction et non salariée. Elle est quasi-bénévole. C'est un travail qui est récompensé moins par l'argent que par la reconnaissance sociale.¹⁹

L'usager s'identifie à l'accoucheuse villageoise plus qu'au fonctionnaire qu'est l'agent de santé. De plus, les problèmes d'accueil et de maltraitance soulignés par les usagers accentuent encore cette distance entre agent de santé et soigné. Chaque fonction bureaucratique implique des privilèges et c'est donc pour les faire valoir que l'agent public se comporte ainsi :

« ...la distinction entre le fonctionnaire et le vulgaire usager doit s'affirmer, et la supériorité du premier sur le second sans cesse réaffirmée... » (Olivier de Sardan, 2001 : 206).

La recherche de cette distinction est très nette lorsque l'usager et l'agent sont de même sexe. D'où la préférence, soulignée ci-dessus, des accoucheurs aux accoucheuses constatée chez les parturientes.

Enfin, la question de la responsabilité se pose différemment dans une formation sanitaire et chez une AV. Dans une formation sanitaire, la thèse du « passager clandestin » s'applique²⁰. On a affaire à une collectivité de fonctionnaires, donc une situation plutôt anonyme et déresponsabilisante. Les mauvaises pratiques de l'agent peuvent être mises facilement au compte de l'institution toute entière. Une AV n'a pas cette possibilité. Tout comme elle porte seule ses succès, ses fautes lui incombent également de manière personnelle. Elle est donc obligée de sauvegarder continuellement sa bonne réputation. L'obligation de résultat est plus importante chez l'AV que dans une formation sanitaire²¹.

Deux catégories de raisons essentielles expliquent le choix d'accoucher dans un centre de santé ou hors d'un centre de Santé. D'un côté les raisons objectives : le coût, l'opportunité d'accès à une formation sanitaire et la qualité des relations entre soigné et soignant. De l'autre côté, les raisons subjectives : pertinence d'être assisté par un professionnel de la santé – certaines

¹⁹ L'accoucheuse du village de Perkouan par exemple n'a jamais enfanté. C'est par le biais de son travail qu'elle comble en quelque sorte son désir de maternité. A son passage, les enfants du village accourent vers elle en chantant « *vanina Mamina* » (« *voici maman Mamina* »). Agée (plus de 60 ans), elle reste la seule à pratiquer dans son village, sans perspective de relève. Pour l'encourager et lui permettre de gagner sa vie tout en lui évitant de longs déplacements qu'elle ne peut plus supporter, le chef du village lui a donné un champ près de sa maison. Ainsi, elle reste disponible en cas de besoin.

²⁰ Voir M. Olson, 1987. Olson présente l'action collective dans le cadre de production des biens publics comme marquée par un paradoxe puisque l'individu n'a pas besoin de contribuer à la constitution du bien pour bénéficier de ses effets positifs.

²¹ La disparition des AV viendra toute seule et de façon interne. La précarité de la fonction porte en elle les germes de sa destruction. La relève n'est pas assurée dans la majorité des cas. Même dans le cas de Salimata où cette relève existe, elle n'est pas évidente que sa remplaçante ait autant de succès qu'elle. En attendant, beaucoup de communautés ne peuvent pas se passer de leur AV.

femmes ne jugent pas utiles d'aller dans une formation sanitaire après des CPN normales ne révélant pas de difficultés²² – et les convenances personnelles (craintes de l'hospitalisation ou des méthodes de soins de la biomédecine).

LA COPRODUCTION DE L'OFFRE DE SANTÉ

L'offre de santé est produite par les formations sanitaires en lien avec d'autres services non-spécialistes du domaine et bien évidemment avec les usagers auxquels s'adresse cette offre. C'est cette synergie dans la production des soins sanitaires que nous appelons coproduction. Il s'agit donc, dans ce chapitre, d'identifier les divers acteurs de cette interaction et d'étudier leur contribution à l'offre.

La coproduction institutionnelle

On s'intéressera ici aux différentes relations entre services de santé et les services collaborant avec ceux-ci : la mairie, la DPASSN (Direction provinciale de l'action sociale et de la solidarité nationale) et les structures d'appui des formations sanitaires notamment le Coges et la mutuelle de santé.

Services de santé et mairie

La communalisation intégrale s'accompagne d'un transfert difficile de la compétence de gestion des CSPS à la commune (voir sur le sujet Jacob et al. 2007). On peut remarquer des différences dans sa mise en œuvre d'une commune à l'autre. A Réo, la mairie apparaît plus active dans les affaires du CSPS comparativement à Boromo où elle est restée longtemps quasi absente (Médah, 2007). A Réo, la mairie a financé la construction du dépôt pharmaceutique du CSPS et s'implique dans les activités de celui-ci. En comparant les deux Centres de santé, on remarque que celui de Boromo est plus autonome (pour l'instant) : il décide de ses activités et prend seulement contact avec la mairie lorsque cela est indispensable. Par exemple, pour la construction des nouveaux locaux du CSPS, le Coges en a fait son affaire et la mairie n'a été consultée que pour le choix du terrain de construction et sa délimitation. A Réo, il ne peut être question d'une telle autonomie car le Coges, à l'instar d'autres services (mutuelle de santé), a toujours des difficultés à s'organiser.

