

Enquête ethnographique et évolution des pratiques dans le domaine de la santé en milieu rural au Burkina Faso

Ethnographic survey and evolution of practices in the health sector in rural areas in Burkina Faso

Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO ¹

¹ Université Thomas Sankara, isdosi2000@yahoo.fr

RÉSUMÉ. Ce texte décrit et analyse l'influence d'une expérience d'enquête ethnographique sur la reconfiguration de micro perceptions et de pratiques dans le registre de santé et de la maladie en milieu rural au Burkina Faso. Il s'agit dans cette étude de voir comment la relation aux personnes enquêtées permise par l'usage de la méthode ethnographique a, au fil du séjour de collecte de données, contribué à influencer l'adoption de pratiques de recours modernes aux soins par les usagers des services de soins de santé, caractérisés par la coexistence d'un centre médical et d'un centre de santé et de promotion sociale fonctionnels mais sous fréquentés.

La méthodologie procède d'une approche ethnographique de terrain réalisée sur plus de dix (10) mois de présence in situ dans la région des Hauts Bassins. Au cours de cette période d'enquête, plus de cent (100) entretiens libres et autant d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'un échantillon théorique d'acteurs communautaires (personnes dans les ménages et autres lieux sociaux sur le site de l'étude), des agents de santé, des thérapeutes informels. Cependant, seule une dizaine d'entretiens semi-directifs ont servi à l'argumentaire de ce texte.

Des résultats de l'étude, il ressort que le rapport du chercheur aux personnes enquêtées entraîne une évolution des pratiques de choix thérapeutiques. Plusieurs personnes interrogées recourent plus systématiquement à l'offre de santé moderne, ce qui n'était pas le cas à l'étape exploratoire de l'étude, malgré l'existence de centres de santé. En définitive, il résulte donc que l'ethnographie en tant qu'activité rentrant dans le processus de collecte scientifique de données peut par le positionnement du chercheur contribuer à améliorer la fréquentation des services de l'offre de santé moderne formelle.

ABSTRACT. This text describes and analyzes the influence of an ethnographic survey experience on the reconfiguration of micro perceptions and practices in the register of health and illness in rural Burkina Faso. This study aims to see how the relationship with the people surveyed made possible by the use of the ethnographic method has, over the course of the data collection stay, contributed to influencing the adoption of modern healthcare recourse practices by users. health care services, offered in formal health centers in the locality.

The methodology is based on an ethnographic field approach carried out over more than ten (10) months of in situ presence in the Hauts Bassins region. During this investigation period, more than one hundred (100) free interviews and as many semi-structured interviews were carried out with a theoretical sample of community actors (people in households and other social places on the site of the study), health workers, informal therapists. However, only around ten semi-structured interviews were used to support the argument of this text.

From the results of the study, it appears that the relationship between the researcher and the people surveyed leads to an evolution in therapeutic choice practices. Several people interviewed make more systematic use of modern health services, which was not the case despite the existence of health centers. Ultimately, it therefore follows that ethnography as an activity included in the process of scientific data collection can, through the positioning of the researcher, contribute to improving the use of formal modern health services.

MOTS-CLÉS. Ethnographie, positionnement, influence, santé, Burkina Faso.

KEYWORDS. Ethnography, positioning, influence, health, Burkina Faso.

L'approche par les Systèmes d'Innovation (S.I) permet de comprendre comment différentes parties prenantes organisent et diffusent sur un territoire les connaissances dans un cadre institutionnel et organisationnel donnés. Cette approche n'est pas récente [LUN, 92, NEL, 93, FREE, 97] et son intérêt réside autour de la formalisation des outils et instruments possibles autour des politiques d'innovation. Une Seule Santé est un cadre d'analyse, qui mobilise de nouveaux travaux dans plusieurs disciplines et qui s'intéresse simultanément aux questions agricoles à travers la santé des plantes, environnementales et de l'alimentation [DUR, 16]. L'originalité de ce cadre est l'inter-dimensionnalité qu'il mobilise : une question posée dans un cadre spécifique (santé, agriculture ou alimentation) est intimement liée à celle

des autres au sein d'un écosystème [PIP, 22]. Ainsi, le traitement de l'eau (recyclage ou purification) est un exemple d'innovation conjuguant santé humaine, environnementale et animale.

La mobilisation concomitante des deux approches est importante à la fois sur le « faire système », puisque les interactions sont au centre de ces dernières, mais aussi sur les objectifs communs autour de l'innovation et du développement économique. En effet, si le S.I se déploie comme un instrument de

1. Introduction

L'enquête de terrain en anthropologie et en sociologie qualitative exige une rigueur méthodologique ne visant pas à distinguer le vrai du faux, mais permettant de sentir et d'estimer la distance entre le réel conté et la réalité vécue sur un phénomène. Appliquée aux objets de santé et précisément de recours aux infrastructures de soins existant, elle permet d'informer les déterminants sociaux du recours aux services publics. Ces déterminants rendent raison de l'état de marche des services publics de santé, des attentes collectives et individuelles en la matière ; et enfin des relations entre les citoyens et l'Etat entrevus à travers une perspective rurale.

Toutefois, le caractère historique des faits, bien qu'il soit raisonné par une démarche méthodologique ne prive pas du risque d'une analyse subjective de ces faits sociaux bien présents dans l'esprit du chercheur [PS 10]. Les exigences de respect de la méthode dans un contexte où le chercheur est plongé dans une quête de l'inconnu tenant un bout interrogatif sur son objet deviennent une situation de vie à gérer dans la routine quotidienne. Parmi ces critères et exigences, le souci de naturaliser l'expérience de collecte d'informations pour favoriser l'ouverture d'esprit et la sincérité des répondants est primordial. Il s'agit en clair de porter attention à l'émergence et au déroulement spontané des phénomènes [GL 94]. Cela aurait pour résultante un retour de réceptivité et une relation interactive pouvant soutenir l'intelligibilité de l'analyse.

Bien qu'il paraisse évident, l'ordre naturel n'est pas pour autant acquis par la simple présence physique du chercheur sur le site ; il implique une politique d'insertion qui est amorcée dès l'arrivée sur le site. Cette expérience de la description et de la réflexion se rapporte à un accotement artistique et prosaïque du réel.

De l'entrée en matière sur le terrain visant une socialisation dans le milieu d'observation, la relation sociale portait sur les points suivants :

- Rencontrer un point focal, en faire un informateur clé si les indicateurs s'y prêtent ;
- Recruter un assistant et commencer une immersion dans les micro espaces sociaux.

Ces étapes de réalisation en vue de prendre l'appui de départ sur le site de l'étude ont été affectées par des situations imprévues, au détour d'un enchaînement de rencontres certaines furtives et d'autres prolongées. Pour chaque cas, le questionnement réflexif oscille et oriente sur des questions de nature ontologique et épistémologique. Il était en effet question de savoir quelle relation considérer et de quelle manière ? Au cours des entretiens, la préoccupation me venait toujours de savoir si je devais orienter un peu plus les débats ? Sur le propos des acteurs, la question me venait toujours de savoir si le discours tenu correspondait un tant soit peu à la réalité ? Est-il important de creuser cette information ? Que pourrait me procurer le fait d'en apprendre plus sur cette dimension du problème ?

