



LABORATOIRE DE SOCIOLOGIE
D'ANTHROPOLOGIE
ET D'ETUDES AFRICAINES

LASANEA



REVUE DEZAN

VOLUME 8, NUMERO 1, 2020

UAC, Juin 2020

DEZAN

VOLUME 8, NUMERO 1, 2020

UAC, Juin 2020

Toute correspondance est adressée au :
Comité de Rédaction de la revue DEZAN
01 BP 526 Cotonou, République du Bénin
revuedezean@yahoo.fr

Toute reproduction sous quelle forme que ce soit est interdite et de ce fait passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la production du droit d'auteur en République du Bénin.

ISSN 1840-717-X DU 4^{ème} trimestre

Dépôt Légal N°6378 du 4^{ème} trimestre

Ce numéro a été réalisé grâce à l'engagement, aux conseils et observations d'enseignants et chercheurs du Département de Sociologie-Anthropologie et d'autres entités de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey Calavi.

Nous tenons à témoigner de notre reconnaissance aux **Professeurs Michel BOKO, Guy Ossito MIDIOHOUAN, Ambroise MEDEGAN, Bertin YEHOUEYOU et Maxime da CRUZ.**

Dr. Narcisse YEDJI et Romuald T. SOSSOU ont assuré le recueil, l'agencement et la mise en forme des textes. Le tout, sous la supervision du Rédacteur en Chef par intérim **Dr. Codjo Timothée TOGBE**

REVUE DEZAN <i>Volume 8, NUMERO 1, Juin 2020</i>
--

Directeur de publication

Dr. IMOROU Abou-Bakari (MC)
Maitre de Conférences des Universités (CAMES)

Rédacteur en Chef par intérim

Dr.Codjo Timothée TOGBE
Maitre Assistant des Universités (CAMES)

Comité Scientifique

Pr. Michel BOKO (Bénin), Pr. Prospère I. LALEYE (Sénégal),
 Pr. Albert TINGBE-AZALOU MC (Bénin), Pr. Francis AKINDES (Côte d'Ivoire),
 Pr. Maxime Da CRUZ (Bénin), Pr. Thomas BIERSCHEK (Allemagne), Pr
 Yendoukoa Lalle LARE, MC (Togo), Pr. Albert NOUHOUAYI (Bénin), Gautier
 BIAOU, MC (Bénin), Pr. Mamoudou IGUE (Bénin), DANIQUE TAMASSE Roger,
 MC (Togo), MONGBO Rock (Bénin), Pr. Issiaka KONE (Côte d'Ivoire), Pr. Séri
 DEDY, Pr. Elisabeth FOURN (BENIN), Alkassoum MAIGA (BURKINA FASO)
 et Pr. Lolouvou Foly HÉTCHÉLI (TOGO) , HOUNGNIHIN Rock

Comité de Lecture

Pr Toussaint TCHITCHI (Bénin), Pr. Sylvain ANIGNIKIN Bénin),
 Pr. Paulin T. HOUSSOUNOU (Bénin), Pr. Albert TINGBE AZALOU, MC
 (Bénin), Pr Roch Gnahoui DAVID (Sénégal), IGUE Babatundé Charlemagne
 (Bénin), MIDIOHOUAN Guy Ossito (Bénin), MEDEGAN Ambroise (Bénin)

Recueil, agencement et mise en forme des textes

Dr. Narcisse YEDJI & Tokandé Romuald SOSSOU

SOMMAIRE

LE COMMERCE TRANSFRONTALIER DU POISSON TRANSFORME ENTRE LA COTE D'IVOIRE ET LE GHANA, _____	7
Aboya Narcisse & Kanga Koco Marie Jeanne	
SOIGNANTS ET VECUS DU BURNOUT A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (CUGO) DE COTONOU _____	25
Alphonse Mingnimon AFFO, Elwis Roland ASSOGBA & Grégoire Magloire GANSOU	
PRATIQUE DU RITE ASEN CHEZ LES FON DE OUIDAH : ENTRE SACRALITE ET SYMBOLISME IDENTITAIRE _____	45
John AKINTOLA	
L'ACCES A L'EAU POTABLE ET SES INCIDENCES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES DANS LE PREMIER ARRONDISSEMENT DE LA COMMUNE DE DJOUGOU AU NORD DU BENIN _____	59
AKIYO Offin Lié Rufin	
GLOBALISATION DES MŒURS, GOUVERNABILITE ET INCIVISME DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES A OUAGADOUGOU _____	75
Yisso Fidèle BACYE & Moubassiré SIGUE	
STRATEGIES D'ORGANISATION DE LA SECURITE AUTOUR DES MARCHES FORAINS DE BROBO EN COTE D'IVOIRE _____	95
BALLY Claude Koré	
FACTEURS SOCIAUX LIMITANT L'ADHESION DES FEMMES AUX COOPERATIVES PAYSANNES A AKPRO-MISSERETE AU SUD DU BENIN _____	113
BENON MONRA ABDOULAYE	
LA VERTU COMME VÉRITABLE RICHESSE DES ÉTATS CHEZ PLATON _____	129
BROU Nanou Pierre	
« IYAWO » DE KETOU AU BENIN: ENTRE HERITAGE CULTUREL ET AUTONOMISATION FINANCIERE _____	149
Cabiratou OGOUBIYI, Donald V. B. CHAOU & Dodji AMOUZOUVI	
RADIOSCOPIE D'UNE COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE AUX FINS DE VALORISATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE AU BURKINA FASO _____	165
Tionyéfé FAYAMA, Mariétou SORY & Flavienne Valérie SAWADO	
GENRE ET GESTION INTEGREE DES DECHETS SOLIDES (BALLES) ISSUS DE LA TRANSFORMATION DU RIZ DANS LES COLLECTIVITES TERRITORIALES DE L'ATACORA AU BENIN _____	191
Appolinaire D. GNANVI	
ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN MILIEU RURAL AU BURKINA FASO ET LOGIQUES D'ACTEURS : UNE LECTURE A PARTIR DE LA STREET LEVEL BUREAUCRACY _____	211
Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO	
PATRIMOINE ARCHITECTURAL URBAIN DE LA VILLE DE ZINDER : ROLE ET SIGNIFICATION DE L'HABITAT TRADITIONNEL DU DEDANS AU DEHORS _____	231
Issoufou ISSA	
MOBILES EXPLICATIFS DE LA MONETARISATION DES TRANSACTIONS FONCIERES CHEZ LES NIABOUA DE TAPEGUHE DANS LE CENTRE OUEST IVOIRIEN _____	247
Arsène KADJO ; Koffi Noël KOUASSI & Kounadi TRAORE	
CONSTRUCTION DE L'IDENTITE RELIGIEUSE DÁÁGBÓVI AU SEIN DE LA TRES SAINTE EGLISE DE JESUS-CHRIST AU SUD-BENIN _____	263
KOKOU Bessan Florentin, AFADJINOU Horace & AKINTOLA John	