Toutefois, malgré cette collaboration instaurée entre CSPS et mairie, on peut observer quelques points de divergence concernant les pratiques professionnelles et les difficultés rencontrées dans le domaine sanitaire.

Les services de santé ont besoin que la mairie applique une politique du gain exclusif (Jacob, 1995) pour améliorer la demande, notamment celle qui concerne le suivi des femmes enceintes. Les services de santé aimeraient que la mairie exige, comme cela se fait ailleurs, l'attestation d'accouchement délivrée dans une formation sanitaire pour établir le dossier de demande d'établissement d'un acte de naissance. Or les pratiques de la mairie ne vont pas dans ce sens. Elle adopte une attitude libérale (et conforme à la loi) permettant aux usagers d'établir cet acte sans attestation d'accouchement (voir sur le sujet Malo et Médah, 2007).

Comme nous l'avons précisé ci-dessus, les responsables sanitaires se sentent impuissants face aux activités de Salimata. Pour eux, ce sont les autorités communales qui devraient mettre fin à sa

²² En Europe également, beaucoup de femmes refusent la médicalisation de la grossesse et accouchent à la maison.

pratique. Ces dernières rejettent cette responsabilité sur les services de santé, en avançant qu'ils devraient d'abord régler leurs problèmes d'accueil.

Le dernier point d'achoppement entre mairie et services de santé est la prise en charge des indigents. Du point de vue de la santé, on estime que c'est la mairie qui devrait rembourser les soins que donnent les services de santé à cette catégorie de la population. La mairie rétorque qu'elle n'a pas les moyens financiers pour prendre en charge les soins des indigents. Il faut souligner que le soutien aux indigents n'est pas prioritaire pour les nouvelles communes qui connaissent d'énormes difficultés budgétaires. Dans une certaine mesure, la DPASSN compense ce déficit.

Services de santé et DPASSN

Ces deux services collaborent sur le plan administratif et sur le plan pratique dans la prise en charge des malades indigents. Ça n'est pas le cas partout et dans certains districts, chaque service traite ses indigents sans se référer à l'autre (à Boromo par exemple). Il faut préciser que les services de l'action sociale sont plus développés à Réo qu'à Boromo (Jacob et al., 2007 ; Malo, 2008).

Les services de santé ont un budget pour le traitement gratuit des indigents. Au CM, il est de 80 000 francs CFA par an, somme très insuffisante. La conséquence en est que tous les indigents ne peuvent pas être pris en charge. Les services de santé sont obligés de recourir à la DPASSN : les personnes nécessiteuses sont orientées vers ce service qui donne ou vend des médicaments à coût social. Si les médicaments ne sont pas disponibles, les agents sociaux explorent d'autres possibilités. Ils ont recours à des structures telles que la mission catholique et *Laafi z'igga* qui est une importante association et a un volet d'appui aux personnes nécessiteuses. Par ailleurs, l'Action sociale s'occupe également des malades hospitalisés sans assistance familiale. Dans ce cas, elle œuvre à la recherche des parents ou à développer la solidarité entre malades.

La DPASSN de son côté prend en charge des indigents confirmés, reconnus par une enquête sociale et inscrits sur leur liste de personnes à suivre dont elle s'occupe de façon régulière en les aidant à se réinsérer professionnellement et socialement. En cas de maladie, ces personnes sont référées aux centres de santé et leurs soins pris en charge par le service social qui ne dispose pas de liquidité mais de médicaments. Si les médicaments prescrits sur l'ordonnance n'existent pas dans leur stock, la même démarche (recours à d'autres structures) que pour les malades référés par les services de santé est adoptée.

Le Coges et la mutuelle de santé, des institutions en quête de structuration et d'efficacité dans le système de santé

Créés en vue de compléter l'offre de santé, Coges et mutuelle de santé sont des structures à construire dans la commune de Réo. Ces difficultés que rencontrent le Coges et la mutuelle de santé semblent être plutôt politiques et n'indiquent pas un manque d'intérêt de la population. Au manque de responsabilité (compétence et conscience professionnelle) des hommes se mêlent d'autres enjeux tels que la politique avec ses rivalités.

Qu'il s'agisse du Coges ou de la mutuelle de santé, les membres du bureau doivent être élus par la communauté. Or, on constate que leur élection est « politisée ». Pendant l'élection, des tracts sont jetés nuitamment et les partis politiques font pression pour faire élire certains candidats. En fin de compte, ce ne sont pas les personnes en mesure d'occuper les postes qui sont retenues mais plutôt les représentants de tel ou tel parti.