C'est par une telle posture que nous amorçons notre enquête de terrain ; une approche correspondant bien plus à celle de l'ethnologue faisant foi en la découverte empirique elle-même en « laissant parler le terrain » que celle du sociologue adressant le terrain avec un socle d'hypothèses élaborées à l'avance [SP, 10].

Ethnographie et développement socio-économique

L'Être humain est complexe, fait remarquer l'ethnographie dans un principe acquis que l'accès à cette complexité humaine ne peut se faire que du dedans, c'est-à-dire en étant physiquement et mentalement proche des humains étudiés. L'ethnographie se laisse donc définir comme une étude qualitative des interactions sociales, des comportements et des perceptions qui se produisent au sein de groupes, d'équipes, d'organisations et de communautés. Elle exige de réaliser une immersion dans l'environnement naturel des groupes d'études [HM & AP, 19]. Depuis les années 2000, la pratique de l'ethnographie et plus largement de la recherche qualitative a pris de l'ampleur dans le monde scientifique, embrassant dorénavant plusieurs disciplines au cœur du développement socioéconomique. Ces disciplines sont entre autres : sociologie, études culturelles et médiatiques, géographie culturelle, éducation, santé et soins infirmiers, études commerciales et organisationnelles, [HM & AP, 19]. Autant attester que c'est une approche clé pour le développement socio-économique.

2. Problématique

L'étude porte sur les conflits relationnels entre catégories d'acteurs (soignants et soignés) autour de la construction des choix thérapeutiques et la quête de soins de santé dans une localité rurale du Burkina Faso.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le pays est fortement touché par les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, VIH/sida) et non transmissibles (maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancer et diabète) [MS 17].

La première catégorie est prise en charge au niveau de l'offre de santé primaires et la deuxième dans les niveaux les plus élevés.

L'offre de soins de santé formelle au Burkina Faso est structurée en forme de pyramide sur trois niveaux : l'offre primaire, secondaire et tertiaire qui est le dernier niveau de l'offre de santé. Le niveau de l'offre de santé traduit la disponibilité de ressources technologiques et de compétences données pour assurer les soins selon les indications du cahier de charges.

Niveau	Services correspondants	Compétences
Primaire (district sanitaire, localité et secteur)	1 ^{er} échelon : Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	Soins infirmiers
	2 ^{ème} échelon : Centre Médical (CM) ; Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA)	Médecine générale, spécialité médicale, soins infirmiers
Secondaire (Régional)	Centre hospitalier Régional (CHR)+ Polycliniques/Cliniques)	Médecine générale, spécialité médicale, soins infirmiers
Tertiaire (National)	Centre hospitalier universitaire (CHU)	Médecine générale, recherche biomédicale spécialité médicale, soins infirmiers

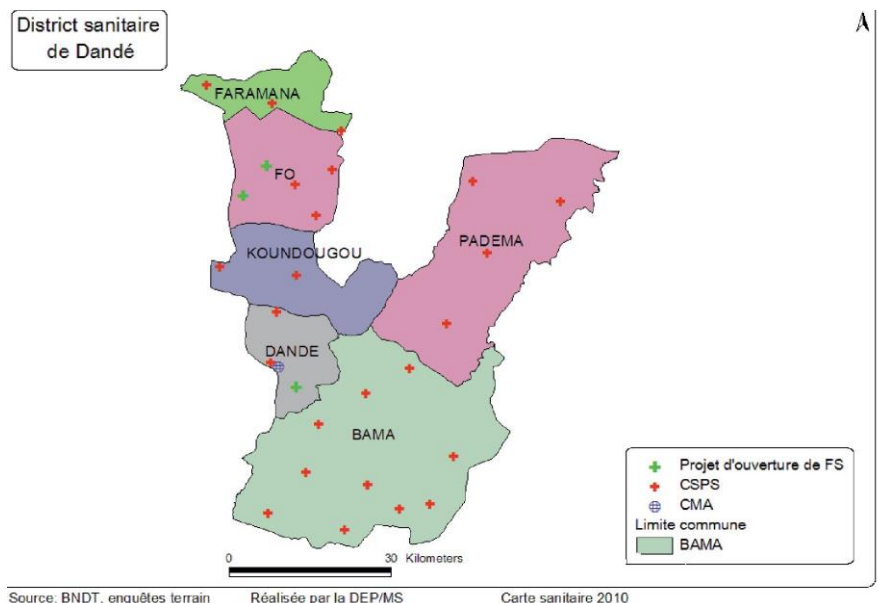
Tableau 1. Tableau explicatif de l'organisation pyramidale de l'offre de santé au Burkina Faso

L'offre de niveau primaire correspond au niveau le plus faible, c'est-à-dire le moins élaboré au plan de l'offre technique. Ce niveau d'offre de soins est délivré à partir du district sanitaire. Il est sous-structuré en trois (02) échelons.

Le choix de Bama, localité située dans la région des Hauts-Bassins (Ouest du Burkina Faso) s'explique par deux facteurs importants : la fragilité du système local qui enregistre parmi les plus faibles indicateurs sociaux courant la décennie 2010-2020 ; et le caractère bigarré de la commune de Bama qui abrite des populations provenant de quasiment tous les groupes ethniques du pays. Le terme

fragilité est le plus souvent utilisé dans le classement des pays selon des indicateurs de vulnérabilité. A ce niveau, l'indicateur de service public est l'un des indicateurs les plus directement pertinents pour procurer l'offre de santé [SH 24]. Les réalités de la localité d'étude correspondent au premier et deuxième échelons de l'offre primaire. En effet, le village de Bama ou Vallée du Kou dispose de deux structures de soins formels toutes de niveau primaire dans une commune qui en compte dix (10) au total. Il s'agit d'un centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et d'un centre médical (CM) anciennement CSPS et requalifié CM en 2014. Le CM et le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) constituent les offres du 2^e échelon. Les deux structures de soins de santé formels sont reliées au CMA de Dandé, une localité située à une vingtaine de kilomètres de Bama.

Selon l'organisation du système de santé, le CSPS est animé par des infirmiers dont un Infirmier Chef de poste (ICP) et des accoucheuses ; le CM par un Médecin, un ICP, des infirmiers et des accoucheuses ; et enfin le CMA est tenu par des médecins, des infirmiers, des sage femmes et des accoucheuses. Le recours à ces offres de soins se fait de manière graduelle et selon le besoin, un patient peut être référé (redirigé) du CSPS ou du CM vers le CMA. Tout le premier niveau de l'offre sanitaire est régi par le district qui est l'entité opérationnelle du système national de santé [MS 16].