LES UNIVERSITÉS PUBLIQUES IVOIRIENNES DANS LA COOPÉRATION CÔTE D'IVOIRE-JAPON DE 1983 À NOS JOURS _____	277
N'Dri Laurent KOUAKOU	
RESISTANCE DES ACTEURS SOCIAUX AUX RECOMMANDATIONS DE LA MEDECINE MODERNE POUR LA GESTION DE LA GROSSESSE A TOFFO _____	303
LALY Ambroise, CADASSOU Marcien K. S. , IMOROU Abou-Bakari & HOUNGNIHIN A. Roch	
FACTEURS LOCAUX DES ALEAS CLIMATIQUES ET MESURES D'ADAPTATION DES POPULATIONS DU DEPARTEMENT DES COLLINES AU BENIN _____	327
MAKPONSE Makpondéou	
GOUVERNANCE LOCALE DU SERVICE PUBLIC D'EAU POTABLE EN MILIEU RURAL DANS LES COMMUNES DE LALO, KLOUEKAMEY ET TOVIKLIN (MOYEN-COUFFO) AU SUD DU BENIN _____	353
Brice Hugues Serge MARIANO & Marius K. VODOUNNON TOTIN	
DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS CULTURELLES AUX FONCTIONNEMENTS PSYCHIQUES DU SOIGNANT-SOIGNÉ À L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DE COTONOU (BÉNIN) _____	369
MEHINTO Michel Mètonou	
ESSOR DE L'HEVEACULTURE EN COTE D'IVOIRE : DEVELOPPEMENT DES CONTRATS DE PRET DE TERRE CONTRE ENTRETIEN DE JEUNES PLANTS ET DE MISE EN GAGE EN SITUATION DE RECONVERSION CULTURALE _____	393
MLAN Konan Séverin	
MOUVEMENTS SOCIOPOLITIQUES AU TOGO : QUEL AGIR STRATEGIQUE ET COMMUNICATIONNEL DES ACTEURS POLITIQUES ? _____	413
Gbati NAPO	
LES ENFANTS ORPHELINS ET REBELLES DANS LES CONTES AFRICAINS : CANON D'UNE MORALE DE DIDACTISATION _____	435
Konan Germain N'GUESSAN	
LE MAGHREB AU VIIIème SIECLE : RESISTANCES A L'IDEAL ISLAMIQUE D'UNITE (720-745) _____	453
Nogbou M'domou Eric	
ENFANT, MALADIE ET GUERISON A LOUGSI (BURKINA FASO) : L'ANTHROPOLOGIE ET LA TRANSITION DES PRATIQUES DE SANTE PUBLIQUE _____	473
Natéwindé SAWADOGO	
DYNAMIQUE DES VECUS SOCIO-CULTURELS ET RAPPORT A L'ECOLE DES SENOUFU MIGRANTS DANS LA ZONE FORESTIERE DE LA COTE D'IVOIRE ____	495
SILUE Abou	
VALEURS RELIGIEUSES ET LAÏCITE _____	525
TAYORO Gbotta	
CONCILIATION VIE FAMILIALE ET VIE PROFESSIONNELLE : UN DEFII POUR LES FEMMES SOIGNANTES DU SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE A LOME _____	547
TOUDEKA Ayawavi Sitsopé & GNOUMOU THIOMBIANO Bilampoa	
GESTION DE FLUX DES ELEVES AU NIVEAU DE L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL AU MALI : INNOVATION OU ENSEIGNEMENT AU RABAIS ? _	569
Ibrahima TRAORE	
INTEGRATION DU GENRE DANS L'AFFERMAGE DES OUVRAGES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE DANS LA COMMUNE DE KLOUEKANME _____	585
GBOYOU G. Nestor ; TOBADA Alexis Babyilas ; GOMEZ COUAMI Ansèque & VISSIN Expédit Wilfrid	

**ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN MILIEU
RURAL AU BURKINA FASO ET LOGIQUES D'ACTEURS :
UNE LECTURE A PARTIR DE LA *STREET LEVEL*
*BUREAUCRACY*¹**

Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO

Université OUAGA II, Burkina Faso, E-mail : isdosi2000@yahoo.fr

Résumé

Depuis l'Initiative de Bamako, les réformes implémentées n'ont pas significativement modifié la logique des recours à l'offre publique de santé en milieu rural au Burkina Faso. Les pratiques de recours intègrent au quotidien une articulation entre divers types de recours et de relations entre stakeholders. Sur la base de ce constat, ce texte décrit les acteurs de chaque type d'offre de soins et analyse le niveau de recours ainsi que la qualité de la relation avec chaque milieu. En s'appuyant sur la théorie de la *street level bureaucracy*, ce texte lie en particulier la faible fréquentation des centres de santé formels à la carence matérielle et à des relations plus distantes avec les agents de santé. Les données de cette recherche découlent d'une enquête ethnographique conduite dans une localité rurale de l'Ouest du Burkina.

Mots-clés : logiques de recours ; système de santé ; organisation ; pratiques thérapeutiques ; rural.

Abstract

Since the Bamako Initiative, the reforms implemented in the field have not significantly changed the logic of the use of public health services in rural Burkina Faso. Recourse practices integrate a daily link between various types of recourse and stakeholders relationships. On the basis of this observation, this text describes the actors of each type of care offer and analyzes the level of recourse as well as the quality of

¹ Une partie des données de cet article est issue du projet "Fragile Future. Rural lives in times of conflict". Il s'agit du projet numéro 11-014KU qui a bénéficié du soutien de l'organisation danoise DANIDA soutenant le développement de la recherche.

the relationship with each environment. Based on the theory of street level bureaucracy, this text links in particular the low attendance of formal health centers with material deprivation and more distant relations with health workers. The data in this study derive from an ethnographic survey conducted in a rural locality in western Burkina Faso.

Keywords: appeal logic; health system; organization; therapeutic practices; rural.

Introduction

Ce texte cherche vise à expliquer les difficultés fonctionnelles de l'organisation du système de santé du Burkina Faso, appréhendé dans une perspective rurale. L'analyse s'appuie sur la théorie de la *street level bureaucracy*. Forcée dans la sociologie de M. Lipsky (2010), la *street level bureaucracy* est une vision théorique du monde social orientée en particulier sur l'appréhension des services publics de l'État. Elle décrit l'existence d'une sous-culture bureaucratique se rapportant à une expérience commune des conditions de travail chez les agents du service public qui interagissent dans un sens qui bénéficie et sanctionne la structure, et délimite les vies et les opportunités des populations. Les acteurs de la *street level bureaucracy* sont alors les *street level bureaucrats* dont l'action est d'utilité dans la délivrance des services publics et une extension de l'influence et du contrôle de l'État. Si donc l'investissement public de l'État se traduit par une influence donnée sur les conduites, l'importance des recours non formels et non étatiques montre que les agents de santé n'ont pas une emprise déterminante sur la conduite sociale en santé des populations. Cette théorie se tient dans un contexte de vie rurale où le système public renferme des défaillances à plusieurs niveaux : économiques liés à la pauvreté ; politiques liés à la dégradation des conditions sécuritaires et à l'instabilité sociale ; sociologiques liées au domaine des représentations sociales et écologiques en rapport avec la dégradation des conditions naturelles (R. Zerbo, 2016 : 43).

