HAL
open science

“ Yaab-rãmba ”: une anthropologie du care des personnes vieillissantes à Ouagadougou (Burkina Faso)

George Rouamba

▶ **To cite this version:**

George Rouamba. “ Yaab-rãmba ”: une anthropologie du care des personnes vieillissantes à Ouagadougou (Burkina Faso). Anthropologie sociale et ethnologie. Université de Bordeaux, 2015. Français. NNT : 2015BORD0397 . tel-01299053

HAL Id: tel-01299053

https://theses.hal.science/tel-01299053v1

Submitted on 7 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
ÉCOLE DOCTORALE
Sociétés, Politiques et Santé Publique

George ROUAMBA

« *Yaab-rãmba* »
Une anthropologie du *care* des personnes vieillissantes à Ouagadougou (Burkina Faso)

Sous la direction de : Frédéric Le Marcis

Soutenue le 9 Décembre 2015

Membres du jury :

Mohamed Ababou, Professeur, Faculté des Lettres et Sciences Humaines Dhar El Mahraz (Rapporteur)
Frédéric Balard, Maître de Conférences, Université de Lorraine
Isabelle Gobatto, Maîre de conférences, Université de Bordeaux
Marc-Eric Gruénais, Professeur, Université de Bordeaux
Jean-Philippe Viriot Durandal, Professeur, Université de Lorraine (Rapporteur)
Frédéric Le Marcis, Professeur, ENS-Lyon, Directeur de thèse

Titre : **«**Yaab-rãmba» : une anthropologie du *care* des personnes vieillissantes à Ouagadougou (Burkina Faso)

Résumé

Les transformations politiques, familiales, religieuses, économiques et spatiales amènent à rompre avec les évidences entretenues sur les sociétés africaines comme celles de *care* au profit des personnes âgées au nom du respect social des âges. Ce travail déconstruit les représentations sociales de la vieillesse en montrant d'une part que les catégories de la vieillesse sont les produits des politiques publiques et d'autre part que les vieillesses sont hétérogènes, contextuelles et dynamiques. A partir d'études de cas élargis, cette thèse explore les expériences du vieillir à partir des formes de prise en charge des personnes vieillissantes dans la capitale Ouagadougou (Burkina Faso).Une ethnographie au sein des familles, dans une unité de soins spécialisé dans un centre hospitalier universitaire et dans un centre d'accueil de femmes accusées de sorcellerie permet de décrypter les relations complexes de prise en charge entre le niveau micro et macro sociale. Cette thèse est une contribution à une anthropologie du *care* de la vieillesse.

Mots clés: personnes vieillissantes, care, familles, hôpital, centre d'hébergement, femmes accusées de sorcellerie

Title: «Yaab-rãmba», ageing anthropology of care in Ouagadougou (Burkina Faso)

Abstract

The political, family, religious, economic and spatial lead to break with evidence maintained on African societies like those in care for the elderly in the name of social respect of ages. This work deconstructs social representations of old age by showing both on the on hand, that the categories of old age are the product of public policies and on the other the old ages are heterogeneous, dynamic and contextual. From a broader the case studies, this thesis explores the experiences from old forms of care for elderly in the capital, Ouagadougou (Burkina Faso). An ethnography within families, in a special care unit in a university hospital and a reception center for women accused of witchcraft allows to decrypt the complex relationships of care between the micro and macro social level. This thesis is a contribution to the anthropology of care in old age.

Keywords : Older people, care, families, hospital, nursing home, women accused of witchcraft

Les Afriques dans le Monde (LAM), UMR 5115- CNRS
Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux,
11 allée Ausonne, Domaine Universitaire
33 607 Pessac Cedex

Sommaire

Résumé 2

Abstract 2

Sommaire 3

Liste des figures 6

Liste des tableaux 6

Note sur l'anonymat des enquêtés 7

Note sur la transcription en Moore 8

Remerciement 10

Introduction générale 12

1. Vieillesse et vieillissement : des concepts labiles 15
2. Les expériences du vieillir 16
3. La perspective d'une anthropologie du care 19
4. Terrains 40
5. Organisation de la thèse 56

PREMIERE PARTIE 58

L'EMERGENCE DE LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA VIEILLESSE EN MILIEU URBAIN 58

Chapitre 1 : Villes et vieillesses 63

1. Le territoire urbain face au vieillissement de ses habitants 63
2. Les dynamiques religieuses en milieu urbain 71
3. «La brigade verte» comme le miroir de la vieillesse féminine 75
4. La fragilisation des relations conjugales 78
5. Entrée dans le « nassarade » : la modernité 79

Chapitre 2 : L'invisibilité sociale de la vieillesse 90

1. Le vieillissement démographique 92
2. Les catégories administratives de la vieillesse 98
3. Lectures critiques des travaux anthropologiques 108

Chapitre 3 : Les figures politiques de la vieillesse 122

1. Les lignages royaux et les chefs de quartiers 123
2. Les usages politiques de la vieillesse 127
3. Vers une crise de l'autorité coutumière ? 138

4. La chute du régime: le renforcement du pouvoir des ainés 143
5. Peut-on parler d'un pouvoir gris au Burkina Faso ? 145
DEUXIÈME PARTIE 149
VIEILLIR EN FAMILLE : PARCOURS DE VIE ET CARE DOMESTIQUE 149
Chapitre 4 : Les mobilités résidentielles 153
1 Chronique d'un déguerpissement 154
2 Zangouettin : le déracinement 163
3 De la marge spatiale à la marge sociale 165
4. Mobilités résidentielles et déprise de l'espace urbain 172
5. Le « kosweogo » ou la vieillesse immigrée 180
Conclusion 198
Chapitre 5: «Nin-kɛɛm-kʊdre» [Le grand-âge] 199
1 Trajectoire d'un néo-citadin 201
2. La représentation sociale du « nin-kɛɛm-kʊdre » 209
3. Prendre soins du « nin-kɛɛm-kʊdre » 214
Conclusion 225
Chapitre 6 : Rôles familiaux des parents âgés 226
1. Argent et espace de sociabilité féminine 227
2. Permanence du statut assigné de la femme âgée 229
3. Vieillesse féminine et beauté : enjeu de sécurité sociale 232
4. Le déni de la vieillesse masculine 237
5. Sexualité à la vieillesse : permanences et continuités des rapports de domination entre les sexes 242
Conclusion : Vieillir en famille entre autonomie et dépendance 248
TROISIEME PARTIE : 251
FAMILLES ET INSTITUTION MEDICO-SOCIALE 251
Les acteurs de soins entre domicile et institutions 252
Chapitre 7 : Les « yaab-raâba » à l'hôpital 255
1. L'ambivalence de l'hôpital : lieu d'étrangeté et de familiarité 256
2. Le contexte de l'organisation de l'offre de soins spécialisés 262
3. Les itinéraires thérapeutiques 266
4. Les figures de malades 275

5. Les solidarités familiales à l'épreuve de la trajectoire de la maladie du parent âgé 286

6. Les enjeux de l'accès aux soins spécialisés par les aînés 298

Conclusion 306

Chapitre 8 : La cour de solidarité de Paspanga : un centre d'accueil de femmes accusées de sorcellerie 307

1. La construction d'une intervention socio-sanitaire à l'endroit des femmes accusées de sorcellerie 311

2. Un espace de relégation de la vieillesse dans la société 317

3. La production institutionnelle des femmes âgées 331

4. Le retour en famille sous contraintes 345

Conclusion 347

Chapitre 9 : La construction du vieillissement comme un problème politique et social 348

1 Dispositifs normatifs de prise en charge de la vieillesse 354

2 Les processus de mise sur agenda des problèmes des ainés 359

3 Vers un modèle de l'exceptionnalité ? 374

4 Repenser les politiques de care 386

Conclusion 393

Conclusion générale 394

Bibliographie 406

Table des matières 429

ANNEXES 434

Liste des figures

Figure 1Plan de masse du CHU-YO illustrant les deux services de cardiologie 259
Figure 2 Répartition des salles d'hospitalisation en fonction des coûts journaliers 261
Figure 3 Localisation de la cour de solidarité dans la capitale en 2015 318
Figure 4 Diagramme des âges des femmes à l'entrée dans le centre (N=111) 326
Figure 5Diagramme de répartition des femmes selon les âges en 2014 (N= 84) 326
Figure 6 Schéma de l'architecture de la cour de solidarité 329

Liste des tableaux

Tableau 1: Alphabet en Moore 8
Tableau 2: Sigles et acronymes 9
Tableau 3 Nombre des femmes accusées de sorcellerie dans les centres d'accueil de 2009 à 2011 315

Note sur l'anonymat des enquêtés

Les noms des enquêtés ont été remplacés par des noms imaginaires. Les noms des lieux de vie dans la capitale ont été conservés parce que le cadre familial est influencé par le quartier. Cependant pour certains responsables des associations, des chefs de services, j'ai conservé leur fonction sans les nommer de façon individuelle. Quand ce n'est pas le premier responsable, j'ai opté l'anonymat en le considérant comme un membre de la structure.

Les villages d'origine des femmes auprès desquelles, j'ai enquêtées dans le centre ont été modifiés de sorte à ne pas pouvoir reconnaitre les parents proches comme ceux qui sont éloignés.

Note sur la transcription en Moore

L'orthographe et la transcription du Moore correspondent au dialecte central parlé autour de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso. La transcription des termes en Moore suit les principes du Dictionnaire orthographique du Moore (Nikiéma et Kinda, 1997). La voyelle « e » se prononce comme le « é » en français, « u » comme « ou », « ʊ » est « u » ouvert, « ɪ » est « i » ouvert, « ɛ » correspond au « ê » français. Les voyelles comportant des tildes chapeautés sont nasalisées : « ã » se prononce «an » ; «ẽ » se prononce « in », « õ » se prononce « on » et « û » se prononce « ou ». Difficile à saisir, le symbole « ~ » est remplacé par « ^ » dans les retranscriptions.