Carte sanitaire du district de Dandé (district de rattachement de Bama)



Carte de la commune rurale de Bama

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

Par la mise à disposition des structures, ressources humaines et technologiques évolutives d'un échelon à l'autre de l'offre sanitaire locale (la taille et les catégories de ressources humaines et techniques diffèrent selon le niveau de l'offre de soins disponible en un lieu donné), les politiques visent une généralisation de la fréquentation des centres de santé formels.

Les agents de santé recrutés sont répartis selon les profils nécessaires à chaque type de structure et de quantifier le personnel adéquat dont a réellement besoin la structure pour fonctionner normalement [MS 21]. Le CSPS représente le premier niveau de soins ou premier contact. Il est, en théorie, composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt pharmaceutique, l'ensemble étant dirigé par un infirmier. Il offre à ses usagers un Paquet minimum d'activités (PMA) qui inclut un ensemble de prestations curatives, préventives et promotionnelles [HM&VB 02]. Si la prise en charge du patient est impossible au CSPS, le malade est orienté vers une structure de premier niveau de référence : le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Cette structure est dirigée par un médecin-chef et dispose outre des fonctions d'un CSPS, d'un bloc opératoire et d'un laboratoire de base. Le deuxième niveau de référence est constitué par les Centres hospitaliers régionaux (CHR). Ces derniers offrent des services spécialisés et sont en théorie présents dans chacune des 13 régions sanitaires du pays. Dans les deux grandes villes du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, ce niveau de référence est absent, les malades étant transférés dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU), dernier échelon de référence.

Cependant, il est toujours fait état d'une la répartition déséquilibrée des ressources humaines au détriment des zones reculées. La politique de l'Etat burkinabè est de rendre l'accès aux services de santé possible à tous en vue d'améliorer l'état de santé globale de la population. Elle est issue d'une idée ancienne promulguée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fondée sur la conviction que l'éloignement des centres de santé des localités les plus reculées est source d'iniquité et de vulnérabilités pour de nombreuses populations ainsi privées d'accès aux soins de santé en Afrique. L'idée des centres de santé communautaires répondait donc à l'ambition d'offrir des services de santé de base, et d'éviter ainsi d'avoir à intervenir ponctuellement en cours d'année. Les centres de santé primaires ont pour mission de favoriser un accès plus rapide aux soins de santé par les populations les plus reculées des centres ruraux. La politique nationale de santé du Burkina Faso repose actuellement sur un plan national de développement économique et social. Dans une vue lointaine, elle trouve également appui dans les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), et précisément les objectifs de développement durable qui sont d'offrir des soins de santé de qualité à toutes les populations. La question sanitaire constitue un axe sectoriel dévolu à l'Etat et principalement au ministère de la santé dont la mission est l'amélioration de l'état de santé de la population du Burkina Faso. La vision du ministère telle que déclinée dans le : « un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2026 » [MS 16].

L'opérationnalisation de la politique sanitaire se base sur une stratégie d'offre de soins inspirée par les orientations clés de l'action publique de l'Etat en matière de santé : la Politique nationale de santé (PNS), le Plan national de développement sanitaire (PNDS), le Plan national de développement économique et social (PNDES), la Politique sectorielle santé (PSS).

La stratégie d'offre de soins de l'Etat Burkinabè comporte cinq (05) axes d'interventions que sont : i) l'amélioration de la disponibilité des ressources humaines en santé, ii) le renforcement en infrastructures, équipements et maintenance, iii) le renforcement de la qualité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé, iv) le renforcement de la régulation du secteur privé de santé et v) le renforcement de la promotion de la médecine traditionnelle et alternative.

Pour chaque axe, des efforts inédits sont notés depuis plus de trois décennies, notamment après le sommet d'Alma Ata en 1978 puis l'Initiative de Bamako en 1992. Ces rencontres recommandaient à la clé une réforme structurelle majeure des politiques de santé en Afrique subsaharienne consistant à rapprocher l'offre de santé des communautés (usagers). Depuis lors, les réformes infrastructurelles (les

infrastructures et équipements de santé, ressources humaines) et super-structurels (qualité des relations de soins), mais quel bilan peut-on en faire à ce jour ?

- Au niveau des ressources humaines

Le nombre d'infrastructures sanitaires publiques (CSPS) est passé de 1897 en 2011 à 2060 en 2015 entraînant une amélioration du rayon moyen d'action théorique qui est passé de 7,3 km en 2010 à 6,8 km en 2015 pour une cible de 6 km. Toutefois, il existe encore des disparités assez importantes.

- Au niveau des infrastructures

Selon l'orientation du Plan spécial d'équipement des EPS 2013-2016, un ensemble d'équipements médico-techniques a été acquis au profit des structures de soins (CHU, CHR). Ces équipements ont permis de relever sensiblement le niveau du plateau technique des hôpitaux. Cependant la maintenance de ces équipements reste le défi majeur.

- Au niveau du renforcement de la qualité, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé

Le ministère de la santé est l'un des secteurs ministériels où l'activité publique est relativement dense. En effet, il s'y tient de nombreuses réformes : l'élaboration et adoption du document de profil des ASBC qui définit la place et le rôle des acteurs communautaires dans le système de santé ; le renforcement de la couverture sanitaire à travers la création de nouveaux districts et la transformation progressive des CSPS des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux ; la réforme hospitalière qui s'est poursuivie avec l'instauration de la prise en charge des urgences sans prépaiement mais le taux d'autofinancement des hôpitaux est faible et la pharmacie hospitalière n'est pas mise en place ; la réforme pharmaceutique a permis d'améliorer l'accès de la population aux médicaments, mais, on note toujours une persistance de la vente illicite des médicaments liée à l'analphabétisme et à l'ignorance de la population.

La situation de l'offre de soins formels de santé dans la zone d'étude caractérisée par l'implantation du CSPS et du CM tous fonctionnels, et habilités à offrir des soins de santé de première ligne prenant en compte les maladies endémiques et diarrhéiques courantes chez les adultes et les enfants (paludisme, maladies diarrhéiques, etc.). Pourtant, les actions de recours aux soins des populations laissent entrevoir une prédominance de l'automédication marquée par un cumul progressif des recours. Les itinéraires thérapeutiques reposent plus souvent sur des expériences thérapeutiques construites au fil du temps. C'est le cas de Diane (nom fictif) qui est aussi intéressant à relater dans la mesure où dans son itinéraire thérapeutique apparaissent des conduites de défiance dont l'une traduit un conflit ouvert avec un médecin dans la ville voisine Bobo-Dioulasso où elle est allée se faire consulter. En résumé, Diane se plaint de maux de ventre et de coeur. Elle va à la rencontre d'un parent agent de santé qui lui prescrit un produit en lui demandant de faire d'autres examens. Elle décide de différer les examens et prend le traitement qui lui est prescrit, constatant une amélioration de son état après la prise des cachets. Pendant tout ce temps, le médecin qui est aussi son parent cherche à savoir si elle avait effectué les examens mais sans y parvenir car la malade se complait dans son choix thérapeutique et se cache du thérapeute. La douleur s'était calmée en ce moment, mais une année et demie s'était écoulée et la douleur avait repris. Gênée de retourner voir le même parent, elle se laisse conseiller par un proche et alla voir un autre médecin. Elle se refuse à aller consulter son premier soignant (son parent) en disant que le droit de retourner voir un agent de santé connu personnellement repose aussi sur la reconnaissance sociale du service rendu précédemment. Avec le nouveau médecin consulté, le ton monte car Diane conteste sa thérapie, et exige une ordonnance, ce que le médecin refuse, jugeant qu'elle n'en a pas besoin. Après cette situation, elle navigue de recours en recours, se fiant aux médicaments vendus dans la rue et aux remèdes traditionnels et ce, sans succès véritable. Après quelques entretiens approfondis avec nous, elle en déduit que nous serions en mesure de l'aider

à trouver le remède indiqué à ses maux. Sur notre conseil, elle accepta après insistance consulter le médecin du centre médical de Bama.