Pour la mutuelle de santé qu'on a tenté d'installer à Réo ville, la trésorière est « *une dolotière qui ne sait ni lire ni écrire et qui se fait battre par la pluie avec les factures* » selon un usager. Elle ne peut pas tenir de comptes. Le président n'est pas disponible. Pour des raisons professionnelles, il est toujours absent.

Ces carences sont souvent sources de désaccord entre les membres du bureau. Le Secrétaire Général de la mutuelle qui est un infirmier, a donné sa démission.

Dans les Coges, les membres sont soit incompetents (tel le président du bureau dissous) soit profitent de leur position pour développer leurs intérêts personnels tels l'ICP et le trésorier de ce même bureau ou les membres de celui du Coges du CSPS du secteur 9. Secoués par des problèmes de gestion, les Coges ne se sont pratiquement pas impliqués dans les questions de communication et de mobilisation sociale. Dans la ville de Réo, la majorité de la population ne sait pas ce qu'est le Coges. 90% de nos enquêtés n'ont pas su le définir ni même le reconnaître après explications. Ce qui n'est pas le cas à Boromo où, nous avons pu constater que cette structure est connue de tous et que certains usagers citent des exemples de comptes-rendus de ses AG.

La coproduction des soins de santé entre soignés et soignants

Pour que la production des soins sanitaires se passe dans de meilleures conditions, il faut que le soigné soit disponible à recevoir les soins d'une part et de l'autre, que le soignant s'investisse dans son travail. Nous allons montrer comment chaque partie collabore dans cette production commune.

La disponibilité individuelle de l'utilisateur

Dans un système de santé où l'offre est réduite et dans lequel il n'y a pas de protection sociale (ni assurance maladie ni mutuelle de santé), l'accès aux services de santé repose pour une forte part sur la capacité individuelle de l'utilisateur à se faciliter l'accès aux soins. Cette capacité se manifeste notamment par la prévision des dépenses sanitaires et la volonté de se procurer les meilleurs soins possibles.

Prévision des dépenses de santé

L'offre sanitaire tient compte dans une certaine mesure de la situation socio-économique de l'utilisateur. L'IB, avec le système des dépôts pharmaceutiques, met à la disposition de l'utilisateur des MEG à moindre coût (comparativement aux spécialités). Si le coût du médicament a baissé, il est, sauf exceptions, toujours acheté. L'utilisateur doit donc être solvable pour payer ses médicaments quand il est malade : il doit prévoir d'une manière ou d'une autre ses dépenses en la matière. Mais le contexte socioculturel et économique de l'utilisateur ne le conditionne pas à prendre de telles dispositions. Cette idée est bien résumée dans cet adage donné par un vendeur de dépôt pharmaceutique, témoin au quotidien aux difficultés des usagers.

« Un adage populaire dit qu'il faut envisager le pire et souhaiter le meilleur. Mais nous, les Africains tant que ça va, on oublie que ça peut ne pas aller un jour. Certains malades, une fois qu'on leur donne le prix des produits prescrits sur leur ordonnance, ils sont étonnés et disent que le traitement de leur mal ne nécessite pas tous les médicaments prescrits par l'agent. Ils n'achètent donc pas l'ordonnance et s'en vont pour ne pas revenir. »

A Réo, une seule personne, fonctionnaire à la retraite, est abonnée dans l'un des dépôts pharmaceutiques²³. Les usagers ne pouvant honorer leur frais d'ordonnance s'en vont pour ne plus faire signe ou demandent un crédit. Les vendeurs, victimes d'expériences malheureuses, sont réticents à le leur accorder. En l'absence de toute prévision, les dépenses sont donc payées en fonction de la capacité financière du moment de l'utilisateur. Or la plupart des usagers n'ont pas de travail salarié ou bien ne travaillent que temporairement.

²³ La situation est différente dans la commune de Boromo où il y a beaucoup d'abonnés. Les cultivateurs de coton et les fonctionnaires s'abonnent plus que les commerçants (Médah, 2007).

« Il n'y a pas de fonctionnaires ici. Nous sommes tous des paysans. Actuellement, il n'y a pas d'eau pour faire le maraîchage. On ne peut le faire que pendant l'hivernage. C'est difficile d'avoir de l'argent. Si on a eu cinq ou dix francs, on met de côté. Mais le jour où il n'y a pas à manger, on prend ça pour payer à manger. Avec les enfants, il est difficile de garder de l'argent » (Kansolé Monique, usagère secteur 9, Réo).

Les revenus étant le plus souvent insuffisants, d'autres ressources sont utilisées : la vente de biens, l'emprunt, la demande d'aide dans le réseau social.