Tableau 1: Alphabet en Moore

Alphabet (majuscule)	Alphabet Moore (minuscule)
A	a
ʻ	ʻ
B	b
D	d
E	e
F	
G	g
H	h
I	i
ƖƖ	ɪ
K	k
L	l
M	m
N	n
O	o
P	p
R	r
S	s
T	t
U	u
Ʊ	ʊ
V	v
W	w
Y	y
Z	z

Je voudrais souligner que dans le texte, j'ai remplacé souvent le mot « vieux» par « nin-kɛɛma » (pl. nin-kêemse) et le mot « vieille » par « *pug gnãga* » *(pl. pug gnãse*). Toutefois dans les verbatim, j'ai conservé les emplois de « Vieux » et « Vieille » qui n'ont pas un sens péjoratif. Les « personnes vieillissantes » ou « personnes âgées » sont parfois remplacées par le groupe de mots « *nin-kêemse* » et « *pug gnãse* ».

Tableau 2: Sigles et acronymes

Acronymes et sigles	Significations
APFE	Association pour la Promotion de la Femme et de l'Enfant
CAN	Coupe d'Afrique des Nations
CARFO	Caisse d'Autonome de Retraites des Fonctionnaires
CCNR	Conseil de Consultation Nationale pour la Réconciliation
CDR	Comité de Défense de la Révolution
CHU-YO	Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo
CLR	Caisse Locale de Retraite
CMPRN	Comité Militaire pour le Progrès et le Redressement National
CMU	Centre médical Urbain
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CONASUR	Conseil National de Secours d'Urgence et de Réassurance
CRFOM	Caisse de Retraite de la France Outre-mer
CSP	Conseil pour le Salut du Peuple
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
GDT	Guide de Diagnostic et de Traitement
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
LAM	Les Afriques dans le Monde
MACO	Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou
MASSN	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MPDH	Ministère de la Promotion des Droits de l'Homme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAS	Programme d'Ajustement Structurel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMUB	Pari Mutuel Urbain du Burkina
SMIG	Salaire Minimum d'Insertion Générale
SOUFAS	Soutien aux Femmes Accusées de Sorcellerie
UA	Union Africaine
UNAB	Union Nationale des Anciens du Burkina

Remerciement

« **Ed zaamê nêd beogo » !** Cette expression locale signifie «*mes remerciements pour aujourd'hui et pour demain* ». Elle rend compte mes sentiments de reconnaissance et de mes remerciements à tous les acteurs qui sans leur engagement cette thèse n'aurait pas été possible.

En premier lieu, je remercie mon directeur de thèse, Frédéric Le Marcis, d'avoir dirigé ce travail. Malgré la distance, son apport a été inestimable dans la réalisation de ce travail durant les quatre années.

En remontant le fil du temps, je voudrais adresser ma reconnaissance au Professeur Jean-Philippe Viriot Durandal, pour avoir suscité ma curiosité scientifique sur la thématique de la vieillesse et du vieillissement depuis 2006 et de m'avoir intégré dans le Réseau d'Etudes Internationales sur l'Age, la CitoyenneTé et l'Intégration Socio-économique (REIACTIS). Je n'oublie pas ses précieux conseils dans le comité de suivi de la thèse. Egalement que le Professeur André Soubeiga en soit remercié pour ses multiples conseils.

Je suis redevable au Professeur Marc-Eric Gruénais, actuel Directeur du département de l'anthropologie de l'Université de Bordeaux, pour avoir facilité mon intégration dans le Groupe de Recherche International sur le Vieillissement en Afrique (GDRI).

J'exprime toute ma reconnaissance aux professeurs Michel Grégory et Pierre-Joseph Laurent qui ont suivi mon travail en tant que membres du comité de suivi de ma thèse.

Je m'en voudrais de ne pas souligner le rôle de Macia Engueran, Directeur du GDRI Afrique pour les relectures et les conseils scientifiques.

Que les jeunes docteurs et mes collègues doctorants du laboratoire Les Afriques dans le Monde (LAM), comme ceux de l'Institut de Recherche pour le Développement de Ouagadougou soient aussi vivement remerciés pour leur aide, leur soutien, leurs réflexions et leurs critiques : Ramatou Ouédraogo, Charlotte Brives, Alexandra Mercier, Cédric Lévêque, Anna Carla Bentenga, Drabo Seydou, Ouédraogo Alizèta

Je ne peux pas oublier Achille Nikièma et Jean-François Xavier Ouédraogo, pour les multiples relectures.

Je souhaite remercier toutes celles et ceux sans lesquels le travail de «terrain» n'aurait pas été possible. Je pense à l'équipe de l'unité de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgdgo Ouédraogo, aux femmes et aux travailleurs sociaux de la cour de solidarité de Paspanga. C'est l'occasion pour moi de remercier les acteurs institutionnels, associatifs, et politiques que je ne peux nommer individuellement ici en raison de la confidentialité nécessaire mais qui se reconnaîtront. Ils ont accepté de prendre le temps d'échanger, de me faire part de leurs pensées, de me faire accéder à leurs actions.

Je n'oublie pas toutes les familles qui m'ont accepté pendant ces quatre ans de travail en permettant que je m'insère dans leurs vies quotidiennes.

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans le financement de l'Ambassade de France au Burkina Faso par l'intermédiaire de son opérateur Campus France. Je dois également au LAM de m'avoir donné la possibilité financière de participer à un colloque à Dakar.

Je suis également reconnaissant envers Ghislaine Laflaquière, secrétaire de l'Ecole doctorale et à Dorothée Ben Raal, secrétaire du département d'anthropologie pour leurs soutiens logistiques administratifs.

Je remercie enfin très chaleureusement mes ami (e)s qui m'ont accompagné, de près ou de loin, dans cette aventure : Lionel Wilfrid Ouédraogo, Germain Nébié, Haoua Ouédraogo, Jérôme Léama, Oureratou Ouédraogo. Merci pour votre soutien, votre compréhension, bref votre amitié qui m'a rendu plus fort et m'a permis d'avancer.

Pour terminer ma gratitude va à toute ma « *grande* » famille, qui m'a soutenu tout au long de ce travail en me prodiguant le réconfort et l'amour. Puissent Maurice, Lamoussa, Lucie, Lindsay, Sigui, Naati, Fidèle, Marcelin, Hubertine, Hubert, Adissa, Edouard, Dieudonné, Anne, Sylvain, Lucienne, Léontine, Lucien recevoir mes remerciements et toute ma reconnaissance.

A tous ceux que je puis oublier : Merci !

Introduction générale

Dans l'une des grandes rues de la capitale du Burkina Faso (Ouagadougou) se dresse un service de la société nationale d'électricité du Burkina (SONABEL). Ce lieu, fréquenté il y a deux décennies seulement par les grands commerçants, les cadres de l'administration publique et du privé, est maintenant un service où l'on peut rencontrer les petits travailleurs. L'électricité fait partie de l'équipement minimal des ménages, pour peu que l'on vive dans une zone lotie. Un nombre important d'individus entre et ressort de ce service dans la journée. L'influence est telle que « la journée continue » est instituée de sept heures à dix-sept heures du lundi au vendredi et les matinées pour les samedis et dimanches. Plus d'excuses pour les retards de paiement, sous peine de se voir appliquer une indemnité de pénalité de 2500 FCFA (4€) par facture.

Devant ce service, une « pug-gnaga » (une femme âgée), que l'on nomme familièrement « yaaba » (grand-mère), attire mon attention. Impossible de rentrer et de sortir sans la voir car elle est assise au milieu de la grande porte sur un vieux sac de riz posé à même le sol, les jambes tendues. Ses pieds déformés par l'effet de l'âge sont recouverts d'un sachet en plastique pour les soustraire aux regards des clients de la SONABEL. Elle porte une robe et un pagne qui descend jusqu'aux chevilles. Sa tête est couverte de deux morceaux de tissus, qui laissent voir une partie de sa chevelure blanche. Quand elle rit, on aperçoit une bouche avec des dents noires et cassées où l'on remarque les grumeaux de noix de cola mal broyés. Elle a une corpulence forte avec un embonpoint qui masque ses soixante-dix ans. A côté d'elle, une béquille en fer. Elle se montre joviale quand je m'approche d'elle. On rigole ensemble sur les histoires banales de la vie. Elle raconte l'histoire de sa sortie dans la rue. Elle est la première épouse d'un homme qui a deux femmes. La famille vit à Rebe, une localité située à plus de cent kilomètres de la ville. De son mariage, elle n'a pas eu d'enfants. Sa coépouse met au monde sept enfants. Deux sont des commerçants au marché central de la capitale Ouagadougou. Trois vivent au village. Les deux filles sont mariées dans les villages environnants. Elle raconte que son mari est incapable de lui donner ce qu'elle veut ; par conséquent, depuis sept ans, elle vit à Ouagadougou pour mendier. Elle n'éprouve aucune gêne de son activité car elle appartient à la caste des « *longa* » (une tambourine). Elle explique : si elle était un homme, elle aurait utilisé cet instrument de musique pour raconter la

généalogie des individus ; en échange, on lui aurait donné de l'argent. Elle renchérit qu'elle mendie sans honte car elle appartient à cette caste qui a la tradition de vivre de la mendicité. Elle me dit : « *mon grand-père a mendié, mon père a aussi mendié et c'est pour cela, je mendie à mon tour* ». La deuxième raison est qu'elle est vieille et handicapée. Elle me dit qu'elle peut faire une recette journalière de 3500 FCFA (6€) à 5000 FCFA (8€). Quand elle reçoit une pièce, elle la dépose sur son pagne, avant de la cacher sous le pagne sur lequel, elle est assise. Il est onze heures. Je plaisante avec elle, en lui demandant si elle gagne beaucoup d'argent. Elle répond par l'affirmative. Avec cet argent, elle se nourrit et elle peut aider certains de ses enfants (de sa coépouse), en cas de maladie. Elle me raconte qu'elle achète parfois des macaronis (perçu comme une alimentation de riches) pour se nourrir. Elle me précise qu'elle est une « *talga* » (gens communs par opposition au notable), mais elle n'est pas une « *nongsoaba* » (pauvre). Elle retourne de temps en temps voir son mari. La dernière visite date d'une semaine.