Dans la majorité des cas, la pratique de l'automédication est une forme de recours banalisée, voire normalisée. Cette situation s'explique par le fait qu'une telle pratique découle de l'expérience thérapeutique se traduisant par une immanence des actes médicaux intériorisés. En clair il s'agit de ce qu'on pourrait qualifier d'habitus secondaire en empruntant le langage du sociologue français Pierre Bourdieu [MD 23].

Il en découle un faible recours aux centres de santé formels, pourvoyeurs de soins de santé modernes. En effet, bien que ces usagers disposent de ressources économiques relativement importantes pour poursuivre des soins biomédicaux dans les structures de santé modernes, elles n'y recourent pas [IS 16]. Cette situation a guidé l'objet de cette étude qui est de recenser et de documenter les points de discordes entre acteurs dans l'expérience de la maladie, depuis sa découverte jusqu'aux espaces de soins formels. Au-delà d'une simple opposition de perspectives entre le soignant et le soigné [FE 87], c'est l'ensemble des interactions, jeux d'acteurs, rapports de pouvoirs symboliques qui forment la matière des rapports autour du soin et rendent compte de la nature des relations d'oppositions d'intérêts, de vues. L'expérience de terrain par une posture d'enquête permettant d'être témoin des pratiques sociales induites des conceptions traditionnelles, se discute ici par l'apport de la technique à l'évolution et à une évolution des pratiques : le chercheur tient en main une force d'influence pouvant infléchir les choix de conduites de recours thérapeutiques. Il est clairement question de rapport entre la technique de recherche ethnographique en sociologie et le changement de pratique en santé.

3. Méthodologie

La méthodologie de cette recherche prend appui sur une approche ethnographique de terrain. Il s'agit d'une étude qualitative avec une forte dimension empirique. L'ethnographie s'est traduite par un séjour d'enquête sur plus de dix (10) mois de présence in situ dans une localité rurale de la région des Hauts Bassins, précisément dans le village de Bama. La recherche s'est faite en deux phases : une première phase ponctuée par un séjour ethnographique prolongé d'une année, de septembre 2013 à août 2014 ; et une deuxième phase marquée par une enquête de terrain en 2021 et 2023, portant sur l'évolution des pratiques thérapeutiques (prévention et recours) dans un contexte affecté par la manifestation d'épidémies. Au cours de cette période d'enquête, plus de cent (100) entretiens libres et autant d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'un échantillon théorique d'acteurs communautaires (personnes dans les ménages et autres lieux sociaux sur le site de l'étude), des agents de santé, des thérapeutes informels, des informateurs clés ; même si seulement une dizaine d'entretiens ont été exploités dans le cadre de ce texte. L'activité de terrain s'est déroulée en plusieurs étapes.

3.1. Amorce du terrain et stratégies d'implantation sociale

L'amorce d'une enquête de terrain coûte en temps relativement long, un temps nécessaire pour planter des racines sociales et se faire accepter et légitimer dans une figure sociale donnée. Au départ, il n'est pas nécessaire de communiquer clairement sur son objet d'étude [BS & WF 03], de peur de susciter tout de suite la méfiance des acteurs et leur refus de communiquer. L'évitement des sujets clivants et des questionnements de départ abrupts favorise une « douce » implantation sociale du chercheur qui, au fil du temps se fait sinon oublier du moins imposer une certaine neutralité : avec le temps, la vie sociale finit par reprendre le dessus en contraignant les individus à leurs rôles habituels. L'expérience qui nous a été donnée de réaliser est de questionner les représentations et pratiques pour cerner les zones de convergences et de divergences et leurs formes de manifestations.

3.2. De l'objet de questionnement aux questionnements sur l'objet

Il nous a été donné de réfléchir sur différents objets de questionnements. L'installation sur le site de l'étude et l'amorce de la collecte nous ont spectaculairement propulsé vers une quantité d'informations

éparses, aussi bien sur l'objet que sur des problématiques historiques, politiques, humaines et culturelles denses et complexes à démêler. Notre relation à l'objet d'enquête sur le terrain est-elle objective au regard des discours et actes que nous posons ? Quelle intentionnalité se cache derrière les actes posés et les pensées débitées dans chaque démarche ? La réflexivité est en quelque sorte le retour de la pensée sur elle-même. Elle rejoint l'idée d'une problématisation des actes du chercheur, des faits perçus, et des données d'informations. L'exercice d'une réflexivité étanche s'imposait d'une part sur notre pratique en actes, et d'autre part sur les données produites par les individus eux-mêmes concernant leur identité et leurs actions.

3.3. Matériels et données collectées

La méthode principale de cette recherche est l'entretien compréhensif. Elle consacre la compréhension des objets sociaux au sommet de la découverte scientifique. C'est un exercice de réflexion qui engage l'enquêteur et l'enquêté dans une relation d'échanges, une communication qui aura pour finalité de permettre au chercheur de comprendre dans le détail, les significations profondes de la conduite ou du point de vue de l'interviewé par rapport aux problèmes soulevés par l'objet d'étude : c'est un art discret, un art du bricolage [KJC 04].

Pour la collecte des données, des entretiens semi-directifs répétés ont été réalisés à travers une collecte intensive, avec un total de 101 entretiens qui se décomposent comme suit : 71 entretiens auprès des hommes et des femmes ; 19 auprès des professionnels de la santé, des Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC) et Comités de gestion (COGES); 05 avec des informateurs clés ou key-informants¹ ; 03 avec des « tradi-thérapeutes » ; 01 entretien approfondi avec un « nakido » ou vendeur ambulancier de médicaments prohibés, et un thérapeute parallèle officiant comme agent de santé installé à titre privé ; 01 entretien avec un leader religieux. En outre, environ 116 entretiens informels ont été réalisés à domicile, ou dans des places publiques avec des groupes hétérogènes de jeunes. La population enquêtée est formée de près de quarante (40), dont la plupart ont été interviewées au moins deux fois. Les tableaux ci-dessous présentent les caractéristiques socio-identitaires des citoyens et professionnels de santé interrogés dans le cadre de l'étude.