Ces défaillances et la sous-culture de l'institution sanitaire projettent un environnement dans lequel la politique publique ne croise pas toujours les attentes des populations (R. Massé, 2001 : 9). Dans ce contexte particulier, les perceptions et attentes sur les structures de soins publiques sont considérablement liées à la mise en scène de ces « bureaucrates » dont la responsabilité est directement interpellée à ce niveau.

1. Démarche méthodologique

La recherche s'est effectuée dans la commune rurale de Bama située à l'Ouest du Burkina Faso. Cette localité rurale est marquée par la coexistence de populations provenant de diverses ethnies du pays. Ces populations se sont pour la plupart installées pour des raisons économiques (O. Nébié, 1996). Bama est un périmètre aménagé de la vallée du Kou est situé au nord-ouest de Bobo-Dioulasso, à 25 km sur la route de Bobo-Faramana-Mopti (Mali). Au plan administratif, c'est une commune composée de 21 villages plus quelques hameaux de cultures. Le chef-lieu de la commune est aussi appelé Bama, abrite le site où git le périmètre aménagé de la vallée du Kou. Les populations de Bama parlent couramment deux principales langues nationales du pays (le mooré et le dioula). La taille de la population estimée à près de 70000 habitants (Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation, 2008).

Les données utilisées dans ce texte proviennent d'une recherche ethnographique. Cette enquête s'est déroulée en 2014 et la méthode de l'entretien a été déployée pour la collecte des données. Les entretiens approfondis et les observations réalisés ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les données collectées ont également permis de réaliser des histoires de vies. Les lieux de collecte ont été divers. Cette diversité est liée à la nature de la collecte. En effet, chaque entretien approfondi est un dialogue long avec une personne impliquant une interaction personnelle où chacun s'engage fortement ; et aussi une interaction solennelle avec un minimum de mise en scène, de cérémonial (S. Beaud & F. Weber, 2015 : 177-178). Aussi, la disponibilité ainsi que le souhait des personnes enquêtées ont été respectés dans le choix des lieux d'entretiens.

Ainsi, les données ont pu être collectées auprès des agents de santé dans les enceintes des deux centres de santé publique de la localité (CSPS et CM); des acteurs associatifs au niveau du siège des associations ; dans le domicile de certains agents de santé communautaires (ASC) et des membres des comités de gestion des structures de santé (COGES); dans les cliniques des tradi-thérapeutes ; à l'église, au domicile ou autre lieu de rencontre et de disponibilité des agents de la communauté religieuse de prière.

2. Résultats et discussion

Les structures formelles de soins (structures de soins médicaux)

éprouvent des difficultés organisationnelles et de fonctionnement : manque d'équipements biomédicaux, absence de laboratoire d'analyses, pénurie et rareté de l'électricité, relations difficiles entre les professionnels de la santé et les populations dans le cadre des soins. Dans le même temps, les offres de soins informels de nature diversifiées gardent une emprise importante sur les comportements de recours thérapeutiques. Sur 10 patients venant consulter au CSPS, en moyenne 8 d'entre eux ont d'abord recours à la médecine traditionnelle ou à l'automédication. Les populations recourent donc aux deux types d'offres, mais la majorité des personnes interrogées affirme que la rencontre avec les offres informelles renferme moins de griefs que dans celle de l'offre formelle.

Le système de santé formel

2.1.1 Similitudes et dissemblances entre les deux structures de soins

La ressemblance entre les deux structures formelles de santé à Bama est d'abord physique, déterminée notamment par des caractéristiques spatiales et des infrastructures presque en nombre identique. Cette ressemblance physique s'explique par le fait que toutes les deux structures ont été construites selon le schéma du CSPS. Elles sont dotées du reste de capacités d'accueil, presque similaires et il est possible de faire une confusion entre le CSPS de la Vallée du Kou et le CM de Bama. Trois principales infrastructures sont remarquables de part et d'autre. Il s'agit du dispensaire prolongé de la salle d'hospitalisation, de la maternité qui assure le fonctionnement des consultations pré et post natales, et du dépôt pharmaceutique pour l'approvisionnement et la vente des médicaments. Le type de fonctionnement communautaire est défini à travers des comités de gestion des structures de soins (COGES), et l'implication d'agents de santé communautaires appelés ASC. On observe que les deux structures de santé font face à des problèmes matériels, souvent une insuffisance de ressources humaines qui selon l'observation faite sur le terrain se ressentent surtout dans les maternités.

Cependant, des distinctions existent à l'intérieur des points de ressemblances physiques, matériels, et sociaux. Déjà sur le plan physique, le CM dispose d'un service de médecine générale, contrairement au CSPS. Aussi, la prestation sanitaire est-elle placée sous la responsabilité hiérarchique du médecin généraliste, alors que le CSPS est dirigé par l'infirmier chef de poste (ICP). Dans le même sens, la ressemblance physique des locaux est liée à un retard

structurel dans la mise en œuvre des dispositifs de transformation infrastructurelle censés accompagner le changement de statut de la structure médicale de Bama devenue Centre médical. En plus des locaux classiques du CSPS, le CM doit disposer de locaux additifs dont le laboratoire d'analyses médicales, le service de consultation de médecine générale, un plateau technique plus relevé. Tout cela manque au rendez-vous, même si le démarrage du chantier visant la transformation physique a été entamé.

2.1.2. Obstacles matériels et raison politique

L'absence d'un laboratoire au centre médical de Bama, à l'instar des autres limites techniques retentit négativement sur la qualité de la prestation de l'offre, mais aussi sur le crédit de l'agent de santé. Un enquêté en parle en ces termes : « *Au moins s'il y avait un minimum, le laboratoire, pour faire les examens de sang. Mais il n'y a rien.* » (S.P., homme marié, la quarantaine, infirmier à Bama, ce 15/06/2014).

Si une grande distance technologique peut être source de distance avec le patient, l'inexistence du minimum forme un enjeu de responsabilité qui traduit un aveu de limites matérielles objectives chez les bureaucrates. Ces limites entament le crédit vis-à-vis du système de santé local. En déplorant ce fait, les agents de santé adoptent une posture de victimes impuissantes à qui il est confié une sorte de mission impossible.