Régulièrement je retourne dans cette agence SONABEL pour discuter avec elle. Le 26 juin, quand j'arrive, elle a déjà eu 25F CFA. La pluie menace de tomber. Elle est toujours assise. Quand les premières gouttes commencent, elle va s'abriter sous le hangar du parking. Après la pluie, elle se trouve une place moins boueuse et s'installe. Quand une personne sort ou entre dans le service, elle dit à haute *« wend na loogue ; wend na niigui barka….. [Que Dieu/ détache/ que Dieu/ mette/ bénédiction/]* ». Une femme qui se présente comme une infirmière vient lui donner 100FCFA (15 centimes d'euro). Je la rejoins au parking moto ; elle justifie son geste par le fait qu'elle estime qu'elle est une vieille pauvre, qui n'a rien pour manger ; et qu'elle pense que sa bénédiction pourrait lui apporter le bonheur. Plus tard, un jeune habillé en habit tâché d'huile de vidange noirâtre, vient donner une pièce de 50 FCFA. Comme d'habitude, ce sont les mêmes mots de bénédictions. Quelques temps après, une femme vient lui demander de la monnaie de 200 FCFA (30 centimes d'euro). Elle encaisse et lui remet deux pièces de 50 FCFA et une pièce de 100 FCFA.

Cette scène quotidienne rend compte des enjeux et des défis contemporains de la prise en charge des personnes vieillissantes. Le rapport de 2010 du Ministère de l'action sociale montre que sur 4341 personnes considérées comme

« *indigentes* », il y avait 2107 personnes de plus de soixante ans dont 166 retraités dans l'ensemble des services sociaux du pays (Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, 2010). Certes, ces chiffres ne rendent compte que d'une vue partielle des conditions des plus âgés dans la société burkinabè, mais ils pointent les problèmes quotidiens des individus âgés. En effet, plusieurs individus connaissent de plus en plus des vies précaires au cours de leur avancée en âge. Certes, aujourd'hui dans la ville de Ouagadougou, on rencontre des personnes vieillissantes en véhicule, sollicitées pour les médiations familiales et politiques, et qui, durant l'après-midi, se livrent aux jeux de société dans une ambiance bruyante. Cependant pour une majorité des plus âgés, les trajectoires sociales se fragilisent et les tensions financières pour « joindre les deux bouts » sont permanentes. Aussi, une catégorie des personnes vieillissantes, en l'occurrence les retraités, manifestent dans l'espace public pour revendiquer une meilleure qualité de vie. Pour mémoire, on peut citer : la marche des militaires en retraite en 2004 ; la marche de protestation des femmes accusées de sorcellerie contre les violences et les formes d'exclusion sociale le 6 mars 2010. Ces manifestations publiques ont suscité des réponses politiques : les entreprises caritatives et les campagnes de distribution de vivres aux personnes âgées sont rapportées dans la presse locale[1] ; le premier forum des personnes âgées a été tenu les 22 et 23 octobre 2012 ; la cérémonie de lancement de la visite médicale gratuite des retraités a été organisée le 16 décembre 2013. Comment expliquer concrètement que les problèmes des plus âgés soient passés de l'espace familial à la sphère publique ? En quels termes se posent les débats sur le vieillissement ? Qui sont les acteurs ? Ces constats suscitent plusieurs interrogations. Les unes portent sur les représentations de la vieillesse dans les sociétés urbanisées : quels sont la place et le statut des hommes et des femmes à la vieillesse ? Dans quelle mesure les représentations collectives de la vieillesse influencent-elles les logiques d'engagement des différents acteurs ? Quel est le pouvoir d'agir des sujets âgés ? Les autres se focalisent sur le traitement social de

[1] Dans le quotidien « Aujourd'hui au Faso » du 24 mars 2014, p 7 il est relaté à Ouagadougou, l'Association *Rabaak Manegda* organise une distribution de vivres aux femmes âgées à la suite d'une collecte de fonds qui a permis de réunir un million trente mille francs CFA et des vivres (sacs de riz, de mais, de sorgho) ; du matériel d'entretien (savon), des huiles alimentaires.
Dans la ville de Kaya, en 2001, l'ONG *Morija* a procédé à une distribution des vivres à 200 personnes âgées (Mars 2002, N° 167. www.morija.org)
Un article du journal « Evènement » du décembre 2001 « les retraités, ces oubliés de la société »

la vieillesse : comment s'organise la prise en charge des individus vieillissants ? Comment l'action de prendre soin s'impose-t-elle ou pas aux membres de la famille et à la collectivité ? Quelles ressources sont disponibles pour les « vieux »? Quels accompagnements pour les sujets âgés ? Quelles sont les logiques de recours ou non recours à une structure autre que la famille (association caritative, centre d'accueil, hôpital) pour une prise en charge ? Et pour quels types de besoins ?

L'objectif de cette thèse est de comprendre les expériences du « vieillir » en les articulant aux diverses formes de soins offerts, reçus et produits pour /par les personnes vieillissantes. Au-delà du soin sanitaire (cure), il s'agit de s'interroger au sens large sur les formes de care (soin, sollicitude, accompagnement) qui rendent compte de l'inscription de la personne âgée dans le tissu social. Aussi une analyse des tissus de relations, des formes d'interactions et des réciprocités est susceptible d'éclairer les logiques qui sous-tendent ces rapports, de saisir les contraintes rencontrées et de comprendre leurs conditions concrètes de vie. Mais que signifie vieillir ?

1. Vieillesse et vieillissement : des concepts labiles

La vieillesse et le vieillissement sont des notions polysémiques. Les définitions courantes qui se réfèrent à la démographie, au biologique, au psychologique ou administrative, restent limitatives car elles occultent la signification que revêt pour un individu les modifications biologiques, psychologiques et sociales.

Au niveau de la littérature, le vieillissement peut être abordé dans sa dimension biologique et psychologique. Pour les sciences biomédicales, le vieillissement biologique renvoie à la sénescence et à l'avancée en âge. Celui-ci, causé par un ensemble de processus biologiques, se manifeste par une limitation des capacités d'adaptation et se termine par la mort. Dans le champ de la psychologie, le vieillissement se traduit par un déclin des fonctions cognitives (apprentissage, attention, concentration), et une diminution des capacités mnésiques. Ces deux champs insistent sur la dimension incapacitaire de la vieillesse. Dans ce cas, le vieillissement est généralement appréhendé comme un problème sous l'angle des contraintes économiques et budgétaires dans sa prise en charge.

Pourtant au quotidien, la vieillesse n'est pas seulement une question de prise en charge mais également une opportunité pour la société. C'est dans ce sens que le philosophe Philibert Michel, pointe l'ambivalence des changements (favorables ou défavorables) qui accompagnent la seconde ou la dernière partie de la vie. La préoccupation majeure est que l'on ne sait pas à quel âge commence cette dernière partie de la vie (Philibert, 2012). Autrement dit, à quel âge commence la vieillesse demeure un objet de controverse. Il nous faut admettre qu'il y a autant de vieillesses que de contextes. Vieillir est une expérience qui est tout à la fois subie, interprétée et conduite ou aménagée par les individus (Ibid., 2012). A ce titre, le vieillissement est éminemment culturel et est inscrit dans un ensemble d'enjeux sociaux. La complexité et l'hétérogénéité du phénomène du vieillissement supposent de l'appréhender sous une approche *émique*.

A Ouagadougou, la vieillesse est désignée dans la langue locale *Moore* de « *kvlom* ». La racine « *kv* » prend deux sens. Le premier signifie « tuer » ; le second « user jusqu'au bout ». Du mot « « *kvlom* » dérive le substantif « *kvdre* » [vieux] et du verbe « *kvdge* » [vieillir]. Dans le langage populaire, le terme « *kvdre* » est neutre et il qualifie aussi bien la personne, l'animal que les plantes et les choses. De la même racine que « kêem*a* », le mot « *kasma* » qui en dérive désigne le « plus âgé » ou une personne mûre qui s'oppose à « *bibilfou* » (jeune). Ces termes « kêem*a* » et « kasma » ne renvoient pas nécessairement à l'idée de vieillesse mais à la classe d'aînesse. Ces mots n'auront de sens social que dans leur contexte d'emploi. Aussi, on découvrira au fil du texte des usages contextualisés de ces expressions.

2. Les expériences du vieillir

La problématique examine les expériences du vieillir dans ses rapports aux techniques de traitement des corps à partir de trois entrées empiriques.