¹ Le key-informant ou l'informateur clé désigne une catégorie d'acteurs dans une communauté. Leur importance tient à la connaissance de la communauté, à l'occupation d'un rôle actif dans les dynamiques communautaires du milieu. Ces qualités et statuts permettent à ces acteurs de renseigner certaines questions que le chercheur se pose ou de vérifier la plausibilité d'informations recueillies auprès d'autres enquêtés. L'informateur clé n'est donc pas un enquêté ordinaire, mais une référence en raison de sa connaissance de la communauté étudiée. Les entretiens réalisés auprès de l'informateur clé sont généralement approfondis.

Nom et prénom(s)	âge	Statut matrimonial	Profession	Quartier
Djibo Zakaria	31	Célibataire 01 enfant	Producteur de riz et commerçant,	quartier 4 de Bama appelé aussi 1er
Ouédraogo Alizèta	20	-	vendeuse de riz et poisson	canal pooré (nouveau quartier aménagé derrière le canal qui achemine l'eau de la plaine du Kou)
Ouédraogo Alizèta	20	-	vendeuse de riz et poisson	canal pooré (nouveau quartier aménagé derrière le canal qui achemine l'eau de la plaine du Kou)
Konkobo Sita	quarantenaire	marié 2 enfants	cultivatrice et restauratrice	quartier 3
Ouédraogo Amsétou	28	mariée 02 enfants	vendeuse de riz et éleveuse	quartier 2
Ouédraogo Assèta	quarantenaire	mariée 3 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Sawadogo Moussa	Mariés 03 enfants	Commerçant Saisonnier	canal pooré ou 3eme	
Bagayan Fatimata	27	mariée 02 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Belem Amado,	quarantenaire	04 enfants	producteur de riz	canal pooré ou 3eme
Ouédraogo/Sawadogo Mariam	35	03 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 Dioulakin.
Béré Sylvie	trentenaire	mariée 3 enfants	éleveuse et vendeuse/productrice de riz	quartier 1, Bama.
Diéni	quarantenaire	mariée 02 enfants	agent itinérant de santé	quartier 4 ou 1er
Sana Adja	trentenaire	mariée 03 enfants	éleveuse et commerçante	quartier 3
Konkobo/Sankara Ramata	quarantenaire	mariée 04 enfants,	cultivatrice	quartier 3
Sawadogo Fatimata	35	mariée 03 enfants	cultivatrice	quartier 7
Sarambé	quarantenaire	marié polygame	tradi-praticien	quartier 6.
Traoré	40	marié polygame	tradi-praticien,	Badara (petit village rattaché au village de Bama)
Ilboudo/Ouédraogo Mariam	30	mariée 02 enfants	Infirmière d'Etat	quartier 4 ou 1er.
Konkobo Abdoulatif	28	marié 02 enfants	minier saisonnier	quartier 2
Sanou Alida	23	mariée 01 enfant	cultivatrice	quartier 1 ou Bama.
Sanou Moussa	cinquantenaire	marié polygame	planteur et responsable	quartier 1 ou Bama.

			du CoGes	
Korogho Pierre	40	marié monogame 03 enfants	producteur de riz	quartier 3
Sanou Sankina	20	mariée 01 enfant	cultivatrice de poisson	quartier 1 ou Bama
Kaboré Boukaré	37	marié monogame	thérapeute parallèle (pharmacopée chinoise)	quartier 5
Mme Djibo	35	mariée, 03 enfants	vendeuse de riz	quartier 2 ou Dioulakin
Ouédraogo Ibrahim, ans	33	marié monogame 01 enfant	producteur de riz et minier itinérant	quartier 4 ou 1er
Ouattara Aly	25	célibataire	surveillant de lycée	quartier 3.
Ouédraogo Rasmané	24	célibataire	étudiant	quartier 02
Ouédraogo Landry	25	célibataire	élève en Terminale D	quartier 4 ou 1er

Tableau 2. *Tableau des populations (citoyens) interrogées dans la commune de Bama*
Source : enquête terrain

Nom et prénom(s)	âge	Statut matrimonial	Profession	Quartier
Tiono	trentenaire	marié monogame, 01 enfant	agent de santé (maïeuticien)	quartier 1 ou Bama
Guiré Ibrahim	quarantenaire	marié, 03 enfants	Infirmier d'Etat	quartier 4 ou 1er
Ilboudo/Ouédraogo Mariam	30	mariée 02 enfants	Infirmière d'Etat	quartier 4 ou 1er.
Beyaogo	quarantenaire	marié monogame	infirmier breveté	quartier 1 ou Bama
Ouattara Mahama	quarantenaire	marié 2 enfants	infirmier d'Etat	quartier 4 ou 1er
Sanou Batilé	34	mariée, 02 enfants	accoucheuse auxiliaire	quartier 4 ou 1er
Sanou Damata ou tantie,	52	veuve	accoucheuse auxiliaire à la retraite	quartier 4 ou 1er
Koumene	+ de 90	Décédé près d'une année après l'enquête	Tradi thérapeute surnommé le pédiatre de Bama	Bama village

Tableau 3. *Tableau représentatif des professionnels de santé interrogés dans la commune de Bama*
Source : enquête terrain

4. Résultats et analyse

La mise en relation avec les populations dans le cadre de l'enquête ethnographique de terrain a permis au bout de la recherche menée, de contribuer à influencer chez plusieurs personnes les logiques de choix thérapeutiques, notamment au niveau de la temporalité des recours aux centres de santé locaux.

En effet, l'analyse percevait au départ des expériences thérapeutiques décrites à travers les représentations sur la maladie et sur les pratiques de soins des professionnels de santé. D'une part, la

maladie était perçue selon les symptômes et signes de gravité suivant une traduction nosologique locale. Il s'agit notamment de la typologie de la maladie et de sa nosologie locale référant à une double dimension émique : la maladie simple ou la maladie d'hôpital. Se référant aux symptômes, la première forme est le lieu de la banalisation de l'action thérapeutique se traduisant essentiellement par l'automédication. D'autre part, le second cas (maladie d'hôpital) amène le patient à avoir recours aux centres de santé même si pour négocier le recours thérapeutique, il se joue une trame d'interactions sociales entre le début de la maladie et le temps du recours. En clair, le recours systématique aux centres de santé est quasi inexistant. Le recours dominant reste l'automédication. Comment se manifeste alors cette pratique dans la localité d'étude ?

4.1. Automédication à Bama

[L 99] considère que dans le sens le plus large, « l'automédication consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical », mais que dans un sens plus restreint, c'est « l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication » [L 99]. Fainzang attribue le fait de jeter l'objet ordonnance et d'en conserver la teneur à une action non anodine puisqu'il implique de se débarrasser de l'entête du médecin. Il s'agit pour le patient d'effacer la trace du médecin prescripteur, pour ne conserver que la trace du remède jugé adéquat, c'est-à-dire la trace de sa propre décision, de son propre jugement, et s'attribuer la responsabilité de la prescription. À cet effet, le fait de recopier l'ordonnance porte à s'approprier l'acte même et l'autorité de la prescription. La connaissance d'un médicament choisi en automédication, en présence d'un symptôme donné, est généralement transmise par l'expérience antérieure.