Ce sentiment est toutefois atténué en ce qu'il rencontre le point de vue de la population se sentant par ailleurs victime d'une injustice politique. Plus précisément, de nombreuses personnes, pour ne pas dire toutes les personnes pensent que l'infrastructure sanitaire de Bama n'est pas à la hauteur de son statut comparé au village voisin qui abrite le district sanitaire auquel est rattachée l'offre sanitaire formelle. Par conséquent, le village voisin dispose d'une infrastructure sanitaire plus importante (Centre Médical avec Antenne Chirurgicale ou CMA) bien qu'il soit perçu comme moins stratégique que le premier sur le plan géographique et démographique, et aussi moins important sur le plan économique. Pour résumer la situation, le village du district est d'abord géographiquement moins distant de la ville de Bobo-Dioulasso (l'échelon régional supérieur de l'organisation sanitaire). Ensuite, ce village est moins peuplé que Bama et est caractérisé par son apparence plus petite et possédant moins de « bâtiments moderne », et moins d'indicateurs de développement économique (cas de l'électricité). Selon l'avis de plusieurs personnes, il n'est pas logique

que des infrastructures sanitaires plus importantes soient situées dans un village plus éloigné de la ville. Cette critique est plausible au vu des difficultés de fonctionnement rencontrées par le CMA, en particulier la faible performance qu'on lui prête dans le cadre de la prise en charge des malades référés de Bama. La difficulté majeure indexée est le manque d'approvisionnement courant en électricité. L'absence d'électricité serait à l'origine de nombreux décès survenus en cours d'évacuation. Selon quatre (04) agents de santé interrogés à ce sujet, l'absence d'électricité courante ralentit l'usage du matériel médical indispensable à la réalisation des examens biomédicaux et des interventions chirurgicales, d'où les pertes en vies humaines enregistrées parfois dans la liste des malades référés dans l'urgence depuis Bama. Outre le problème d'électricité, une absence de réactifs est soulignée comme une difficulté qui se pose souvent face à la nécessité d'une prise en charge urgente des malades. A ce niveau, il est donné de voir que ces agents de santé se soumettent au respect des normes du système sanitaire, en dépit de leur opinion personnelle qui légitime la requête de la population des usagers des services de santé. Voici ce qu'affirme un enquêté :

« Bon on les comprend hein, waih parce que moi-même j'ai fait Dandé, c'est pas facile ! Voilà, il n'y a pas l'électricité et puis souvent là-bas aussi ils sont limités même par exemple l'examen de laboratoire on part souvent on dit que les réactifs sont finis, ha or c'est urgent ! On demande un bilan comme ça c'est urgent ! Or si on part on dit que y a manque de réactifs c'est pas, c'est pas facile. Donc les malades préfèrent aller directement à Bobo. Nous on les comprend. Ou bien faire des radios comme ça, à Dandé, il n'y a pas de radio. Voilà, et puis aussi à Dandé ils ne peuvent pas faire tous les examens. Ils sont un peu limités. Donc à Bobo quand ils peuvent vous prendre en charge là-bas totalement, on les comprend. Voilà ! » (K.P., homme marié, la trentaine, 3 enfants, agent de santé au CM de Bama, ce 24/06/2014.

L'incapacité à soutenir la raison contre la règle sanctionne l'inexistence d'une culture de la revendication, qui se ressent par un souci d'adaptation constante à la pénurie du matériel d'usage. Il est régulièrement fait mention de rupture de tests rapides du palu ou TDRs, d'absence de gants, de l'exiguïté des salles de consultation, de la vétusté et de l'absence de grillages de protection anti-moustique dans la salle d'hospitalisation, d'insuffisance des tables de consultations, de dysfonctionnement du four d'incinération des ordures médicales (seringues, cotons et compresses tachetés de sang, etc..) etc. Les populations ont intériorisé cette réalité du manque et la fréquentation des structures de soins est raisonnée en tenant compte

de cette probabilité de l'insatisfaction. Les carences matérielles ont une influence négative sur l'utilisation des services de santé (F. Mugisha *et al.*, 2004 : 7). Outre l'expression d'une conscience collective des carences matérielles, la responsabilité des bureaucrates dans l'ordre des dysfonctionnements de l'offre publique de soins est évoquée.

2.1.3. Des dysfonctionnements dus aux « bureaucrates » ?

Dans sa conception de la bureaucratie, Max Wéber parle d'une rationalité légitime ayant pour fondement une raison « obligatoire et exemplaire » où le devoir d'obéir implique aussi bien le dominant, chargé d'appliquer ce pouvoir que le dominé qui lui obéit : il s'agit d'une règle de droit (H. Treiber, 2010 : 6). Une telle rationalité est conçue pour garantir un fonctionnement optimal de l'institution bureaucratique. Le respect des règles de droit de part et d'autre de l'organisation interne bureaucratique est donc indispensable au bon fonctionnement de l'institution bureaucratique. Cette considération sur la bureaucratie exclut la possibilité d'une raison extérieure à celle qui façonne la relation à travers la prescription du droit. Dans le contexte étudié, l'idée de la bureaucratie implique à l'opposé des prises de rôles d'acteurs communautaires. Les difficultés dans le fonctionnement du système de santé communautaire attestent souvent des échecs de sa mise en œuvre. Et parmi les griefs qui sont relevés, un déficit d'appropriation ou une absence totale d'emprise de la communauté sur les structures de santé peut être notée. L'idée paraît pourtant bien pertinente, à penser que l'implication de membres dans une communauté permettrait une représentativité des populations, par un reflet des attentes et une articulation équilibrée entre agents de santé publique de l'État, et les populations, mais le bilan qui est dressé est celui d'un échec (S. Haddad, A. Nougara et P. Fournier, 2006 : 3). Dans cet échec, la responsabilité des agents de santé et des agents communautaires prenant part au jeu de l'offre sanitaire, est dépeinte au tableau de la dichotomie entre une « *politique hospitalière et des pratiques inhospitalières* » (D. Fassin, 2000 :1) : une réalité qui consolide une représentation sur les professionnels de santé dans les centres de soins

2.2. Le CSPS perçu comme un milieu d'affaires

Si les choses ne marchent pas, c'est la cupidité et l'absence de compassion et parfois de moralité des agents. Telle est une vision commune à plusieurs personnes qui renvoient à la représentation du

système de santé, l'image qu'ils se forment sur les agents de santé. Cette conception est objective et fondée si l'on se fie à l'explication suivante : l'espace de soins primaires est perçu comme un territoire étatique, ce qui alimente l'idée d'une entité supérieure à la communauté, une entité composée de cadres profitant d'une position de pouvoir. Vu comme tel, l'agent de santé serait en tant que fonctionnaire au contrôle de l'appareil sanitaire, locataire d'un institut d'Etat dont il a la charge du bon fonctionnement et du profit considéré alors comme un profit personnel. De ce fait, l'unité fonctionnelle est admise entre l'agent de santé et l'outil du CSPS. Par ricochet, le CSPS peut théoriquement être un outil de profit, dont le droit légitime d'occupation de l'espace légitime également le contrôle de la caisse du dispensaire et de la maternité. D'une part, cette perception reflète une méconnaissance du système de santé communautaire, et précisément les limites définies au pouvoir de l'agent de santé, ainsi que la charge d'implication personnelle que la notion de participation renferme. D'autre part, la faible connaissance pourrait être analysée telle la conséquence d'une occupation stratégique de l'espace sanitaire visant à légitimer la protection du profit, par le clientélisme, la corruption, et les détournements (F. Ouattara, 2002 : 2). A cette activité, les organes de participation communautaires (COGES) pratiquement méconnus dans la dénomination, sont entrevus simplement comme un personnel de santé subalterne issu de la masse, mais qui est tout aussi complice du personnel médical. A contrario, le personnel communautaire n'agit pas contre cette vision à travers le COGES dont les représentants, également assez ignorants sur leur rôle se conçoivent comme des personnels institutionnels de soutien aux prestations sanitaires de l'agent médical. L'un des premiers responsables de l'organisation s'exprime en ces termes :

« Dans le COGES nous représentons le village, la population, nous sommes entre la population et les agents de santé, nous travaillons à ce que les activités dans les centres de santé aillent de l'avant, nous recueillons les informations au sein de la population pour les agents de santé et nous transmettons les informations des agents de santé à la population par exemple les sensibilisations... il y'a d'autres qui ne savent pas que l'infirmier en question est en train de faire de son mieux, il y'a d'autres qui croient qu'il faut que quand il soigne il faut forcément que ça réussisse » (G.B, homme marié, responsable COGES de l'une des structures de santé de Bama, ce 30/10/2013).