Les solidarités familiales ne sont pas des données « naturelles » mais sont influencées par la configuration de l'unité domestique. Les nouvelles conversions religieuses, les mobilités résidentielles provoquées par les lotissements et les déguerpissements, les ruptures conjugales, les statuts économiques sont des facteurs de transformations des familles en milieu urbain. Ces facteurs fabriquent des expériences plurielles du vieillir et posent la manière dont les plus âgés de la

société sont pris en charge. Sur qui repose la solidarité familiale ou à qui elle s'impose ? Comment les formes de prises en charge sont-elles perçues par les ainés ? Qui aide qui et comment ? Quelles sont les représentations de la perte de l'autonomie ? Sous quels angles se pose la question de l'autonomie à la vieillesse ? C'est quoi être dépendant pour une personne âgée ? Comment les aidants naturels vivent la prise en charge du grand-âge ? Par ailleurs, les personnes âgées ne vivent pas de façon passive la vieillesse. Elles sont des acteurs engagés dans de multiples rôles familiaux, sociaux et politiques. Que font les femmes et les hommes à la vieillesse ? Ces fonctions évoluent-elles selon la confuguration familiale ? En quoi ces rôles sont-ils une source d'autorité familiale ? Comment les plus âgés se prennent-ils en charge ?

L'âge est un facteur d'inégalités de santé. La vieillesse se fait le corolaire d'état fragile de santé et par moment conduit à une hospitalisation. L'hôpital fonctionne avec des nombreuses contraintes financières, humaines et matérielles. Les phénomènes de sélection et de triage des malades questionnent la légitimité du malade âgé à l'hôpital. Comment les itinéraires thérapeutiques se construisent en fonction des ressources familiales ? Quelles sont les logiques de recours ou de non recours aux soins ? Comment se pose le problème d'accessibilité aux soins spécialisés ? Comment les solidarités familiales fonctionnent-elles en cas de maladie chronique? Comment la relation thérapeutique est-elle façonnée par la construction biomédicale du vieillissement ? Dans quelles mesures, l'engagement de la famille auprès du malade âgé peut-il influencé le rapport entre le soignant et le soigné ?

Le vieillissement a un sexe. Autrement dit il n'est pas vécu de la même manière selon que l'on soit une femme ou un homme. Comprendre l'expérience du « vieillir » au féminin suppose de prendre en compte la prise en charge institutionnelle des femmes accusées de sorcellerie. En milieu urbain comme en milieu rural, certaines femmes âgées, sans soutiens matériels, économiques et relationnels sont parfois accusées de sorcellerie. C'est ainsi que quelques six cents femmes sont accueilies dans des centres où elles bénéficient d'une prise en charge alimentaire, sanitaire et d'un renforcement des capacités financières. Comment la structure a été créée ? Quelle est son histoire ? Comment fonctionne le centre ?

Quels sont les effets sur les pensionnaires ? Quelles sont les formes de solidarités entre les femmes ? Que deviennent les solidarités familiales ? Quels sont les rapports entre les résidentes et le service social ? Comment cette relation se construit et se maintient ? Comment les femmes vivent cette exclusion ? Comment s'adaptent-elles ? Pourquoi certaines veulent (ou ne veulent pas) retourner dans leurs familles ? Pourquoi certains membres reviennent (ou ne reviennent) ramener leurs mères en familles ? Quels sont les intervenants extérieurs ?

Cette ethnographie de la prise en charge des sujets vieillissants dans les familles et les structures publiques de soins doit être articulée à un questionnement politique afin de comprendre les ressorts explicatifs de ce paradoxe entre les discours politiques et la faiblesse des interventions publiques. Deux dispositifs publics de prise en charge de la vieillesse (le programme national de la santé des personnes âgées et le plan de lutte contre l'exclusion des personnes accusées de sorcellerie) ont été mis en place respectivement en 2008 et en 2012. Ces dispostifs manquent cruellement de ressources financières, humaines et matérielles. Quelles ont été les conditions sociales et politiques de leur génèse ? Comment le vieillissement est-il construit comme un problème public ? Qui sont les acteurs de cette construction ? Selon quelles logiques, les actions concrètes sont-elles mises en œuvre sur le terrain ? Qu'en pensent les bénéficiaires et les professionnels ?

Les questions peuvent êtres ainsi regroupées en trois : comment comprendre l'invisibilité du sujet âgé dans la littérature africaniste sur la vieillesse ? Comment au quotidien les personnes vieillissantes sont prises en charge aussi bien dans la famille que dans les institutions médico-sociales en cas d'épreuves ? Comment les dispositifs publics se positionnent pour répondre aux attentes et aux besoins de la personne âgée ?

3. La perspective d'une anthropologie du care

Pour explorer la problématique de l'expérience du vieillir, je m'inscris dans une démarche compréhensive et constructiviste en mobilisant non seulement les outils de l'anthropologie du care mais également ceux de l'anthropologie politique de la santé.

3.1. Définition du concept care

L'anthropologue Van Der Geest Sjaak convoque les travaux du philosophe Heidegger (1962) pour éclairer le concept de care. Selon l'auteur, le philosophe emploie le terme « *die sorge* », un équivalent du care pour caractériser la structure de l'être. Il fait du care une composante de la vie humaine, inscrite dans une relation sociale. Le care est un mouvement vers les autres et de ce fait « être pour un humain, c'est être avec les autres » (Van Der Geest, 2002 : 41), c'est-à-dire tendre vers la présence des autres. Toutefois, le care un concept ambigu et polysémique dont le sens reste lié aux contextes.

La notion de care renvoie au concept de prise en charge (Weber, 2013). Il s'agit de la responsabilité juridique (avoir la charge de) qui comporte une part de tracas, de poids et de fardeau au moment de l'épreuve. Le terme care en anglais est plutôt positif, chaleureux et affectif (Weber, 2013). Aussi dit-on dans cette langue « take care » pour signifier « prend bien soin de toi » (Ibid., p.36

Tronto (2012) va critiquer le fait que le care, en tant que partie de la vie se retrouve être laissé aux femmes et aux populations marginalisées (domestiques, esclaves) et confinée dans la sphère privée. L'auteure s'attache à faire une analyse du changement de l'organisation du care. Elle définit le care comme un processus complexe en quatre phases : se soucier de *(caring about)* ; prendre en charge *(caring for)* ; donner des soins *(care giving*) et de recevoir des soins *(care receving).* Elle précise que l'activité du care demande des qualités morales comme l'attention, la responsabilité, la compétence et la bonne réponse. Le care comme « souci des autres » renvoie à la capacité des acteurs à développer à l'égard d'autrui des sentiments d'empathie et de compassion. Cette notion exprime de la sollicitude et de l'attention aux autres dans leur spécificité (Paperman et Laugier, 2011). Le care revêt une dimension relationnelle très forte parce qu'il suppose une interdépendance entre la personne et son environnement. A ce titre, l'auteure

reconnaît le caractère contextuel du care, puisqu'il vise à répondre aux besoins très variables des individus.

Au niveau local, le terme local *Moore* « *zambo* » (litt. Tenir par la main) renvoie au care. Le mot « *zambo* » s'adresse à deux groupes cibles pour deux finalités. La première cible est « l'enfant (*biiga*) » auprès de qui on poursuit une finalité de fabrique d'une personne à travers la formation, l'éducation, l'administration de soins en période de bonne santé ou de maladie. La deuxième cible s'adresse à toute personne « *nèda* » dans une situation de souffrance (maladie) ou de vieillesse. Pour la personne âgée, la finalité de la prise en charge dépend de l'état de santé de la personne. A l'hôpital, monsieur *Lallé*, un jardinier me raconte qu'il a arrêté son travail durant le temps de l'hospitalisation de son frère, un retraité pour le « *zan* » (assister). Cette modalité de « *zambo* » consiste à aller acheter les médicaments, à laver le malade, lui donner à manger, refaire le lit. En somme, il joue le rôle d'une partie des tâches de soins infirmiers. La finalité est la guérison de la maladie.

La fille d'une femme, jadis hébergée dans un centre de femme accusée de sorcellerie me dit qu'elle a ramené sa mère à la maison pour s'occuper d'elle (*um na zan*. Litt. Pour la tenir) car elle est « vieille » maintenant. Elle est accueillie et hébergée dans une maison « Entrée-Coucher » (un studio). A chaque fois que je suis allé chez elle, j'ai vu une vieille femme, bien lavée et joliment habillée. Sa fille lui parle avec une certaine douceur en la vouvoyant. Bernadette, elle-même me dit qu'elle est contente de sa nouvelle vie. Le terme « *zan* » ou « *zambo* » renvoie alors aux pratiques, aux gestes et à la façon de parler.

Au cours d'un entretien avec une femme de 75 ans, celle-ci raconte la façon dont ses enfants prennent soin d'elle en ces propos : *« On s'occupe bien de moi ; partout on m'appelle Yaaba (grande mère), pugdeba (tante). Je ne vais pas au puits (kuiliga) » (Entretien du 20 mars 2013).* Le terme « *zambo* » intègre les petits soins du corps, comme Marie-Juliette, une femme de 70 ans qui se fait natter la tête au moins toutes les deux semaines par sa fille-ainée. De même pour la toilette de Marie-Juliette, sa fille benjamine chauffe l'eau, vide dans un seau et s'assure que la chaleur de l'eau convient. Elle dépose le seau d'eau dans la toilette avec le savon et le filet. Après la toilette, le soir, elle apporte la pommade anti-moustique et le repas.

Dans la plupart des définitions recensées, il n'est pas fait mention de la gestion du mort dans le processus de care. Pourtant les aspects liés à la mort et aux funérailles relèvent du care car ils participent au bien-être actuel de la personne âgée. Au cours du même entretien avec la femme hébergée dans le centre, tout en reconnaissant que ses conditions matérielles de vie sont satisfaisantes, elle se préoccupe de son enterrement et demande à partir chez elle.

L'ensemble des définitions du care ne nous fait pas sortir de l'ambiguïté et de la complexité du terme. En effet, Sjaak Van Der Geest montre que les activités de care auprès des sujets âgés en milieu rural ghanéen se composent de la toilette, de l'habillement, de la compagnie, des visites. C'est pourquoi, il suggère d'utiliser avec une certaine précaution ce concept, car le care est une construction sociale, qui s'actualise en fonction du contexte culturel, économique et du statut social de l'individu. Cette prise en compte de son ancrage social me conduit à revisiter le cheminement de la naissance de la théorie du care.