Dans la pratique de l'automédication en Occident, les raisons les plus couramment évoquées sont que les troubles ne sont pas assez graves pour déranger un médecin, ou que le conseil d'un pharmacien leur suffit, ou encore qu'ils se connaissent assez pour se soigner eux-mêmes [FS 10].

Dans les pays dits sous-développés, le recours à cette forme thérapeutique est décrit comme la conséquence de différents facteurs dont une meilleure familiarité avec les produits vendus ainsi que les vendeurs, et une expansion dramatique du nombre de produits disponibles sur le marché :

« The rising tendency for people in LDCs² to self-medicate with commercial medicines has been associated with marked decreases in thresholds of tolerance for symptoms, greater familiarity with drugs and medicine vendors, changing health concerns related to defective modernization (e.g. environmental degradation, adulteration of food), dramatic increases in the number of products available in the market place and changes in the purchasing power of consumers. » (Kamat, V. R., & Nichter, M. 1998 : 1).

Ces descriptions de la tendance à se prendre soi-même en charge, et des raisons qui soutiennent cette dynamique dans les pays dits sous-développés correspondent-elles à la situation spécifique de l'automédication dans le village de Bama au Burkina Faso ?

À Bama, l'automédication est relevée par tous les agents de santé interrogés comme une difficulté dans leur activité dans la mesure où elle retarde parfois le recours des malades dont la prise en charge devient plus délicate au Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) comme au Centre médical (CM). Dans ce village, l'automédication permet d'observer des logiques opposées à l'intérieur de cette même option thérapeutique.

Elle traduit d'abord une activité banale, ce qui veut dire que son ampleur est quotidienne.

« Si tu es malade, c'est plus facile d'acheter les comprimés et puis avaler ». (IC, masculin, trentenaire, producteur de riz et orpailleur).

² Low income countries (Pays sous-développés).

Comme le traduit ce discours, la banalisation de l'automédication est un phénomène notable. Contrairement au cas des français étudié par [FS 14], les populations qui pratiquent l'automédication dans le village de Bama n'ont pour la plupart qu'une vague conscience des risques d'effets néfastes des médicaments qu'ils consomment. Par contre, la majorité a une connaissance plus ou moins précise des raisons avancées pour l'interdiction officielle des « produits de marché ». Presque tout le monde dans le village évoque des risques liés à la date de péremption, aux conditions de conservation, mais les gens sont unanimes pour attester de l'efficacité des effets thérapeutiques dans le court terme. Pour un mal de tête, une fatigue consécutive à une longue journée de travail physique dans un champ de production rizicole, plusieurs personnes affirment prendre un médicament acheté à la boutique ou auprès des vendeurs ambulants. Il peut s'agir d'un produit connu dans le registre pharmaceutique moderne : c'est le cas de l'ibuprofène, un anti inflammatoire considéré comme remontant et consommé parfois « abusivement » comme tel. De jeunes producteurs dont je m'étais rapproché et avec qui j'avais quotidiennement des entretiens informels le soir sont enclins à la consommation de produits vendus dans le marché informel. Par exemple, nous les surprénions très souvent avec des plaquettes d'ibuprofène. Ce produit est consommé comme des pastilles au coucher, et pour IC, c'est la thérapie indiquée contre ses maux de dos et sa fatigue après des travaux champêtres, et les courses de la journée. En dehors des hommes et particulièrement des jeunes hommes qui sont ceux avec qui nous avons réalisé plus d'entretiens, les femmes dans les ménages disposent de sachets pharmaceutiques composés d'un mixte de produits pharmaceutiques et de produits du marché. Mais les « médicaments de la rue » ne sont pas constitués que d'équivalents de produits de la pharmacie. Il existe aussi une gamme de médicaments non connus dans le répertoire officiel, portant des noms spécifiques ayant un sens dans les langues locales. C'est le cas du « fatotjè » qui signifie le fou en dioula. Le fatotjè est connu autant que le « poug yang tond balle » (vieille qui joue au ballon). Ces sens renvoient aux principes actifs ou plus précisément à la puissance opératoire du produit. À l'image du « nakido » qui désigne la figure de vendeurs ambulants toujours en position de fuite face aux forces de l'ordre, ces produits dressent de façon caricaturale des répertoires essentiels dans la quête de soins. Les recours aux thérapies informelles mettent donc en exergue les avantages pratiques comparatifs et symboliques de ces produits dans le projet de soins. Le sens des noms donnés traduit une représentation sur leur efficacité dans la réponse à la maladie.

Pour les agents de santé, c'est au contraire un désir de facilité qui explique l'automédication.

« Ah, c'est la facilité ils cherchent, c'est la facilité, ils ne veulent pas se déplacer pour venir au CSPS c'est ça, ils vont tenter ou bien l'époux aussi bon... les décoctions là ils partent dans les brousses là et puis ils viennent faire bouillir et puis ils boivent ça c'est gratuit ; dans les boutiques là aussi ils peuvent payer 2 comprimés à 25 ou à 100F et puis tu viens, par-contre si tu viens ici-là tu vas prendre le ticket d'abord et puis t'aligner et puis le coût là c'est pas la même chose, c'est tout ça-là qui fait que... » Mme Edonia, quarantenaire, agent de santé dans l'un des deux centres de santé de Bama.

Même si cela s'oppose à la logique hospitalière, c'est une réalité que la facilité d'accès au médicament participe à accroître la logique de l'accès facile au médicament qui est associée également à la dimension économique dans l'automédication. Les médicaments du marché côtoient l'environnement existentiel physique des populations. C'est alors une pratique qui se mène au cœur de la relation sociale.

En plus des lieux d'accès aux produits de la rue, la pharmacopée chinoise et les dépôts privés participent à la floraison de l'automédication. Ces produits sont souvent plus chers, mais plus sollicités. Dans ces recours privés, le sujet rencontre presque toujours une personne prête à l'écouter et à lui promettre une satisfaction sur le champ. À ce niveau, toutes les possibilités de pratiques informelles participent à renforcer le rejet des centres publics de santé comme dans l'exemple de Ouedita qui, après un séjour hospitalier au centre médical, affirme ne pas savoir de quoi il souffre réellement. Il a alors décidé de se confier à l'ami de son premier fils, celui-ci étant spécialisé dans la vente des médicaments chinois. Après de ce dernier, il obtint un diagnostic sur la base duquel il se lance dorénavant à la quête de tout médicament de la « pharmacopée traditionnelle ». Son initiative est

relayée par les membres de sa famille notamment sa femme et ses enfants qui relayent ce jeu de l'automédication en lui proposant à l'essai de nouveaux produits. Comme Ouedita, la stratégie de l'automédication repose parfois sur la quête tous azimuts du médicament dans l'espoir de trouver dans cette quête le produit qui viendra définitivement à bout du mal. Le risque lié à la toxicité des produits, et encore moins leur coût, ne constituent pas un obstacle au projet thérapeutique. Cependant, face à l'ampleur de certains maux, il existe parfois une conscience des limites du projet de se prendre en charge sans recourir aux services de santé.