Selon le propos ci-dessus, l'agent de santé aurait tous les droits, s'agissant de sa pratique et de l'issue des soins qu'il propose au patient. Le rôle de représentation du village ne trouve aucune

cohérence dans l'idée explicite d'une mise en interface entre la population et le milieu des agents de santé, ce d'autant qu'il s'agit d'œuvrer dans l'optique d'instaurer une culture d'enrôlement pacifique du premier groupe à la philosophie du second. Il est demandé à la population de tolérer et de s'abandonner au bon sens et à l'instinct de liberté de l'agent de santé dont la qualité d'expert médical lui vaut le droit d'échouer dans sa mission de soins sans écoper d'aucune plainte. De cette représentation, la méconnaissance du système communautaire et en particulier des acteurs représente donc un enjeu saisissable. Les agents communautaires feignent d'ignorer leur rôle, ce qui est le cas de la plupart, mais pas de tous car certains sont bien informés sur leur statut. Ceux qui ne parlent pas ont d'une part intériorisé une situation de rapports de forces inégales, et d'autre part admis un mode d'usage des COGES qui fait d'eux des collaborateurs privilégiés des agents de santé, fonctionnaires de l'Etat, et dépositaires du pouvoir ultime de décision sur la vie du CSPS. L'agent de santé, surtout quand il occupe une position supérieure parmi ses collègues forge dans la conscience collective le droit de vaquer à d'autres affaires, réorganiser le service de santé pour profiter de plus de jours, ou de temps libres dans la journée, qu'il soit de garde ou non. Comment ne pas le traiter comme un homme d'affaire libre et puissant, surtout quand plusieurs personnes pensent qu'il exploite le dépôt du CSPS, au vu et au su des membres du COGES que de nombreuses personnes considèrent aussi comme des sous-agents de santé ? De collaborateurs, ils deviennent alors complices des agents de santé, et tout aussi concernés par la plainte de surfacturation de l'ordonnance, de détournement du dépôt pour un intérêt personnel, de manque de motivation dans le travail, et d'absence de compassion, toutes choses qui reflètent un éloignement profond de l'idéal de participation communautaire (F. Ouattara, 2002 : 5-6). Le concept de participation communautaire apparu courant les années 1970 a fait l'objet d'un usage déviant à l'intérieur de l'action publique de développement en Afrique (V. Michener, 1998 : 1). Il n'est pas suffisamment centré sur l'acteur et dans ce sens le pouvoir reste concentré entre les mains des agents de santé contre lesquels la critique s'établit fortement dans l'absentéisme chronique de certains agents en particulier les premiers responsables des CSPS. Cette attitude semble être planifiée à travers la bureaucratisation des tâches dans les CSPS (Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, 2003 : 46). Ce fait est dénoncé dans les structures de santé de la localité. Il constitue du reste un objet de plainte issue de la hiérarchie. Une note du Médecin Chef du District en 2014 rappelle à

l'ordre les professionnels de la santé sommés de s'en tenir au strict respect de la loi. La note dit ceci :

« Il m'a été donné de constater que certains CSPS se vident complètement de leur personnel ou bien une seule personne assure le service durant une semaine. Cette pratique étant interdite par l'article 16 de la loi 013/98/AN du 28 avril 1998 qui stipule que les agents de la fonction publique sont tenus de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle à l'exercice de leur emploi ; d'être présents à leur service pendant les heures légales, et d'accomplir par eux-mêmes les tâches qui leur sont confiées. Ainsi, j'interpelle tout agent à éviter les absences régulières au poste. Tout manquement à cet article s'exposera à des sanctions disciplinaires prévues par la loi 013/98/AN du 28 avril 1998 » (Article 16 de la loi 013/98/AN du 28 avril 1998).

Ce message illustre l'existence d'un conflit cognitif entre la conception initiale d'une fonction publique et l'usage matériel des avantages de la formule communautaire dans un espace rural. D'une part, les règles de la vie bureaucratique et du travail public de l'Etat constituent les lieux incompressibles d'identification de l'agent de santé, en tant que fonctionnaire de l'Etat. L'institution publique est régulée par le cadre de l'organisation et de la contrainte quotidienne : le fonctionnaire par définition est saisi comme celui qui a un bureau et qui a pour rôle et devoir de se rendre tous les jours au travail, et de faire ce pour quoi il est rémunéré mensuellement. Ce n'est pas un contrat de mission ponctuelle mais une disposition qui implique un engagement quotidien et un service à des heures permanentes et ce, dans une durée déterminée. D'autre part, le contexte de l'offre de services face aux réalités pratiques des attentes collectives des populations favorise l'initiative d'une relecture des dispositions formelles pour instaurer de nouveaux principes de fonctionnement et d'organisation du travail qui, en interne répondraient plutôt à la logique du gentleman agreement. L'émission de la note est un acte de remise à l'ordre et de rappel du dispositif juridique restreignant toute entreprise de réforme du régime du travail et de l'emploi du temps des travailleurs. Elle pose l'interdit du contournement ou de la révision arbitraire du calendrier et du régime de travail des agents de santé, même si cette révision est présentée comme collégiale. La stratégie de la règle à deux vitesses est dénoncée comme arbitraire là où, jouissant d'un statut de fonctionnaire dans une collectivité rurale, l'agent de santé croit disposer de la légitimité à réformer les normes en faisant en sorte que cette transformation l'arrange, même si elle a par ailleurs un impact négatif sur le fonctionnement des services de santé. Effectivement, les plaintes sur la lenteur des services, ou la désertion du poste de garde par les

agents de santé sont relativement importantes. Dans la routine, ces difficultés recensées dans le système formel influencent négativement la vie des différents acteurs qui se comportent en conséquence, en témoigne la fréquentation non systématique des centres de santé constituant le plus souvent un choix secondaire. L'influence négative des bureaucrates de l'offre formelle se tient alors que le système de santé dans lequel les acteurs du milieu informel occupent également une place significative.