3.2. Naissance d'un courant de pensée

C'est au tournant des années 1980 que l'éthique du care s'est imposée comme une référence incontournable dans le champ social, moral et politique en Amérique, avant d'atteindre l'Europe. Elle a donné la naissance à un courant scientifique pour appréhender les relations de soins dans divers domaines.

C'est d'abord dans le champ de la psychologie morale que la perspective du care s'est développée à partir des travaux de Carol Gilligan, une américaine, dans son ouvrage de référence « Une voix différente » (1982). Elle cherche à décrire une orientation morale différente de celle classiquement décrite dans la théorie morale de Lawrence Kohlberg. Les anciens travaux de la psychologie morale identifient des stades de développement cognitif à partir des réponses apportés par des enfants aux dilemmes moraux dont le plus célèbre est le dilemme de Heinz.

Ce dilemme « met en scène un homme, Heinz dont la femme mourante ne peut être sauvée que par le médicament qu'il n'a (ou aimerait-on ajouter, qu'ils n'ont pas) pas les moyens de se procurer légalement. Le pharmacien ayant refusé de lui faire crédit ou de lui accorder une réduction, le dilemme moral de Heinz se situe dans l'alternative entre voler le pharmacien et laisser mourir sa femme »

(Nurock, 2010 : 45). Il est donc demandé à des adolescents (Jack et Amy) de faire un choix. Jack, un garçon de onze ans, suggère de voler le médicament. Pour celui-ci, « la priorité est de sauver sa femme et celui lui donne le droit de voler. S'il se fait prendre, ajoute-t-il, le juge comprendra et devrait imposer la sentence la plus légère puisqu'il est tenue d'une certaine façon dans son droit » (Laugier, 2010 : 62). Amy, une fille de même âge, ne partage pas l'avis de Jack et pense « qu'il y a peut-être d'autres moyens de s'en sortir, sans avoir à voler. Il pourrait emprunter de l'argent par exemple. Mais il ne devrait vraiment pas voler et sa femme ne devrait pas mourir non plus » (Laugier, 2010 : 62). Les résultats de ces travaux dans le cadre du système de Kohlberg vont dans le sens d'un développement moral positif des garçons plus que celui des filles. La pensée d'Amy est moins morale que celle de Jack (Laugier, 2010).

Pour Gilligan, le problème n'est pas réductible à un problème de logique mais à un problème relationnel, construit sur la base d'une vision du monde différente. L'auteure soulève les insuffisances théoriques et méthodologiques des travaux de la psychologie morale dominante à cette époque. Le premier problème méthodologique est que ces théories excluent les femmes et les personnes de couleur dans le champ de l'étude sur le développement moral ; le second problème théorique est fondé sur la valeur donnée à l'autonomie et à la rationalité comme critères de développement. Gilligan remet en cause la prétention normative de l'éthique morale au sein de laquelle la maturité morale (que postule le modèle de Kohlberg) valorise l'autonomie et le respect des droits d'individus. Dès lors, elle postule que l'éthique du care consiste à rompre avec les prétentions des théories morales de l'objectivité et de l'universalité pour engager une interprétation des différentes voies morales. Elle accorde une importance aux responsabilités et au maintien des relations plus qu'au primat des droits (Garau et Le Goff, 2010). Le care se veut comme une théorie globale puisque le coût de l'absence du care est palpable dans tous les domaines (santé, éducation, économie) de nos sociétés. Le postulat de l'éthique du care est non seulement la prise de conscience de la réalité de l'interdépendance entre les individus dans la satisfaction des besoins mais également de l'autonomie, comme une illusion car les vies des gens sont entrelacées (Gilligan, 2010). Cependant, le concept d'autonomie demande à être clarifié dans le cadre du vieillissement.

Autonomie, du mot grec « *autos nomos* », signifie « qui se désigne à lui-même sa propre loi » (Ennuyer, 2013 : 141). Dans le champ de la vieillesse, on parle d'autonomie relationnelle qui vise à inclure « les conditions subjectives et sociales de l'autonomie » (Ibid., p.142). Dans ce cas, elle renvoie à la reconnaissance de la dignité de la personne qui ne « se réduit donc pas à un seul aspect de son existence (souffrance, maladie) » (Ibid., p.152) mais la reconnaît « pour ce qu'elle est avec son histoire, sa culture, son entourage, ses goûts et sur un projet de vie » (Ibid., p. 152). Dans cette perspective, l'autonomisation consiste alors à contribuer à faire exister une personne. Ce processus s'inscrit dans une «dynamique d'accompagnement » (Ibid., p.152). Dans le cadre de ma réflexion, l'autonomisation renvoie à cet accompagnement quotidien pour permettre aux femmes exclues d'acquérir des capabilités. Notion issue des travaux d'Amartya Sen et discutée dans le champ de la vieillesse par Marta Nussbaum, le concept de capabilités restitue « l'idée principale que l'individu ne se construit pas seul dans la société » (Ibid., p. 153). Les travaux de Nussbaum, largement commentés par Bernard Ennuyer (2013), identifient une dizaine de capabilités essentielles (la vie, la santé du corps, l'affiliation, le contrôle sur l'environnement etc.) qui permettraient « aux individus de poursuivre une vie digne et épanouie » (Ibid., p.154). Cependant il ne s'agit pas pour moi de chercher à répertorier un ensemble de capabilités, mais de saisir comment les formes de prise en charge (alimentaire, sanitaire, conversion religieuse) produisent de nouvelles identités sociales. L'aspect le plus intéressant pour ma réflexion est que le concept de capabilité peut être mis en résonance avec la notion de désaffiliation qui « rappelle que l'individu ne tient pas débout tout seul » (Ibid., p.154). Autrement dit, il a besoin de points d'appui au niveau familial et communautaire, sinon il risque « la mort sociale » (Ibid., p.153). C'est pourquoi, pour sortir de la dichotomie dépendant/ autonome, le care est redéfini comme « une activité qui vise à maintenir, continuer ou réparer notre monde » (Damamme et Paperman, 2009 : 134).

Dans le champ de la philosophie morale, l'éthique du care est définie comme une orientation morale à part entière. De ces travaux, on retiendra celui de Noddings (1984) qui « a contribué à durcir l'opposition entre théorie du care et théorie de la justice » (Garreau et Le Goff, 2012 : 10) et à lui conférer une « orientation morale naturellement féminine » (Ibid., p.10). Cette orientation lui a valu de nombreuses

critiques du fait que les facteurs sociaux de division sexuelle du travail moral n'ont pas suffisamment été pris en compte. Cette plus grande implication des femmes auprès des plus âgés serait due à leur prédisposition naturelle au care. L'association du care au féminin est une cause sous-jacente de la socialisation différente des filles et des garçons (Vermunt et Richardot, 2010). En s'appuyant sur une analyse de Carol Gilligan, auteure de « Une voix différente » (1982) du conte de fée de Bettelheim (1976), les auteurs montrent que les personnages masculins et féminins sont présentés différemment : l'identité masculine est incarnée par des héros vivant des aventures fortes, tandis que l'identité féminine est représentée par un personnage doux, calme et tourné vers l'intérieur. Ces auteurs décrivent également les rôles différents entre la femme et l'homme dans les manuels scolaires. Ils constatent que le personnel féminin est largement représenté dans les activités maternelles, peu valorisées. Le garçon est présenté à l'extérieur dans les lieux publics. Les auteurs concluent que le care est perçu comme des activités féminines aussi bien dans l'imaginaire que dans le réel (Vermunt et Richardot, 2010). Ces constats s'appliquent bien au contexte de la société burkinabê à travers l'expression populaire « *pag la yiri* » (litt. La femme, c'est la maison). Cette expression traduit le statut assigné à la femme comme mère et gestionnaire de foyer. Elle serait plus qualifiée dans l'assistance leurs parents âgés et malades comme le décrit Sjaak Van Der Geest (2002) dans les sociétés rurales du Ghana. Nos observations et les discours de nos enquêtés ne contredisent pas ces faits pour une majorité des femmes. Celles-ci se retrouvent les plus nombreuses à s'occuper de leurs parents âgés (visites, dons d'argent) au point qu'un retraité me dise qu'il *«vaut mieux avoir des filles aujourd'hui que des garçons* ». Cette opinion semble de plus en plus largement partagée dans la société ouagalaise.

Dans le champ de la philosophie politique, les contributions vont porter sur l'articulation entre le care et la justice. La pensée de la justice se fonde sur des principes moraux universels, appliqués de manière impartiale alors que la pensée du care met l'accent sur la réactivité à des situations particulières qui demandent une attention (Laugier, 2010). Commentant les travaux d'Eva Feder Kittay, Garau et Le Goff (2010) soulignent les insuffisances de la théorie de la justice. Elles portent sur une idéalisation des citoyens, censés être égaux et ayant la capacité de participer librement à la coopération sociale. En outre elles occultent les intérêts

des dispensateurs de care. Joan Tronto (2009) propose de sortir de la conception sentimentaliste de la relation duale du care en élargissant les domaines d'activités du care. Pour ce faire, elle définit le care comme «une dimension essentielle de la vie humaine comprise comme existence relationnelle et sociale» *(*Tronto, 2009 : 79). Elle plaide alors pour une politisation du care par une analyse des conditions concrètes dans lesquelles, le care s'apprend et se pratique. Cette posture permet de repenser la coopération sociale et les valeurs des institutions (Tronto, 2009).