« Si c'est la vraie maladie là on ne peut pas soigner ça au marché. Peut-être que ce sont des calmants.
» Rabgo, quarantenaire, masculin, 5 enfants, producteur de riz à Bama.

La notion de vrai ou de faux dans la vision du mal est reliée à la douleur ressentie. Une caractéristique commune à presque tous les individus qui pratiquent l'automédication est le sentiment de pouvoir éliminer la douleur ou l'empêcher de progresser. C'est une vision d'autosuffisance qui est souvent rendue possible par un état clinique relativement non-dramatique. Toutes les personnes interrogées dans cette étude distinguent en effet deux états dans l'appréciation de la maladie. Le premier stade où ressentant la douleur, ou le malaise, l'individu a le contrôle sur son corps, et décide de s'auto-administrer un traitement. Cet état de « fausse maladie » fait allusion au sérieux de la douleur et légitime une orientation vers l'auto-prise en charge. Le deuxième stade est le stade où le mal est relativement affligeant pour le malade, et où il est perçu comme une urgence nécessitant un recours quasi-immédiat au dispensaire. Le deuxième stade peut être une progression du premier niveau. Devant ce fait, la logique qui est de se soigner par soi-même devient hypothétique dans la mesure où le sujet se voit alors dépossédé de la maîtrise de son corps.

Si l'automédication est saisie dans le cadre de la gestion de la maladie à domicile, elle est cependant étroitement liée à l'idée de s'empêcher de tomber malade pour avoir recours aux centres de santé.

4.2. Effets de la pratique d'enquête sur la pratique de recours thérapeutique

Au fil de l'enquête, les échanges ont significativement achoppé sur la fréquentation des centres de santé au niveau local. On note par conséquent une évolution de la fréquence de la consultation. De ce que les professionnels de santé ont noté après la fin de l'enquête de terrain, il y aurait eu une augmentation de la fréquentation des centres de santé de la localité. De même, une interviewée nous déclare des mois après le début de notre enquête qu'elle s'est décidée à aller consulter. En définitive, il ressort que la temporalité des recours aux soins de santé biomédicaux qui se négociait parfois sur fonds de conflits (chez la femme malade qui veut se rendre au dispensaire), et de rapports de pouvoir (cas de l'enfant pour lequel la femme négocie le droit de se rendre au CSPPS) a été réduite. Pour beaucoup de femmes et surtout pour les hommes interrogés, le recours immédiat au CSPPS n'est plus entrevu tel un recours non justifié, et cette conception ne fait plus allusion à l'appréciation de la gravité de la maladie. En d'autres termes, ces femmes regardent tout d'abord et décident s'il faut ou non envisager une consultation immédiate au dispensaire. Il faut aussi noter que plusieurs femmes interrogées dans le cadre de notre étude ont attesté comprendre l'importance du recours rapide au CSPPS, contrairement à une automédication prolongée. En effet, nous avons cherché à comprendre le point de vue des femmes notamment sur le lien que les agents de santé établissent entre les recours tardifs et les complications notées notamment des situations d'anémie chez les enfants. Au cours de nos échanges, l'explication donnée au recours tardif s'est révélée être une situation surmontable. Il ressort que ces entretiens ont permis à certaines d'entrevoir davantage les risques liés à un recours tardif aux centres de santé. L'idée d'un recours plus rapide au dispensaire est désormais perçue comme l'option thérapeutique chez plusieurs femmes. Cette relation d'influence au cours de la relation d'enquête est liée aux propriétés interactives de l'enquête ethnographique, source d'intersubjectivité. L'ethnographe par sa posture d'interprète social influe la conduite sociale relative à la quête de soins de santé.

Parmi les jeunes interrogés, certains avaient décidé de faire l'impasse sur les structures formelles de santé, après avoir observé et tiré une conclusion sur la routine de l'acte de consultation au CSPPS. Le discours de *Karim* et de ses amis traduisait clairement l'idée qu'ils s'en faisaient : un acte de

consultation vu comme une routine ennuyeuse, coûteuse et inutile. Ce discours dévoile un fait instructif en matière de représentation du soin. En effet, il laisse comprendre que si le respect de l'institution médicale moderne est un fait, le discours sur les agents de santé est souvent négatif. A la clef de ce discours, des reproches moraux et techniques : le manque de professionnalisme attesté à l'appui des erreurs médicales, des routines en matière de prescription médicale (l'idée que les agents de santé prescrivent les mêmes médicaments pour tout maux confondus), les écarts de comportements des agents de santé (conflits dans les espaces de recours), l'absence d'intervention dans la prise en charge des ordonnances, ou dans la réduction de leur coût interprétée comme de la non-assistance ou de l'exclusion.

Après quelques entretiens sur le sujet, ils disent mieux comprendre la mission ainsi que les limites de l'offre de santé communautaire. Certains affirment avoir changé de perspective. Ils affirment mieux comprendre l'approche cliniques des agents de santé au cours des consultations.

Une dimension identitaire apparait dans les relations sociales dans les centres de santé. La question identitaire traduit ici la manière de se percevoir, aussi bien que la manière dont on se situe par rapport à l'autre dans un contexte de maladie où la douleur en premier lieu, le besoin d'aide, la responsabilité individuelle incluant des termes de solidarités organiques et de pouvoir symbolique interviennent dans la logique de décision thérapeutique. Certains expriment clairement l'influence de nos échanges sur leur résolution à changer de pratique thérapeutique.