2.3. Le système de santé informel

2.3.1. Les « tradipraticiens »

Dans le village de Bama, l'ampleur du recours vers un type de soins n'informe pas habituellement sur la conception mystique ou naturaliste de l'origine du mal : c'est le cas des recours chez les tradithérapeutes. Chez plusieurs personnes en effet, le déterminant économique agit à sens ou à contre-sens. En effet, la conception bio-naturelle de la maladie est très souvent admise, et sous-tend le recours simultané ou progressif à des soins formels oscillant entre l'automédication et le recours au dispensaire ; de même que des recours informels reposant sur l'usage supplémentaire de plantes, ou la consultation d'un guérisseur. Il s'agit rarement d'aller directement vers un devin, sauf si les échecs thérapeutiques s'accumulent.

Il se présente deux catégories de guérisseurs qui agissent différemment dans l'offre de soins informels : les devins et les naturalistes. Cette division correspond à celle qui ressort dans les travaux de D. Bonnet (1988) sur la société moose. En effet, l'auteure distingue dans son observation le devin non guérisseur et le guérisseur non devin (D. Bonnet, 1988 : 83). Le premier acteur est capable de diagnostiquer les causes de la maladie, et d'indiquer des sacrifices à faire par le mécanisme de la divination. Quant au guérisseur non devin, il ne pratique nullement la divination, mais établit un rapport physique avec le malade. Par conséquent, il peut arriver qu'il identifie l'origine du mal et donne des remèdes, ou qu'il échoue à savoir de quoi souffre le malade. Dans ce cas, il peut décider d'orienter le malade vers un devin.

Dans le milieu d'étude, les devins sont ceux qui affirment officier à l'aide de pouvoirs supranaturels. Ils se distinguent de ceux qui se prétendent guérisseurs naturalistes, et qui a contrario se légitiment parfois par le don de la connaissance des plantes vertueuses.

2.3.2. Les devins

Les deux devins qui ont été observés et interviewés prennent en charge la maladie seulement lorsqu'ils ont établi qu'elle provient d'une origine divinatoire. Ils attestent tous avoir généralement affaire à deux types de malades : le malade qui se présente directement à eux, et celui de longue date n'ayant pas retrouvé la santé à travers des recours formels. Les devins se disent spécialistes de l'annulation de sorts, ainsi que de promotion des vœux et projets personnels qu'ils aident à concrétiser via leurs djinns. Face au malade qui recourt directement à lui, le devin se donne la charge de définir la cause de la maladie. Après le diagnostic de la maladie, un devin affirme qu'il ne perd pas le temps avec les malades s'il s'agit selon lui de maux ordinaires : il réfère ces cas au CSPS. Par-contre, s'il s'agit d'une maladie provenant d'une cause divinatoire, il prescrit des remèdes au malade. Pour les autres motifs (projets et vœux personnels), il s'avoue fort intéressé par ces cas qui consolident sa renommée. Mais autant que certains de ceux qui le connaissent et viennent le consulter de très loin se cachent plus ou moins (notamment par des visites nocturnes), autant il noie l'occultisme de sa pratique en se présentant comme guérisseur devin. Il essaie également de dissimuler le caractère lucratif de l'activité qu'il mène. A cet effet, il n'ose pas attribuer ses richesses visibles au résultat de son activité, mais plutôt aux bienfaits de sa pratique qu'il prétend reconnue et récompensée par des bénéficiaires supposés sous forme de cadeaux prestigieux.

Dans le registre des soins informels, les devins se présentent comme guérisseurs en mettant en avant des attributs répondant à une logique divinatoire. En marge de cette catégorie se tient aussi celle des guérisseurs dits naturalistes qui prescrivent des remèdes à base de plantes et de racines.

2.3.3. Les guérisseurs traditionnels ou naturalistes : cas du pédiatre

Ils sont relativement peu nombreux les prétendus naturalistes comme ce thérapeute surnommé le « pédiatre » dans sa localité. Ces guérisseurs se revendiquent naturalistes et sont massivement consultés par des patients s'inscrivant souvent moins dans un cadre d'une consultation exclusive que dans une optique d'extension ou d'accumulation des recours. Le « pédiatre de Bama » est ainsi appelé parce qu'il a conquis une réputation dans le domaine des soins des enfants, bien qu'il soigne toutes les catégories d'âge sans distinction. Il utilisait les plantes pour soigner, mais au-delà de son activité, il était

connu et respecté comme le plus illustre des chasseurs de la localité. Sa réputation autour de l'activité de la chasse a rejoint celle de guérisseur traditionnel pour illustrer une biographie dépeinte avec beaucoup de passion et d'admiration.

Jusqu'à l'heure de sa mort, ce monsieur était en effet reconnu comme tel : un grand guérisseur et un chasseur qualifié de légendaire, et dont la compétence était du reste toujours, sollicitée par la communauté. La chasse est représentée comme le lieu du mystère ou pour être clair, le lieu d'acquisition du savoir conférant la compétence médicale à ce vieil homme.

Le crédit porté à ce thérapeute semble aussi significativement lié à cette clause de la gratuité de principe qui double son prestige social de chasseur d'une image de marque qui se renforce : celle de l'humaniste qu'il serait. En outre, sa réputation repose bien considérablement sur des succès thérapeutiques contés dans les quatre coins du village. De là donc, le surnom de pédiatre, et la popularité auprès de jeunes mères qui par dizaines, vingtaines, voire par centaines accourent à lui. L'itinéraire thérapeutique des femmes porteuses de nourrissons ou d'enfants en bas-âge reste toujours caractérisé par une fréquentation des tradi-thérapeutes et par le self-recours aux plantes médicinales, même si les services de soins maternels notent une adhésion plus massive des femmes aux programmes de consultations et de suivi avant et après l'accouchement. Le choix des recours pour l'enfant malade est alors raisonné à partir de la confiance et de l'expérience passée de traitement. Cette expérience passée n'est pas forcément une expérience personnelle mais peut être celle des autres que l'on emprunte. Cette expérience sert d'inspiration sur le profil thérapeutique qui sied, sans pour autant que soit exclue une catégorie spécifique de soins. Cela veut dire que le choix d'aller au dispensaire pour tel mal n'exclut pas le recours ultérieur de la médecine traditionnelle. Mais pour autant, les soins requis à la médecine traditionnelle revêtent parfois une base préventive, ou un sens étiologique non défini dans les soins formels. C'est le cas des soins pour éviter que l'enfant ne soit maladif, ou pour éviter une dentition douloureuse, ou encore pour accélérer l'acquisition de la faculté de la marche chez l'enfant. Toutes ces raisons se combinent dans les motifs de consultations chez le pédiatre et chez d'autres praticiens. Il prévaut en matière de constructions de recours thérapeutiques, une translation qui se matérialise par un ordre de sélection raisonné. C'est une logique de choix qui dans un nombre considérable de cas s'impose non de fait

par un ensemble symbolique articulé (S. Fainzang, 2000 : 19), mais par une nécessité résultant d'un constat pratique qui n'est autre que l'échec ou l'inefficacité de la prescription médicale du dispensaire. Une conception est de manière récurrente reliée à l'association des thérapies. C'est l'idée que les médicaments du dispensaire et ceux de la médecine traditionnelle seraient d'une efficacité complémentaire. De ce fait, les limites de l'une se perçoivent comme une occasion légitime de passer à autre chose. Il faut souligner alors qu'une partie importante de la population des femmes porteuses d'enfants vient consulter le tradi-thérapeute en ayant déjà essayé les soins du dispensaire sans une réelle satisfaction. L'ambition est alors de renforcer l'efficacité du résultat perçu dans l'évolution de l'état clinique du malade. Cette aspiration au meilleur être figure désormais dans la philosophie des recours aux soins de santé.