« Nous, nous travaillons avec Dieu. On ne souhaite pas que quelqu'un tombe malade. On prie Dieu pour que cela n'arrive pas. Mais si quelqu'un tombe malade dans la famille, on vend les animaux que nous élevons pour le soigner » (Bationo Valentin, secteur 3, Réo).

Toutefois, cette vente des biens peut s'avérer périlleuse pour les plus pauvres.

« Dans notre secteur, il y avait un malade, on l'a amené à l'hôpital. Il a été hospitalisé quelques mois. Sa famille était obligée de vendre le mil du grenier jusqu'à le vider. Finalement le malade est mort et il y avait la famine dans cette famille qui n'arrivait plus à se nourrir » (une élève en classe de terminale au lycée provinciale, secteur 8, Réo).

Bien conscients de la faiblesse de leurs moyens pour faire face aux dépenses de santé, les usagers demandent à ce que l'accès aux soins ne soit pas conditionné à un paiement a priori. Nous l'avons vu, le discours dominant est qu'il faut que les centres de santé donnent les premiers soins aux malades en attendant que l'accompagnant aille chercher l'argent pour rembourser.

Cette difficulté de l'usager à s'organiser pour faire face aux dépenses de santé se fonde sur des représentations sociales particulières. L'analyse de P. Bourdieu (2000) à propos de la paysannerie kabyle souligne qu'il n'est pas donné à toutes les catégories socioprofessionnelles de prévoir. Prévoir renvoie à des évaluations complexes et une anticipation sur le long terme. Seuls les élites peuvent prévoir. Le cultivateur kabyle fait de la prévoyance (mettre les récoltes de côté pour la mauvaise saison et élever les animaux en vue de certains besoins) mais pas de la prévision. Aussi est-il mal perçu de s'inquiéter pour l'avenir, la croyance voulant que l'on fasse confiance à Dieu, seul pourvoyeur de l'avenir. Les mêmes attitudes peuvent être observées chez le paysan burkinabé.

Accessibilité à la médecine moderne

Plusieurs facteurs jouent sur l'accès aux services de santé : le choix du type médecine, la distance et la capacité à payer. Dans certains contextes comme à Boromo, la tendance est de privilégier d'autres médecines (médecine traditionnelle, médicaments de rue) faisant de la médecine moderne le dernier recours :

« La médecine traditionnelle est très répandue dans le district, les tradipraticiens étant souvent le premier recours des populations en cas de maladie » (Ministère de la santé, 2005 : 21).

En revanche, il y a, à Réo, une certaine prédisposition de la population à l'utilisation de la médecine moderne. Nous avons vu l'influence des missions à ce sujet. C'est l'inaccessibilité géographique (8 % de la population habite au-delà des 10 km de norme de distance d'un centre de santé) et les facteurs socioéconomiques qui freinent cette propension de la population à l'utilisation des services de santé.

L'incapacité à payer les dépenses de santé peut être réelle ou organisationnelle. Certaines personnes n'ont pas de ressources financières pour faire face aux dépenses de santé.

« Ceux qui ne font rien (c'est-à-dire ceux qui n'ont pas d'activité rémunératrice) ne peuvent pas gagner de l'argent pour économiser. C'est seulement ceux qui se débrouillent qui peuvent mettre de l'argent de côté » (Kamouni Georgette, secteur 1, Réo).

Généralement, on pense que les dépenses de la famille incombent à l'homme qui en est le premier responsable et, souvent, celui qui a un revenu monétaire. Les femmes qui n'ont aucun revenu dépendent entièrement de leur mari ainsi que leurs enfants. Cependant, certains chefs de famille ne sont pas solvables, soit parce qu'ils sont vraiment démunis soit parce qu'ils préfèrent réserver leur argent à d'autres fins (l'alcoolisme est un mal qui a des effets non négligeables et qui fait l'objet de plaintes ouvertes des femmes, voir également sur le sujet Malo, 2008). La dégradation de l'état de santé de certains hommes est flagrante. Leur désengagement est patent. De nombreuses femmes doivent supporter seules, sans aide aucune, les dépenses de santé et notamment celles liées à la maternité.

« Certains hommes ne s'occupent pas bien de leurs femmes enceintes. Ils pensent toujours que c'est l'ancien temps où les femmes n'avaient pas besoin de visites prénatales et accouchaient à la maison. Certaines femmes se débrouillent seules pour faire face à leur problème de santé lorsqu'elles sont enceintes » (une élève de terminal, secteur 8, Réo).