Aujourd'hui, on parle des éthiques et des politiques de care et non d'une éthique du care. Dans cette perspective, la théorie du care analyse «les relations sociales organisées autour de la dépendance et de la vulnérabilité» (Laugier, 2010 : 66). Pour l'éthique du care, la question est de savoir ce que signifie pour nos sociétés contemporaines le fait de prendre au sérieux et d'intégrer à nos conceptions d'une bonne société, les valeurs du care que sont la prévenance, la responsabilité, la compassion ou l'attention aux besoins des autres. L'enjeu porte alors sur l'identification du groupe vulnérable. Mais qui est vulnérable ?

A cette interrogation, l'«anthropologie de la vulnérabilité et des besoins » défendue par Tronto répond clairement que « nous sommes tous vulnérables et pris dans des réseaux complexes de relations de care tout au long de la vie. Dans ce cadre, la dépendance est donc comprise à un niveau fondamental comme interdépendance et vulnérabilité » (Garou et le Goff, 2010 : 79). C'est alors le refus d'admettre la vulnérabilité partagée, la fragilité de l'existence quel que soit l'âge, qui a conduit à des pratiques d'identification sélective à certains groupes comme vulnérables, dépendantes. Progressivement la vulnérabilité est devenue un manque, un échec ou une anomalie ; d'où l'assignation de la prise en charge des aînés soit à l'hôpital ou à la maison par des individus spécifiques.

Dans les travaux des sociologues, le care sera appréhendée non plus seulement comme une attitude attentionnée mais également comme « un ensemble de pratiques sociales orientées vers l'interprétation et la réponse aux besoins d'autrui » (Garreau et Le Goff, 2012 : 11). Cette contribution a permis d'utiliser le care comme un concept analytique des relations au sein de la famille, des relations de soin aux « nin-kêemse » et aux « pug gnãse » dans les services de santé et dans les services d'assistance sociale. Aussi, ces travaux ont permis de souligner les rôles

des contextes sociaux et institutionnels dans l'effectuation d'un care adéquat et adapté à la cible. C'est vers cette orientation que je propose d'inscrire mon travail en tentant de comprendre comment le care envers les sujets vieillissants se pratique dans les trois lieux que sont la famille, l'hôpital et le centre d'accueil.

Ce choix est justifié par le fait dans le champ de l'anthropologie africaniste, très peu de travaux ont mobilisé ce courant scientifique. En dehors de quelques réflexions menées en milieu rural du Ghana qui ont été conduites par l'anthropologue Sjaak Van der Geest pour analyser la prise en charge de la personne âgée, Mathilde Couderc (2005) évoque l'absence d'une articulation théorique et interdisciplinaire autour du thème du vieillissement. Mais, elle reconnait l'intérêt de l'apport théorique à la formulation d'une anthropologie de l'âge, ou encore à une anthropologie du corps et de la santé. Elle poursuit en affirmant que la problématique du vieillissement permettrait de traiter les questions de prise en charge de certaines populations en posant, de façon plus globale, les questions de la gestion des frontières et de l'altérité produites par nos sociétés. Se référant aux travaux de Corin (1982), elle propose de « conceptualiser et intégrer les différentes dimensions du vieillissement en adoptant une approche processuelle des rapports entre les personnes vieillissantes et leur environnement, ceci en évitant d'adopter une vision problématisée mais plutôt en privilégiant une approche émique comme principe d'analyse ou d'interprétation » (Couderc, 2005 : 34). Cette posture suppose de prendre en compte le parcours de vie individuel, «composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins liées entre elles, renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence de chacun. Ces trajectoires sont loin d'être univoques, se présentent comme des séquences de positions, de transitions et d'évènements» (Gastron et al, 2013 : 64). L'ambition serait de faire que « l'anthropologie du vieillissement» puisse se nourrir de la contribution d'autres théories anthropologiques.

3. 3. Anthropologie du care des personnes vieillissantes

Le care comme un ensemble d'activités visant le soin à autrui s'exerce dans plusieurs espaces de vie. Ces différents lieux offrent chacun un cadre adéquat pour que « s'y déploient des relations d'aides aux qualités pragmatiques spécifiques » (Pattaroni, 2006 : 178). J'ai retenu trois lieux : la famille, l'hôpital et le centre d'accueil pour femmes accusées de sorcellerie. Le mouvement commun de ces trois espaces est celui « d'une recherche de l'autonomisation et de la responsabilisation des personnes en difficulté » (Ibid., p.178). Dans ce cas, une anthropologie du care des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » s'intéresse aux acteurs, aux modes de financement et aux lieux de production de care (Damamme et Paperman, 2009). C'est pourquoi, je cherche à comprendre la place de l'Etat (hôpital et centre d'accueil) et de la famille dans le processus de production du care. L'intérêt d'une telle démarche est non seulement d'identifier les rôles des acteurs (protagonistes ou complémentaires) mais également de prendre en compte les rapports de genre qui traversent les arrangements sociaux et politiques (Ibid., 2009). Cette ethnographie des activités du care auprès des personnes vieillissantes, ne peut faire l'économie de la prise en compte des différentes définitions de la vieillesse.

La vieillesse est appréhendée soit comme une épreuve (Caradec, 2004) ou comme un moment de pouvoir. Commentant les travaux de Gabriel Marcel, Mesot Hervé défend le potentiel heuristique de l'épreuve « pour étudier des dimensions de l'expérience humaine qui échappent à la connaissance objective [telle que] la souffrance […] des êtres dans leurs singularités » (Mesot, 2005 : 216). Cependant, l'auteur rappelle la difficulté à étudier l'épreuve comme une unité d'analyse en soi dans la mesure où elle n'est pas isolable dans la vie quotidienne au moyen de critères objectifs. Ainsi l'épreuve «est plutôt un phénomène subjectif et intersubjectif qui se réfère à l'expérience de ceux qui l'éprouvent » (Ibid., p.216). Toutefois, l'épreuve est multiple et revêt plusieurs formes: « l'absence, l'aliénation, la captivité, l'échec sous toutes ses formes, l'exil, la foi contestée, la guerre, la maladie, la mort, la privation, la séparation, la servitude, la solitude, la souffrance, la stérilité » (ibid. p. 216). La diversité des épreuves fait qu'elles sont des grilles de lecture des inégalités sociales. A ce titre, elles sont définies comme « des défis divers, socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter (Martucelli et Caradec, 2005 : 307). Le « nin-kêema » ou le

« pug gnãga» riche comme pauvre tombe malade et à ces moments, il a besoin de soin (care). Deux types de souffrance seront abordés dans ma thèse. Il s'agit de la maladie et de l'exclusion sociale à la suite de l'accusation de sorcellerie. Ces deux évènements entrainant une rupture biographique relèvent par conséquent de la santé. Dans ce cas, la santé est définie comme « une qualité d'être, une perception de soi et du rapport aux autres » (Fassin, 1996 : 12).

Ne retenir de la vieillesse que l'épreuve me semble réductrice car les réalités quotidiennes nous montrent des « nin-kêemse» et des «pug gnãse » en bonne santé, engagés dans de multiples activités sociales, économiques et politiques. Cependant, il faut prendre garde de ne pas s'appesantir sur la vieillesse comme une période de pouvoir qui ferait que les rapports entre les générations sont marqués par le respect, la soumission, la domination des plus âgés et les conflits. Cette généralisation nous éloigne de la vérité sociale car au quotidien, on rencontre des «nin-kêemse» mendiants, malades qui n'ont pas de pouvoir.

Entre ces deux dimensions (pouvoir et épreuve), il est possible de trouver une voie de conciliation et c'est celle que je propose d'emprunter. La vieillesse n'est ni le pouvoir, ni les épreuves mais les deux dimensions agissent de manière simultanée ou concomitante en fonction des contextes. Cette orientation permet de dépasser la dichotomie descriptif/ normatif car il est difficile « de décrire l'activité [de care] et le travail sans prendre en compte leur dimension éthique » (Paperman, 2009 : 90). En effet, l'éthique du care se propose de montrer les valeurs et la centralité de ces activités et la sensibilité morale qui leur sont associées (Ibid., 2009). Il s'agit d'un déplacement du centre de la gravité de l'éthique du juste à l'important (Laugier, 2009). Saisir ce qui est important pour autrui, suppose de rendre compte des expériences ordinaires des sujets âgés. Dans ce sens le corps souffrant est une source créatrice d'expériences (Good, 1998).

La relation de care se doit d'emprunter une voie médiane qui permet de saisir les expériences du vieillir. L'expérience n'est pas l'équivalent de comportement car « nous décrivons les comportements des autres mais nous caractérisons notre propre expérience » (Bruner, 1986 : 5). L'auteur insiste sur le fait que l'expérience est une construction culturelle dont ses structures d'expression sont dominées par une narration de soi mise en relation avec l'histoire du contexte.

Les expériences du vieillir recouvrent trois dimensions : la première porte sur l'expérience de l'altérité dans les interactions entre le donneur et le bénéficiaire de l'aide. La deuxième concerne l'expérience de soi qui renvoie au vécu, au flux des émotions et à des sentiments. Cette expérience de soi suppose « une triple caractérisation de l'acteur » (Martucelli, 2010 : 119). Il faudrait le redéfinir comme un acteur qui éprouve, qui a une sensibilité esthétique, qui exprime une émotion subjective à la première personne du singulier. C'est en plus un acteur sensible et vulnérable, d'où l'importance de pouvoir jeter un regard capable de rendre compte des expériences intimes, subjectives ou existentielles. (Ibid., 2010). Les expériences du vieillir vont se calquer sur le flux temporel de la vie où les évènements occupent une position dans une séquence temporelle. Dès lors, les expériences de vieillir varient en fonction des cohortes d'individus et à l'intérieur d'une même génération, elles varient en fonction des contextes.