Ainsi, à partir de la trajectoire de la médecine traditionnelle, le développement des recours aux soins formels privés et la rationalisation de la consultation au dispensaire dénotent d'une conduite médicale empreinte d'un désir de reconnaissance : il s'agit d'une volonté de participation légitime à la décision du soin, et non pas d'une relation d'autorité et de soumission rendant difficiles les rapports entre soignants et soignés dans le système formel (Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, 2003 : 36). En présence du pédiatre, les femmes sont regardées comme habitantes de la communauté et membres de la communauté. Elles sont parfois même identifiées par leur famille d'appartenance, ou le lien filial qui les lie directement ou indirectement à ce dernier. Dans le sens inverse, plusieurs définissent un lien parfois illustratif. C'est le cas de cette dame, agent de santé qui était venue chercher des plantes chez celui qu'elle appelle affectueusement son grand mari. De l'explication qu'elle donne à cette appellation, le pédiatre est un cousin éloigné de son époux défunt. Aussi, puisque ce dernier est plus âgé que son mari décédé, elle l'appelle tout simplement son grand mari. Le pédiatre répond de manière relativement agréable à cette appellation. Ne se plait-il pas lui aussi à dire à cette patiente, « tu es ma femme », ou à demander à cette autre, « occupe-toi de ton vieux mari ? ». Bien au-delà, le pédiatre a au fil de l'âge organisé la participation active des patientes dans la cueillette des plantes qu'il leur prescrit.

La démarche est simple : si une femme vient en consultation avec son enfant, une fois le diagnostic établi, le vieil homme lui demande d'aller cueillir telle feuille ou telle plante. Il lui montre précisément où elle peut trouver cette plante. Si elle ne connaît pas la plante, il lui explique davantage, ou profite du passage de son dernier fils pour l'envoyer à la

place de la femme. Une fois la plante cueillie, c'est le pédiatre lui-même, ou son dernier fils (si celui-ci est de passage) qui se charge de la conditionner dans une marmite en terre pour elle. Il y ajoute parfois des poudres, des racines, ou autre chose, selon la pathologie. A cette étape, la thérapie du pédiatre se présente toujours comme une activité banale pouvant être reversée sur la simplicité de la connaissance ordinaire, notamment par le mélange de feuilles, racines, plantes, et poudres pour produire le remède qui sied. Dans le système d'offre de soins, le « nakido » tient aussi sa place dans la pratique des recours populaires aux soins.

2.3.4. Nakido ou vendeur ambulant de médicaments

C'est l'un des noms populaires donnés au marchand ambulant de médicaments officiellement interdits à la vente. C'est une catégorie d'acteurs dans l'espace de l'offre sanitaire informelle. Les « *nakidos* » pratiquent généralement la vente ambulante, et sont composés surtout de jeunes adolescents de sexe masculin. Les « *nakidos* » comme on les appelle sont parfois équipés de bicyclette au moyen desquels ils sillonnent le village de Bama. Ils se rendent également dans les villages voisins, mais ont parfois tendance à prendre des places assises dans les marchés. Cette activité est tolérée dans la vie des populations. Elle participe à déterminer leurs choix thérapeutiques. Le recours aux « *nakidos* » est une conduite qui, pour plusieurs personnes, relève de la routine. La présence et la proximité sociale et spatiale de ces acteurs renferment du reste un caractère suggestif. Par exemple, au cours d'une interview, il a pu être aperçu comment les femmes et les hommes se rapprochaient de ces personnes lorsqu'elles apparaissaient aux portes de leurs concessions. C'est presque toujours une occasion pour demander s'il y a un médicament pour soigner tel mal, ou pour s'approvisionner en paracétamol ou en « toupaye » utilisé notamment pour soigner les maux de ventre. Plusieurs mères que j'ai rencontrées m'ont confié qu'elles offraient ce produit à leurs enfants. La pratique des « *nakidos* » rend compte des facteurs du recours non systématique ou tardif aux centres de santé publique. L'activité est pourtant interdite par l'Etat. La cause commune défendue est la probable mauvaise provenance, et la mauvaise conservation de ces produits. Dans le milieu formel, presque tous les agents de santé ont aussi cette lecture bivalente. Certains pensent qu'il est possible de trouver de bons médicaments dans ces lots vendus comme de petits pains. La répression de l'activité vient alors de ces doutes mais reste également liée à des enjeux économiques manifestes déjà à un niveau micro-

communautaire. En effet, il est possible de constater déjà ici que la répression policière est de nature dissuasive, si ce n'est l'usage intéressé de cette autorité policière. A ce niveau, dans la rencontre avec les forces de sécurité et de l'ordre, les « nakidos » relèvent craindre non pas une inculpation ou sanction judiciaire, mais une expropriation de leurs fonds financiers. Selon le propos d'un nakido, et celui de deux informateurs clés, une fois ses marchandises saisies par la gendarmerie, le « nakido » craint seulement de devoir payer une somme d'argent, pour se voir retourner son objet de commerce. Il est pertinent de noter une absence de complexe dans la relation entre les « nakidos » et les populations. Ils sont le petit frère ou le fils ou le neveu de telle ou telle personne sans être moins un marchand ambulant de médicaments.

En plus des aspects sociaux de la relation, on peut affirmer que l'installation de la routine de l'achat et de la consommation des médicaments du marché informel a progressivement pris le dessus sur le recours aux plantes traditionnelles, et aussi sur le recours au dispensaire. Deux réalités empiriques le montrent. D'une part, l'occupation spatiale et économique du marché de l'offre médicale. A ce niveau, il faut également citer la vente des médicaments dits « chinois », spécifiant la provenance d'une catégorie des médicaments vendus par les « nakidos ». Les médicaments chinois ressortent parfois aussi comme l'apanage de thérapeutes se prévalant d'une qualification en ce qu'ils appellent médecine traditionnelle chinoise. L'un d'entre eux prodigue des soins de type hospitalier, sans pour autant s'afficher comme tel. Il y a donc diverses catégories de « nakidos ». Au-delà des « nakidos » ambulants, il y a ceux qu'on appelle couramment les boutiquiers, et qui sont en réalité les tenanciers de boutiques de quartiers. La plupart des boutiquiers vendent des produits médicamenteux qu'on retrouve dans la gamme classique des médicaments prohibés distribués par les « nakidos ».