5. Conclusion

La présente réflexion met en relief le fait qu'une démarche de production intensive de nature qualitative expose à l'influence de l'enquête sur la conduite sociale des acteurs interrogés ; alors que le but d'une telle démarche méthodologique est de cerner et d'analyser les représentations mises en scène dans le discours de ces acteurs. De manière spécifique et sur la base d'une observation et analyse après l'activité terrain conduite dans une localité rurale, il ressort une évolution au niveau de la temporalité des recours aux centres de santé formels de la localité. Après une enquête ethnographique prolongée sur une année, les études qui ont suivi tout juste après l'enquête ethnographique et quelques années plus tard permettent de noter chez les populations une tendance à recourir plus rapidement aux centres de santé. Cette étude illustre en définitive une capacité de l'enquête qualitative et particulièrement de l'ethnographie à produire un effet sur la structure sociale des groupes étudiés, en influençant précisément la conduite des acteurs interrogés dans le cadre de l'étude. Il reste cependant pertinent d'approfondir la réflexion sur cette propriété de l'ethnographie de terrain. Une telle réflexion pourrait s'accompagner d'une analyse sur l'opportunité d'engager le positionnement du sociologue et de l'anthropologue sur le terrain d'enquête en matière de changement social ; sur des registres divers incluant dans le cas présent les questions relatives aux pratiques de santé. Elle laisse savoir que les déterminants du choix de l'offre de soins se structurent avant tout autour des rapports de confiance. La confiance a pu être définie comme une notion relationnelle qui traduit un état psychologique et une action volontaire basée sur des attentes formulées par rapport au comportement des autres dans le futur [G.L 03]. Il s'agit d'une disposition de caractère [C.J. A 11]. Dans les faits, la confiance en l'agent de santé montre une reconnaissance du statut de l'agent de santé, et situe aussi sur une attente justifiée par la conviction de pouvoir tirer son compte de l'agent de santé envers qui la confiance est formée. De ce fait, la confiance comporte un élément de risque .d'une part du fait des incertitudes individuelles concernant les motivations, intentions et perspectives des acteurs. D'autre part, elle peut entraîner la défiance ou contestation quand l'image et l'attente projetées sur l'agent ne correspondent pas toujours à ce qui apparait à vue d'oeil. La prépondérance de la notion de confiance ici prolonge et renforce notre assertion sur l'interrelation entre la technique et le relationnel en matière d'offre de soins de santé communautaires. Gilson établit un lien plus fort en qualifiant le système d'offre de santé de relationnel. Plus que le savoir-faire technique et la technologie dans la pratique biomédicale, c'est la relation entre soignants et soignés qui détermine le mode et le niveau d'adhésion à la matière technique des offres de services de santé. En synthèse, la posture des usagers des soins de santé renvoie à un modèle de patient-expert qui s'intéresse à l'information médicale et s'implique de manière plus décisive dans

l'interaction thérapeutique avec le professionnel de santé. Il s'agit donc d'un type de patient beaucoup plus critique qui manifeste le besoin d'être mis en confiance, au risque de renégocier la décision médicale, ou à contester la compétence et la pratique technique du thérapeute.

Sur les questions de santé et précisément la problématique du recours aux centres de santé formels, l'étude permet en définitive de comprendre que l'offre de technologie ne change pas systématiquement les choix de recours, ne les pousse pas systématiquement aux choix de l'offre moderne. L'intervention sociale d'acteurs qui ont pour rôle de comprendre et interpréter les cultures et pratiques du milieu peut aider améliorer la fréquentation des centres de santé formels. A partir de l'illustration de la localité de Bama, il ressort que la normalisation du comportement de recours aux centres de soins formels implique une connaissance approfondie de la sociologie des relations de soins. Il s'agit en particulier des griefs qui peuvent en expliquer l'évitement, ou le recours tardif à ces structures de soins. Les éléments d'explications rendent compte d'un effet de déterminants cognitifs et de rationalités pratiques qui poussent à la préférence de l'automédication. Des conclusions de cette étude, l'ethnographie de terrain en tant que méthode de collecte de données empiriques en sociologie et anthropologie pourrait donc être mise à contribution pour améliorer l'adhésion à l'infrastructure médicale moderne et ce, au-delà du premier niveau de l'offre sanitaire au Burkina Faso.³

Références bibliographiques

- [BS & WF O3] BEAU S. & WEBER F., 2003, Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques, 4e édition augmentée Paris : La Découverte, 2010.
- [CEF 12] CEFAÏ, D., CARREL, M., TALPIN, J., ELIASOPH, N., & LICHTERMAN, P. 2012, « Ethnographies de la participation ». *Participations*, (3), 7-48.
- [CJA 11]. Corsín Jiménez, A. (2011). Trust in anthropology. *Anthropological Theory*, 11(2), 177-196.
- [ELI 93] Elias, Norbert. 1993, "Engagement et distanciation. Paris : Éditions Fayard.
- [FS 02] FAINZANG, Sylvie, 2002, "Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse.", sous la direction de Raymond Massé et Jean Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris : Les Éditions Karthala, 493 pp. Collection Médecines du monde.
- [FS 04] FAINZANG, Sylvie, 2004, « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique ». Séminaire du SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales). Accessível em [www. b3ejussieu. fr/sirs/cadreidf.htm](http://www.b3ejussieu.fr/sirs/cadreidf.htm).
- [FS 09] FAINZANG, Sylvie, 2009, « Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques : les problématiques d'un itinéraire de recherche ». J.-M. Tremblay.
- [FS 10] FAINZANG, Sylvie, 2010, « L'automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre ». *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), 115-133.
- [FS 10] FAINZANG, Sylvie, 2010, "Discourse on Safe Drug Use". *Drug safety*, 33(8), 623-629.
- [FS 12] FAINZANG, Sylvie, 2012, "L'automédication ou Les mirages de l'autonomie." Presses universitaires de France.
- [FS 14] FAINZANG, Sylvie, 2012, "Managing Medicinal Risks in Self-Medication". *Drug Safety*, 37(5), 333-342.
- [FE 84] FREIDSON, Eliot, 1984, "La Profession médicale. Paris, Payot.
- [GL 94] GUBA, E. G., & LINCOLN, Y. S. 1994. "Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*," 2(163-194), 105.
- [GL 03] GILSON, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*, 56(7), 1453-1468.
- [HM & AP 19] Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- [HM & VB 02] Harang, M., & Varenne, B. (2008). Les structures de soins. In F. Fournet, A. Meunier-Nikiema, & G. Salem (éds.), *Ouagadougou (1850-2004)* (1-). IRD Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.901>

³ Une partie des données qui ont permis la production de cet article est issu 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.

- [JPOS 08] JEAN PIERRE OLIVIER De Sardan 2008, "La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation" socio-anthropologique (No. 3). Editions Academia.
- [ISST 16] ILBOUDO, S. David O, 2016, "Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé dans la région rurale Ouest du Burkina Faso. Santé Publique, 28, 391-397. <https://doi.org/10.3917/spub.163.0391>
- [KV 98] KAMAT, V. R., & NICHTER, M. 1998, "Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India." *Social science & medicine*, 47(6), 779-794.
- [KL CW 14] KOHN, L., & CHRISTIAENS, W. 2014. "Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique*,"53(4), 67-82.
- [L 13] LELUBRE, M, 2013. "La posture du chercheur, un engagement individuel et sociétal. *Recherches qualitatives*, 15-28.
- [MD 23] Merllié, D. (2023). Gisèle SAPIRO (dir.), *Dictionnaire international Bourdieu. Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (61-1), 257-261.
- [MS 16] MINISTERE de la Santé (Burkina Faso), 2016, *Tableau de bord 2016 des indicateurs de Santé*, Secrétariat Général, Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles, 63p.
- [MS 17] MINISTERE de la Santé (Burkina Faso), 2017, *Profil sanitaire complet du Burkina Faso, Module 3 Programmes et services spécifiques de santé au Burkina Faso*
- [MS 02] MINISTERE de la Santé (Burkina Faso), 2021. *Document de définition des ressources humaines en santé par type de structures de soins*, Direction des Ressources Humaines.
- [SD 12] SCHNAPPER, D. 1999. "La compréhension sociologique : démarche de l'analyse typologique." Presses universitaires de France, 180p.
- [PS 10] PAUGAM, Serge, 2010. "L'enquête sociologique." Paris, PUF, 458p.