Dans la dernière dimension, l'expérience désigne non seulement « les techniques de résolution des problèmes » (Dubet, 2007 : 104) mais également les rôles, des statuts et normes de la vieillesse qui participent à faire du « nin-kεεma » un acteur et un sujet (ibid. 2007). Il s'agit de la manière de faire et d'être au cours de l'avancée en âge. En effet, derrière les manières d'agir se cachent des structures d'action, des arbitrages et des systèmes de justifications. C'est pourquoi, comprendre l'expérience singulière suppose de remonter aussi bien aux histoires les plus petites et les plus triviales, comme également les conflits et les enjeux qui structurent la vie sociale. La singularité des acteurs permet de mettre à nu « la façon dont s'agencent les forces et les « faits sociaux » » (ibid., p.104) car si chacun construit son expérience de manière unique, « il faut reconnaître que les histoires et les conditions de vie ne se ressemblent pas, pas plus que les matériaux à partir desquels cette expérience est construite » (ibid., p. 105).

Les activités du care comme un processus relationnel se déroulent dans divers contextes de vie. La relation d'aide peut revêtir plusieurs visages afin de pouvoir répondre aux différentes vulnérabilités de la personne (Pattaroni, 2006). Dès lors les soins à domicile [informal care] et les soins professionnels [formal care] co-existentent (Litwin et Attias-Donfut, 2009) afin d'aider la personne à supporter les épreuves existentielles. Ce partage de rôles entre la famille et les acteurs

institutionnels externes est conçu comme une compensation hiérarchisée (Ibid. 2009). En d'autres termes, les institutions n'interviennent que lorsque les familles expriment une certaine incapacité.

3.3.1. Le care domestique

Le care domestique est qualifié d'informel par opposition à celui qui est offert par les professionnels. Mon intention est de décrire ce qui est fait par les membres de la famille dans la sphère privée. Pour restituer ce travail de care dans l'espace domestique, il importe de donner la priorité à la description des activités de soins et à l'organisation sociale de la famille (Damamme et Paperman, 2009).

En premier lieu, le care domestique renvoie à la relation dyadique, c'est-à-dire à la relation d'aide. Les questions de care interrogent la responsabilité individuelle de la prise en charge des parents âgés « en régime de familiarité » (Pattaroni, 2006 : 180). Dans la famille, la relation d'aide prend appui sur des « repères singuliers, forgés dans le temps » (Ibid., p. 180). Dans le care domestique « la dimension réflexive de l'action s'estompe et est remplacée par un engagement routinier guidé par les prises qu'offre l'environnement familier » (Ibid., p.189). Dans cette posture, la sollicitude devient un geste familier envers un proche, un être familier. Par proche, l'auteur le définit comme « celui dont on connait le rapport au monde, ou aux situations dans ce qu'il a de singulier et par-là, dont on saisit les déconvenues ou les attentes qui lui sont propres » (Ibid., p.189). C'est dans ce sens, que le care familier, empreint de complicité distingue « cette relation d'aide des modalités plus formelles du travail social » (Ibid., p.189). Une description et une analyse des prises en charge au quotidien sont envisagées comme des processus dont les représentations du corps et de la vieillesse occupent une place importante. Une véritable ambivalence se construit autour de la personne âgée entre la crainte du grand âge, appréhendée comme un corps létal, qui commande une prise de distance, et aussi les questions d'honneur, de dignité familiale. Dans cette perspective, Chanial (2012) en fait une relecture de la théorie du don et contre-don sous le prisme de la théorie du care. Selon cet auteur, Mauss en faisant du don le roc de la sociabilité permet de découvrir la condition même de la vie humaine. Cette condition est la précarité du soi, de l'autre et de la vie même ; ce qui expose la vulnérabilité du corps à une finitude avec la vieillesse. Dès lors les actions de soins

(care) se définissent comme « une forme de relation orientée vers les besoins d'autrui, une relation de soins d'aide, de prise en charge d'un autrui avant tout vulnérable » (Chanial, 2012 : 87). L'environnement familial est supposé dans ce cas être un espace de bienfait personnel où « ce qui est en jeu est la possibilité de s'épanouir, d'être reconnu » (Pattaroni, 2006 : 181). Dans cette perspective, le care peut à l'instar du don de Mauss, recouvrir une relation sociale totale. A ce titre, l'analyse de Maurice Godelier de la théorie de Mauss, apporte un éclairage supplémentaire au cycle de la prise en charge des parents âgés. Cet auteur montre qu'il y a une quatrième obligation qui succède aux trois autres : l'obligation de donner, l'obligation de recevoir, l'obligation de rendre et l'obligation de donner « aux dieux, aux esprits de la nature et aux esprits de la mort » (Godelier, 1996 : 250). L'ancêtre ou le Dieu unique à qui on fait des sacrifices rituels que ça soit des funérailles, des messes de requiem, des « dwa » et des dons d'argent (dimes de l'église) est une forme de reconnaissance que ce sont « eux les véritables propriétaires des choses et des biens du monde » (Ibid., p. 250). C'est ainsi que les politiques de prestiges (Van der Geest, 2002) associées aux funérailles et aux messes de requiem occupent une place importante dans l'expérience de vieillir. Au niveau de la famille, le concept de parenté pratique (Weber, 2005) permet de saisir les réseaux qui se constituent autour de la personne âgée pour satisfaire ses besoins. C'est en son sein qu'il faut également comprendre les processus de désignation (partage des responsabilités) et de délégation (confier une partie des taches à d'autres personnes extérieures) qui se développent dans la vie familiale de tous les jours. Au centre des contraintes économiques, se joue d'une part « l'idée de la valeur, de l'utile, de l'intérêt, de l'acquisition de l'accumulation et d'autre part celle de la consommation, même de la dépense pure » (Weber, 2012 : 234). En l'absence d'une sécurité sociale pour tous, les solidarités familiales, qui sont les principales pourvoyeuses de soins aux parents âgés, ne doivent pas être perçues comme un rapport contractuel normatif et moral mais elles sont influencées par les contextes de leur production. L'épreuve familiale résulte de la tension entre les obligations morales et éthiques de prendre en charge les parents âgés et l'impossibilité de le faire face aux contraintes. C'est pourquoi ma thèse cherche à répondre aux questions suivantes : A quelles contraintes les familles font face dans la prise en charge ? Comment les besoins de la personne âgée sont-ils reconnus ou niés ? Comment les aidants familiaux (entourage) organisent ou n'organisent pas cette

prise en charge ? Comment le partage des responsabilités se fait entre les membres de la famille ? Comment les représentations de la vieillesse influencent l'engagement auprès du parent âgé ?

Enfin, le care domestique renvoie à l'auto-prise en charge. Le care n'est pas la « *selflessness* », la négligence de soi (Laugier, 2010). Pour Le Breton, la notion de care, ne se limite pas aux attitudes et pratiques tournées vers les autres pour leur apporter une aide. Il propose de voir une autre facette, centrée uniquement sur soi-même et qui vise à se concilier avec le regard de l'autre. Dans cette perspective la beauté et la santé vont dans le même mouvement. La beauté relève d'un soin, elle témoigne d'un souci de santé. Les pratiques d'esthétisation cherchent à prendre en compte la qualité de la relation nouée avec les autres et avec soi. Il s'agit de donner une image corporelle « agréable […], le fait de se voir en harmonie sous le regard des autres» (Le Breton, 2013 : 214). Les cosmétiques qui relaient le médecin et les soins de beauté sont une version heureuse de la médecine. Les pratiques d'esthétisation s'inscrivent dans le cadre d'une recherche de bien-être car « le soin bien ordonné commence par soi-même » (ibid., p., 215). Dans ce sens, l'idée de s'occuper de soi, le souci de soi, les activités de la vie ordinaire qui participent au bien-être de la personne relèvent du care. Comment les personnes âgées se définissent elles-mêmes ? Comment ces formes d'auto-nomination participent à construire une image de soi ? Comment le corps est-il soigné ou au contraire négligé ? Que font-elles au quotidien ?

L'organisation du care dans la famille suppose de coordonner les temporalités entre les différents producteurs de care et d'assurer la continuité des soins. Dans cette optique, la prise en charge peut faire l'objet d'une délimitation d'un ensemble de tâches correspondant aux rôles de certaines institutions publiques. A ce titre, je prendrai deux exemples concrets pour analyser les réponses institutionnelles aux besoins de la personne âgée.

Ces cas concrets illustrent que le care est une activité importante de réparation du corps souffrant. Les activités de care englobent à la fois la relation thérapique (relation d'aide) au niveau de la famille, la relation thérapeutique à l'hôpital (Le Blanc, 2009) ainsi que l'accompagnement dans les centres d'hébergement. Le care, comme un savoir technique a un but précis, qualitatif et

vital, au sens où il veut répondre à une difficulté, un problème, une pathologie rencontrée par un individu (Laugier, 2010). La relation entre le care et l'empowerment (ce point sera abordé au chapitre 8) découle de la subdivision du travail de care dans les institutions, autre que la famille. Cette relation est importante parce qu'elle met à jour « les différences possibles de pouvoir dans lesquelles se trouvent celui qui offre les soins et celui qui les reçoit dans chaque situation » (Tronto, 2009 : 42). Les activités du care peuvent être interprétées comme un processus d'empowerment en faveur des individus en situation de perte de pouvoir d'agir. Cette dimension professionnelle institutionnalise les activités du care dans le domaine médical et dans le champ du travail social. Comment les institutions médico-sociales complètent les actions de la famille ?