Ce désengagement de l'homme soulève parfois des conflits. Le cas d'une femme du secteur 5, vendeuse, est une illustration démontrant bien l'absence de responsabilité de l'homme, à laquelle la famille ou la femme elle-même se substituent pour les questions de santé. Cette femme a accouché quatre fois. Les deux premières fois, tout s'est passé loin de son mari. La première fois, elle a accouché à Ouagadougou chez ses beaux-parents, la deuxième fois à Koudougou chez sa belle-sœur. Les deux dernières fois, elle s'est retrouvée à Réo, chez son mari :

« Je faisais des bagarres avec mon mari pour les dépenses lorsque j'ai été enceinte les deux dernières fois. Mais comme je me débrouille avec mon petit commerce, je n'ai pas voulu accoucher à la maison, je suis allée à la maternité. Certaines femmes accouchent à la maison parce qu'elles sont obligées. Les femmes mariées qui ont des maris qui boivent beaucoup et ne veulent pas s'occuper d'elles si elles n'ont pas une petite activité leur permettant d'avoir de l'argent, comment vont-elles faire ? Elles vont accoucher à la maison. »

Difficultés de coopération dans les soins

Dans le domaine de l'observance, on constate une sélection des soins proposés aux usagers surtout dans le domaine de la santé de la reproduction. On pourrait donc parler de coopération partielle aux soins : l'utilisateur choisit ce qu'il estime être indispensable ou le plus accessible et ne respecte pas le protocole mis en place par les services de santé. On est dans le contexte d'une évaluation profane de l'efficacité thérapeutique et le patient opère un jugement subjectif sur les soins qui lui sont proposés, en dehors de toute considération médicale (Médah, 2006 ; Gobatto, 1999). Il adapte son itinéraire thérapeutique en fonction de cette évaluation. Les femmes enceintes vont par exemple aux consultations prénatales, accouchent à domicile ou chez une accoucheuse villageoise et reviennent dans les centres de santé pour les consultations post-natales et l'attestation d'accouchement. La fréquence des accouchements à domicile est importante. Comme nous l'avons expliqué plus haut, si l'accouchement hors service de santé est dû à des raisons objectives (distance ou manque de moyens de déplacement et pauvreté), il est aussi dû à des causes subjectives (convenances personnelles). On peut aussi choisir délibérément d'accoucher à domicile comme Npô Jeanne. Habitante du secteur 3 de Réo, elle a accouché trois fois dont deux en Côte d'Ivoire et une à Réo. Elle n'est jamais allée dans une maternité. Elle se rend aux CPN et aux CPON mais accouche à la maison.

« - Pourquoi n'allez-vous pas à la maternité le jour de votre accouchement ?

- Parce que je n'aime pas attendre à la maternité. Je reste à la maison jusqu'au dernier moment et il n'est plus possible d'aller à la maternité car le travail est très avancé.

- *Après avoir accouché à la maison, je vais à la maternité pour faire la déclaration de l'enfant. Les agents de santé me grondent mais qu'est-ce que je vais faire ? Je fais tout pour me rendre le jour même de l'accouchement à la maternité afin d'éviter qu'ils me grondent trop. »*

L'investissement du professionnel de santé

L'offre sanitaire connaissant d'importantes lacunes, le personnel de santé est obligé parfois de surinvestir pour que la délivrance du service se fasse. Il doit aller souvent au-delà de la compétence et des qualités normales que requiert la fonction. Sa capacité à établir une bonne relation avec l'utilisateur et à privilégier l'intérêt de celui-ci au détriment des siens est nécessaire dans certaines situations.

Établissement d'une bonne relation avec le patient

Établir une relation de bonne qualité, permettant une meilleure communication entre soignant et soigné, n'est pas toujours facile. Or un bon diagnostic dépend de la compétence de l'agent de santé mais aussi de sa capacité à mettre en confiance le patient. Les difficultés d'accueil et de maltraitance évoquées plus haut montrent qu'il n'est pas toujours évident d'établir cette relation. Certains soignants sont susceptibles si bien que les éventuelles questions ou doutes de l'utilisateur quant à leur diagnostic sont source de frustrations pour eux. Ils réagissent mal aux besoins d'explications et de compréhension de l'utilisateur qui sont considérés comme des remises en cause de leur savoir. Voici un exemple de conflit entre une élève et un agent de santé.

« Ma copine souffrait d'ulcère, lorsqu'elle est partie au CSPS du secteur 9, l'agent de santé lui a prescrit du paracétamol et de l'ibuprofène. Lorsqu'elle a demandé de changer de médicament, cela s'est transformé en bagarre et l'agent lui a dit ceci : "si tu connais ta maladie, il faut aller te soigner toi-même" Elle a dû aller voir le major du CSPS qui, en regardant l'ordonnance, a secoué la tête et a changé les prescriptions » (une élève, secteur 8, Réo).

Ce sont là des attitudes qui compliquent la relation soignant /soigné et instaure un climat délétère qui peut entraîner l'abandon du traitement ou carrément de l'établissement de santé.

L'investissement de l'agent de santé : intérêt propre vs intérêt de l'utilisateur

L'agent de santé est souvent confronté à un dilemme : s'il protège ses intérêts, ceux de l'utilisateur sont en danger.