2.3.5. Les religieux

Dans les communautés chrétiennes en particulier, des acteurs opèrent dans le registre de la quête de guérison. Présenté à la communauté des catholiques charismatiques, il nous a été possible d'assister à plusieurs séances de prières au cours desquelles des intentions de guérison avaient été portées et des actes de guérison accomplis selon les fidèles. La naissance et l'activité de l'un de ces groupes a aidé à alimenter des polémiques. En clair, ces polémiques sont motivées par la contestation de la valeur des pratiques qui légitiment l'engagement formel des groupes dans la délivrance des thérapies de guérison. A ce groupe, il

est notamment prêté une nature shamanique avec comme accusation celle de pratiquer des rites de sorcellerie. Une autre particularité de ce groupe relève du fait qu'il ne s'affiche pas d'emblée comme une institution de soins. Il ne s'affiche même pas du tout comme telle. Cependant, la quête de guérison ressort généralement parmi les attentes et aspirations des fidèles, et adeptes de cette communauté de prières. Mais, venir à l'église pour se laisser toucher par la grâce de Dieu est souvent envisagé en complément d'un processus de soins, ou comme point de départ d'un itinéraire thérapeutique dans des contextes spirituels bien précis. C'est notamment le cas pour des malades en situation grabataire ou critique, pour lesquels le recours divin est envisagé comme option ultime. Dans ce cas, le malade peut être conduit au berger charismatique, ou bien celui-ci peut être amené à se déplacer vers le malade pour prier et essayer d'obtenir la guérison. Le berger charismatique est en quelque sorte le maître spirituel ou plus exactement le guide de l'assemblée de prière. Au cours des prières, il se produit une interaction entre des requérants de prières de guérison et le berger charismatique de l'église catholique de Bama. Le facteur mobilisateur repose sur une aspiration dont l'expression surpasse l'échec personnel : le don total de soi au Christ, une obéissance à l'Esprit-Saint, la lecture et la méditation régulière de l'écriture, la communion et l'entraide fraternelle, la volonté de servir l'église (A. Soubeiga, 1999 : 115).

Conclusion

La description de l'espace sanitaire laisse percevoir une offre de soins articulée entre système formel et système informel. Les deux composantes prennent effet dans la vie des populations à travers des comportements de recours qui place chaque entité dans un système de représentations et un univers de pratiques. Les carences matérielles et la conduite des agents de santé influencent le niveau de fréquentation qui est loin d'être optimal. Les choix thérapeutiques sont caractérisés par l'emprise des autres lieux de recours sur les politiques individuelles de recours aux soins. Par l'illustration de la street level bureaucracy, l'analyse décrit une corrélation entre le déficit matériel de l'offre de soin, la perception sur le personnel des centres de santé et le niveau de fréquentation. Par conséquent, il importe d'en tenir compte pour une amélioration continue du fonctionnement de l'offre publique de santé.

Références bibliographiques

BEAUD Stéphane & WEBER Florence, 2015, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. La découverte.

BONNET Doris, 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, ORSTOM.

FAINZANG Sylvie, 2002, « Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse », in MASSE Raymond et BENOIST Jean, 2002, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris : Les Éditions Karthala, 493 pp.

FASSIN Didier, 2000, « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 2000, pp. 95-116.

HADDAD Slim, NOUGTARA Adrien and FOURNIER Pierre, 2006, « Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso », *Trop Med Int Health* 11 (12) :1889-97.

JAFFRE Yannick & OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

MASSE Raymond, 2001, "Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé", In *Éducation pour la santé et éthique. Séminaire international, Dourdan (Essonne)*, Paris : Éditions du Comité français pour l'éducation à la santé, 143 pp, pp. 25-51.

LIPSKY Michael, 2010, *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*, Russell Sage Foundation.

MICHENER Victoria J., 1998, "The participatory approach: contradiction and co-option in Burkina Faso", *World development* 26.12: 2105-2118.

MUGISHA Frederick, BOCAR Kouyate, DONG Hengjin, et al., 2004, "The two faces of enhancing utilization of health-care services: determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, p. 572-579.

MINISTÈRE de l'administration territoriale et de la décentralisation. « Plan communal de développement de Bama 2008-2012 ». *Province du Houet/Commune rurale de Bama*, 69p.

NEBIE Ousmane, 1996. « Le périmètre irrigué de la vallée du Kou (Burkina Faso). Limites d'une opération », « Terres Neuves », *Les cahiers d'outre-mer*, 49(195), 273-296.

OUATTARA Fatoumata, 2002, « Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso », *Bulletin de l'APAD*, no 23-24.

SOUBEIGA André, 1999, « Quête de guérison, conversion, évangélisation : Groupes charismatiques et Eglises pentecôtistes face au Mal : Eglises et recompositions identitaires » in OTAYEK René (dir.), 1999, *Dieu dans la cité. Dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais*, Bordeaux, Centre d'études d'Afrique Noire (CEAN), 168p.

TREIBER Hubert, 2010, « État moderne et bureaucratie moderne chez Max Weber », Trivium, Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales-Deutsch-französische Zeitschrift für Geistes-und Sozialwissenschaften, no 7, 34p.

ZERBO Roger, 2016, *Une anthropologie de la décentralisation du système de santé au Burkina Faso*, Presses universitaires de Ouagadougou, 191p.

NOTE A L'INTENTION DES CONTRIBUTEURS

DEZAN est la revue scientifique du Département de Sociologie-Anthropologie de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey-Calavi au Bénin. De sa dénomination «dézan» signifiant «rameau» en langue béninoise «fɔngbé», elle est représentative de la symbolique du changement social en culture africaine. De ce fait, la **Revue DEZAN** se donne pour vocation première de contribuer à une configuration décloisonnée des sciences de l'homme et de la société, pour une synergie transversale et holistique génératrice d'une interdisciplinarité plus fertile à un développement convergent où l'endogène et l'exogène sont en parfaite cohésion. Elle paraît au rythme de deux numéros par an. Les articles y sont rédigés en français, anglais, allemand, ou en langues nationales africaines.

Le comité de lecture est habilité à accepter pour publication ou non les articles soumis. Chaque article est résumé en une page au plus assorti de cinq mots clés du travail. Le manuscrit de 20 pages au plus est soumis en exemplaire original, recto seulement, saisi à l'intérieur d'un cadre de frappe 21 x 29,7; police Times New Roman, point 12, interligne 1,5. Il est accompagné d'un CD-RW ou d'une clé USB comprenant les données. Chaque auteur est appelé à donner son adresse électronique et son institution d'attache. Les cartes et les croquis sont scannés et notées de façon consécutive.

L'usage de l'Alphabet Phonétique International pour transcrire les termes en langues nationales est vivement conseillé. Les références bibliographiques dans le texte sont faites selon l'approche Van Couver ou Harvard dans une parfaite harmonie selon le choix de l'auteur. Chaque auteur apporte une participation de **30.000F**.



ISSN 1840-717-X DU 4ème trimestre
Dépôt Légal N°6378 du 4ème trimestre

Impression : Centre des Publications Universitaires
(Université d'Abomey-Calavi) Tél. : (00229) 95 91 57 61
République du Bénin