Le soignant est avant tout un fonctionnaire en quête de promotion professionnelle. Et l'amélioration de son revenu dépend de cette promotion qu'il obtient en changeant de statut et en montant en grade, le changement de statut n'étant pas forcément lié à ses qualités de soignant :

« Aujourd'hui, pour l'État burkinabè, c'est le diplôme qui compte. Ce n'est pas le travail réellement » (accoucheuse auxiliaire d'un CSPS rural).

En revanche, si l'agent de santé est consciencieux et privilégie le bien-être du patient en essayant de lui donner les soins de la meilleure manière possible malgré les limites de l'offre, ce sont ses propres intérêts qu'il met en jeu. Par exemple, travailler dans le contexte actuel de l'épidémie du VIH/sida expose l'agent à des risques de contagion. Le kit d'accouchement se compose généralement de matériel standard prévu pour une délivrance normale. En cas de complications comme dans le cas d'une hémorragie par exemple, les gants disponibles ne sont pas adaptés pour l'examen de la parturiente. Il faut des gants de révision susceptibles de mieux protéger la personne qui fait l'accouchement et l'accouchée. Ces gants ne sont pas toujours à la disposition de l'agent de santé. Il doit donc faire un choix : soit ne pas faire l'examen ou le faire mal en cherchant à se protéger, soit faire son devoir en examinant consciencieusement, quel que soit le risque encouru. Cette accoucheuse qui explique qu' : « il faut faire avec la femme séropositive comme d'habitude, il ne faut pas qu'elle

sente qu'on la traite différemment » rappelle la norme mais seule l'observation de sa pratique permettrait de dire si elle fait partie de la première ou de la deuxième catégorie.

Il en est de même pour le cas du malade indigent qui n'a pas d'aide familiale. La sensibilité de l'agent de santé est interpellée constamment. Que faire d'un malade qui prend des médicaments offerts gratuitement sans être dans les conditions économiques nécessaires pour s'alimenter correctement ? S'il décide de l'aider, où va s'arrêter cette contribution personnelle ?

Il n'est donc pas toujours aisé de concilier l'intérêt du patient avec celui du soignant. Dans le contexte actuel de production de l'offre sanitaire, nous sommes souvent dans un jeu à somme nulle dans lequel l'avantage de l'un se fait au détriment de l'autre.

Il est possible que ces questions soient traitées différemment par les anciens et nouveaux agents de santé. Les premiers ne se reconnaissent pas dans les actes allant à l'encontre du code déontologique de la profession de santé. Et un agent de santé plus âgé les dénonce tout en expliquant les raisons de la dégradation de la conduite chez les jeunes.

« Les jeunes agents de santé sont des dealers, ils sont venus pour chercher de l'argent. Ce que nous, on ne faisait pas, c'est ce que eux, ils font maintenant. C'est le marché du travail qui est devenu contraignant et les gens ne choisissent plus leur métier par vocation mais par nécessité. Maintenant, lorsque les gens doivent faire des formations, ils réclament des perdiems alors qu'à notre époque, nous avons fait des formations pendant 10 ans sans perdiems. Les jeunes d'aujourd'hui ne veulent pas faire cela ; ils négligent le savoir. Avant, pour nous, ce qui comptait, c'était la guérison du malade ; maintenant, c'est l'avancement personnel qui intéresse les jeunes. On ne peut pas leur en vouloir, les classes à l'école de santé sont devenues la Chine populaire. Une classe peut avoir 300 élèves. Quand l'enseignant entre en classe, il ne sait pas comment donner son cours. La formation est en train de perdre sa valeur. Il n'y a plus d'évaluation et on n'enseigne plus la valeur morale de la profession. C'est ce qui explique les escroqueries qu'on observe dans les hôpitaux mais qui sont en train de s'introduire dans les centres périphériques. En matière de corruption, après la douane et la gendarmerie, c'est la santé » (un agent du DSR).

Initiatives personnelles de l'agent de santé

Dans l'organisation des services de santé, les responsables essaient de prévoir dans la mesure du possible les difficultés pouvant se poser au personnel quant à une meilleure prestation de service ou à l'accès aux soins des usagers. Des formations sont organisées pour améliorer le niveau de connaissance du personnel et par conséquent la qualité des soins. Des mesures diverses comme la gratuité sont appliquées. Toutefois leur efficacité n'est pas évidente. Afin de mieux accomplir son devoir, cela a été déjà largement souligné, l'agent de santé est obligé de s'impliquer personnellement et d'apporter une contribution privée au service public.

Toutes les difficultés rencontrées ne sont pas toujours solubles à l'intérieur du système de santé. Si l'agent s'obstine à vouloir les résoudre, il dépasse le cadre du service et doit puiser dans ses moyens propres. Le délabrement matériel du service et la misère humaine de certains malades révoltent certains professionnels de santé qui soutiennent moralement ces malades ou leur donne de l'aide matérielle afin de les secourir (voir les exemples des sidéens cités ci-dessus)²⁴.

²⁴ Voir également l'exemple de la prise en charge personnelle d'une sidéenne à Boromo (Médah, 2007 : 75-76).

CONCLUSION

L'offre de santé à Réo est une offre essentiellement primaire à cause de l'absence d'un centre de référence de second échelon : la ville possède un CM et non un CMA. Elle est géographiquement mal répartie ce qui entraîne des recours à des formations sanitaires voisines. Le service d'ambulance, peu efficace, pose d'énormes soucis aux services de santé et suscite des plaintes chez les usagers. L'offre connaît également des dysfonctionnements qui nourrissent un climat de méfiance entre professionnels de santé et usagers : insuffisance du matériel médico-technique, inefficacité de la gratuité et de la prise en charge de l'indigence, absence de système de protection sociale (mutuelle de santé), manque de communication entre formation sanitaire et usagers dû à la défaillance du Coges, trafic de médicaments, etc. L'obligation de production du service dans un contexte défavorable, dans lequel l'intérêt du patient n'a pas été suffisamment compris et pris en compte, met souvent l'agent de santé devant un dilemme : s'il privilégie l'intérêt du patient, il doit surinvestir, ce qui ne peut se faire qu'en puisant dans ses ressources personnelles. Cette réflexion est évidemment à mettre en parallèle avec les pratiques d'enrichissement illicite au travers des trafics de médicaments que nous avons évoqué. Notre enquête ne nous permet pas de dire si ce sont ou non les mêmes personnes qui surinvestissent et vendent des médicaments prohibés.

La commune de Réo ne souffre pas d'absence de demande comme cela peut être le cas dans d'autres localités, mais cette demande n'est pas encouragée. Dans un contexte de faiblesse générale de l'offre sanitaire et d'une demande en déphasage avec l'évolution de la politique sanitaire nationale, la disponibilité initiale de cette dernière se perd.

A Réo, la coproduction de l'offre fonctionne partiellement. Elle marche assez bien entre services de santé et structures administratives (action sociale et mairie). La coproduction entre services de santé et usagers est remplie de difficultés. L'utilisateur n'est pas encore prêt à jouer pleinement son rôle dans la production des soins de santé. En effet, bien qu'ayant une meilleure disposition à fréquenter les services de santé qu'ailleurs, l'utilisateur réolais n'arrive pas à faire face à ses dépenses en la matière. Il est soit trop pauvre, soit mal organisé. Il existe également des problèmes d'observance. Si la tendance de l'utilisateur est d'admettre l'offre quelle qu'en soit la qualité, il existe une aptitude à la critique chez les personnes instruites et chez les hommes. Elle dénote d'une certaine exigence de la qualité des soins. Est-ce là le début d'une prise de participation au débat public ? Sûrement, mais elle est encore embryonnaire et unilatérale : l'utilisateur réclame des droits mais n'évoque jamais ses devoirs.

Il ressort également de cette étude que l'adoption de certaines mesures recommandées et encouragées par les institutions internationales tient peu compte de la réalité locale. C'est l'exemple de la réorientation des activités des AV. Sans être une offre de qualité, elle reste un moindre mal dans le contexte actuel de l'offre sanitaire. Mais pour que cet état de fait soit reconnu, il faudrait que les autorités politiques nationales acceptent de contester les politiques qui leur sont imposées sans craindre pour les financements. C'est dans un tel contexte qu'il faut comprendre la perpétuation des maternités villageoises et des accoucheuses villageoises en milieu rural. Dans la ville de Réo où l'offre est plus étoffée, c'est le charisme particulier d'une accoucheuse villageoise renommée qui explique la résistance des parturientes à intégrer les formations sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels

Ministère de la Santé, 2003, Rôle et apports des accoucheuses de villages dans l'offre de prestation de maternité à moindre risque au Burkina Faso, Ouagadougou, 23 p.

- 2005, Plan de développement sanitaire du district de Boromo (2006-2010), Ouagadougou, 132 p.
- 2005, Plan de développement sanitaire du district de Réo (2006-2010), Ouagadougou, 97 p.
- 2005, Plan stratégique pour une maternité à moindre risque 2004-2008, Ouagadougou, 34 p.
- 2007, Guide d'orientation pour la mise en œuvre du nouveau rôle des accoucheuses villageoises, Ouagadougou, 17 p.

Études

Bazié Apollinaire, 2002, *L'action missionnaire en pays Lyela : Les œuvres socio-caritatives et éducatives de la mission catholique. (1912- 1967)*, Mémoire de maîtrise, UFR/SH, Département d'histoire et d'archéologie, Université de Ouagadougou, 140 p.

Bourdieu Pierre, 2000, *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de trois études d'ethnologie kabyle*, Paris, Seuil, 429 p.

Gobatto Isabelle, 1999, *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, collection Santé et sciences humaines, Paris, L'Harmattan, 304 Pages.

Jacob Jean-Pierre, 1995, « La socio-anthropologie européenne face aux organisations paysannes ouest-Africaines » in Haubert Maxime (sous la dir.), *Les paysans peuvent-ils nourrir le tiers-monde ?* Paris, publication de la Sorbonne, pp 215-231.

Jacob Jean-Pierre et al., 2007, *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 Récit n° 17, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 134 p.

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

Kaspar Jean, 2003, « La participation des usagers/clients/citoyens : une contribution essentielle pour la modernisation des services publics », in Kaspar Jean et al., *La participation des usagers/clients/citoyens au service publics*, Paris, La documentation française, Guide pratique, 2003, pp 9 - 11.

Kopytoff, I., The Internal Frontier : The Making of African Political Culture, in I. Kopytoff (ed.), *The African Frontier. The Reproduction of Traditional African Societies*, Bloomington, Indiana University Press, pp. 3-84.

Malo Houodié et Médah Rachel, 2007, *Citoyenneté locale et citoyenneté formelle. La délivrance des pièces d'état civil à Boromo (province des Balé) et à Réo (province du Sanguié, Burkina Faso)*, Etude Récit n° 15, Ouagadougou, Laboratoires Citoyennetés, 45 p.

Malo Houodié, 2008, *L'assistance sociale en pays lyèlè. La direction provinciale de l'Action sociale et de la Solidarité nationale du Sanguié (Burkina Faso)*, Rapport provisoire, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 31 p.

Médah Rachel, 2005, *Les injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Un geste médical révélateur des dysfonctionnements sanitaires*, mémoire de DEA, Genève, Institut Universitaire d'Etudes du Développement, 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)*, Etude Récit n°11, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 23 p.

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

Meunier Aude, 2000, *Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso*, *Mappemonde 60* (2000.4), pp 12-17.

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

Olson Mancur, 1987, *Logique de l'action collective*, Paris, PUF.

Ridde Valéry, 2007, *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, 536 p.

Études Recit

Mai 2008

- Étude n° 1 L'organisation des chances de vie dans la décentralisation burkinabè. Programme de recherche RECIT, 2004, 16 p.
- Étude n° 2 Les investissements des ruraux en milieu urbain. L'exemple des lotissements à Boromo et Siby (Province des Balé, Centre-Ouest du Burkina Faso), Delphine Langlade, J.-P. Jacob, 2004, 43 p.
- Étude n° 3 La mobilisation physique et financière dans le cadre du développement local : Exemples pris dans les provinces du Bazéga, du Boulgou et du Zoundwéogo (Centre-Sud du Burkina Faso) Maurice Yaogo, 2004, 51 p.
- Étude n° 4 La mobilisation financière dans la commune de Boromo (Province des Balé, Centre-Ouest du Burkina Faso), Tonguin Sawadogo, 2004, 42 p.
- Étude n° 5 Les prélèvements locaux dans la commune de Boromo : Une analyse des perceptions et des pratiques d'acteurs, Mahamadou Diawara, 2004, 19 p.
- Étude n° 6 Sécurité foncière, bien commun, citoyenneté. Quelques réflexions à partir du cas burkinabè, Jean-Pierre Jacob, 2005, 27 p.
- Étude n° 7 Les prélèvements en milieu rural. Les contreparties pour l'accès à la terre dans les zones de vieille colonisation et de nouveaux fronts pionniers (ouest et extrême ouest Burkina Faso), Mahamadou Zongo, 2005, 28 p.
- Étude n° 8 « L'État n'est le père de personne ! ». Étude longitudinale de la mise en œuvre d'un lotissement dans la commune de Boromo (Province des Balé, Centre-Ouest du Burkina Faso). 1^{ère} partie (2002-2005), J.-P. Jacob, J. Kieffer, L. Rouamba, I. Hema, 2005, 57 p.
- Étude n° 9 La grandeur de la cité. Migrations et reproduction politique dans trois villages moose de la vallée du Mouhoun (Burkina Faso), Luigi Arnaldi di Balme, 2006, 46 p.
- Étude n° 10 Partenaires ou citoyens ? La parafiscalité à Dédougou (Province du Mouhoun, Burkina Faso), Mahamadou Diawara, 2006, 23 p.
- Étude n° 11 Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), Rachel Médah, 2006, 23 p.
- Étude n° 12 La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres des comités de santé, Valéry 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 Les services de l'action sociale de Réo, Malo Houodié, 2008, 35p. En préparation.
- Étude n°23 Les services de l'action de Koudougou, Salam Kassem, 2008, 35p. En préparation
- Étude n°24 L'éducation primaire dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso), Issouf Héma, 2008, 35p. En préparation.
- Étude n°25 Les services de l'eau dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso), Romaine Konseiga, 2008, 36p. En préparation.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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