3.3.2. Le care dans le travail médical

Le premier modèle est fortement enraciné dans le travail médical désigné sur le terme « care model » (Thompson &Thompson, 2001). Ce point sera analysé plus loin (au chapitre 7 de la thèse) à partir d'une enquête conduite dans un service de cardiologie. Le care vise à guérir la maladie ou tout du moins de permettre une adaptation à la vie. Du fait de la spécificité de la maladie de la personne vieillissante, la prise en charge ne vise pas toujours à la guérison totale mais à une réduction du handicap résultant des déficiences ou des incapacités fonctionnelles pour permettre une bonne adaptation à l'environnement social. Dans ce cas, il faut interroger aussi bien les itinéraires thérapeutiques (Duthé, 2010) que la dimension éthique des pratiques professionnelles. Dans un espace urbain où coexistent plusieurs formes de médecines (publique, privées, traditionnelles) ce n'est plus seulement la connaissance du système de santé qui justifie le choix, mais surtout la recherche du meilleur soin [care] (Le Marcis, 2004). La relation entre le médecin et le patient âgé est influencée par le discours médical sur la vieillesse comme déclin physique et mental mais également sur les représentations locales de la personne âgée. Quel est le statut du sujet âgé malade à l'hôpital ? Quelles sont les figures des malades âgés ? Comment se négocie l'accès au soin spécialisé ? Comment le vieillissement peut-il occulter les maladies de la personne âgée au point d'engendrer un recours tardif ? Comment les solidarités familiales sont-elles mises à l'épreuve au cours de la maladie du sujet âgé ?

3.3.3. Le care dans le travail social

Le deuxième modèle fait référence au travail social qualifié de «empowerment model» (Thompson &Thompson, 2001). Le renforcement de pouvoir (empowering) des individus pour leur permettre d'avoir un plus grand contrôle sur leurs vies au cours de leur processus de vieillissement est une composante du care. Ce processus est traduit par un anglicisme « empowerment ». Ce concept englobe les principes et les pratiques qui se rattachent à la promotion de la justice sociale auprès des populations démunies et opprimées. Dans son acception juridique le verbe to *empower* signifie «donner pouvoir», «donner procuration » à quelqu'un (Viriot Durandal, 2003). L'intérêt de cette définition, est qu'elle permet de réinscrire la faiblesse et les fragilités du corps dans un processus d'accompagnement de la vieillesse (Charpentier et al, 2014) en tant réponse globale à la souffrance sociale (Fassin, 2010). Son usage en Afrique par les organisations internationales et nationales est associé au domaine du développement économique et de façon spécifique dans le champ du service social et de la santé publique. Il a gagné l'agenda international dans les programmes « genre et développement » où il est surtout question de relier les problèmes des femmes du sud à leur insuffisante intégration au processus de développement (Calvès, 2009). Dans cette posture, « l'empowerment » renvoie à « renforcer la capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les concernant » (Ibid., p.739). Ce processus vise à rétablir la « confiance en soi » (Ibid., p.745). Cependant le pouvoir n'est pas une simple commodité qu'une personne peut donner à une autre. C'est pourquoi, le travailleur social est un facilitateur pour aider la personne à se donner du pouvoir individuellement et collectivement (Thompson &Thompson, 2001). Il importe alors de comprendre la nature du travail et des tâches. Toutefois, il est difficile de donner des critères de « bon care » mais il est de possible de décrire l'organisation du travail et de saisir l'expérience des bénéficiaires du care, comme celle des travailleurs. Le travail de care prend alors « les formes d'une pédagogie qui se tient au plus près de la personne » (Pattaroni, 2006 : 189). A ce titre, le care vise le « traitement équitable de la personne et de son devenir autonome » (Ibid., p.192). C'est ainsi, qu'une ethnographie de ce travail social dans un centre d'accueil pour femmes accusées de sorcellerie permettra de comprendre les modalités bien spécifiques de la relation

d'accompagnement. Que signifie vieillir pour une « femme sorcière » dans un centre d'accueil ? Comment le travail social portant sur l'agir pour autrui peut-il devenir un agir avec autrui, se projetant vers un agir autonome des bénéficiaires? Comment le centre façonne le quotidien de ces femmes ? De quoi sont-elles en droit de bénéficier de la part du centre ? Les solidarités familiales sont-elles reconstituées ?

Etant donné que l'objectif du travail du care est de permettre aux personnes vieillissantes de maximiser leur compétence à vivre de façon autonome et de satisfaire leurs besoins de base, le processus d'empowerment ne peut faire l'économie de la prise en compte des inégalités sociales. Cette préoccupation interroge la répartition des ressources publiques en faveur des activités de care.

3.4. La politisation du care

L'importance des activités du care (famille et institutions) justifie sa politisation pour toute une société. En effet, la délimitation du privé (famille) et du public (structure de soins) est de nature politique (Raîd, 2009). Dans cette perspective, on peut retenir la définition extensive du care comme « une caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre monde » (Ibid., p.73). Sous cet angle, le care s'intéresse à la délicate question de l'exclusion sociale et des souffrances (Pattaroni, 2006). Dans ce sens, le rôle et le statut du care relèvent du domaine d'une politique sociale de solidarité envers les individus précarisés (Ibid., 2006). La question que je me pose est dans quelles mesures les bienfaits du care peuvent devenir un bien commun. En d'autres termes, comment le care peut-il prendre place dans les politiques publiques de santé et de protection sociale ?

La question sociale et sanitaire interroge non seulement les pratiques ordinaires de soins données par les professionnels mais également les publics des bénéficiaires de l'action de soins. Dès lors une éthique du care propose une analyse des aspects moraux des politiques publiques qui traitent des questions de la vulnérabilité et de la souffrance sociale des populations. Ce faisant, la relation entre expériences du vieillir et les contextes est médiatisée par le corps souffrant. Les rapports sociaux marquent le corps, comme un produit des inégalités de santé. Introduire une approche dialectique dans l'analyse de la vieillesse pour dépasser

l'homogénéisation à outrance afin de montrer son caractère hétérogène et dynamique, amène à penser de « manière historique l'inégalité au cœur des vies humaines » (Fassin, 2001 : 9). A ce titre, l'anthropologie politique de la santé nous fournit des outils de compréhension par deux manières.

D'abord, elle procède par une redéfinition du concept de santé. Pour ce faire, il convient de dépasser la représentation commune de la santé comme une simple donnée de nature dont son inscription dans le corps la rend visible à travers la maladie ou de façon plus discutable à travers le bien-être (Fassin, 2005). Cet auteur recommande d'appréhender la santé dans sa dimension politique, non pas seulement au sens des politiques de santé (*health policies*) mais au sens plus vaste de politiques de la santé *(politics of health*) qui incluent l'incorporation des inégalités et la protection sociale, les rapports de pouvoir, les processus de subjectivation par lesquels, le rapport au corps se constitue comme un objet légitime de soins (Ibid., 2001). Aussi, la santé devient à la « fois un construit social, au sens que les agents traduisent dans le langage, la maladie et une production de la société au sens de ce que l'ordre du monde s'inscrit dans le corps » (Fassin, 2005 : 8). Ces deux processus sont éminemment politiques car d'un côté, on éclaire le rôle des agents sociaux pour faire reconnaitre un problème de santé touchant les « nin-kêemse » et les « pug gnãse » et de l'autre côté on met l'accent sur les instruments techniques pour appréhender les problèmes liés à la vieillesse. Dans cette perspective, il ne faut pas réduire la définition du politique à la seule dimension institutionnelle, qui ne voit que les acteurs dominants et rend invisibles (Fassin, 1996) les personnes vieillissantes, demandeuses de soins. Ces techniques politiques sont les moyens par lesquelles, «l'État assume et intègre en lui le souci de la vie naturelle des individus » (Ibid., .p.132). Dès lors il s'agit d'inscrire le care dans une compréhension de « ce qui se joue dans la relation entre le corps biologique et le corps social » (Fassin, 1996 : 15). Etant donné que la vie ne se limite pas au quotidien en une séparation entre le phénomène biologique et une existence politique (Fassin, 2005), la vie est alors la mémoire « que l'on a et le récit que l'on en fait » (Ibid., p. 18). A ce titre, les logiques de la mémoire et du récit ont en commun d'inscrire un « sens de ce qui a été vécu à la fois dans des corps et dans des mots » (ibid., p.18). Ils sont à la fois individuels dans l'expérience biographique singulière et collectifs dans une expérience historique partagée (Ibid., 2005). Ce

processus d'incorporation des épreuves et des marques du temps dans le corps permet de rendre compte « de l'empreinte du social dans les manières de faire et d'être » (Ibid., p. 19). Dans cette posture, les conditions sociales dans lesquelles vivent les personnes vieillissantes désignent « la façon dont les faits structurels s'impriment dans les corps » (Ibid., p.19). Celles-ci renvoient au contexte urbain (chapitre 1) très dynamique sur le plan démographique, matériel, économique et politique. Ce changement social fabrique une expérience historique, qui est vécue, interprétée et racontée par chaque sujet âgé. Si les conditions sociales renvoient à la dimension objective, l'expérience historique rend compte de la dimension intersubjective. Ces deux dimensions sont « simultanément individuelles et collectives » (Ibid., p. 19). C'est pourquoi, il convient de s'inscrire dans une perspective de compréhension des mécanismes des inégalités. Dès lors, ce débat s'inscrit dans une anthropologie politique de la santé pour interroger les problèmes d'autonomie et de dépendance car la santé « ne se réduit pas aux dimensions du corporel et du médical : elle embrasse des aspects juridiques, moraux, intellectuels, technologiques» (Fassin, 2000 : 15).

Enfin elle élucide les effets des inégalités sur les corps biologiques. Il s'agit d'élaborer une analyse du corps comme ultime instrument de l'expérience et de compréhension (Merleau-Ponty, 1945) des phénomènes sociaux. Le corps de la personne âgée ne laisse personne indifférente. On ressent de la fascination ou du rejet. A ce titre, « la personne âgée incarne les deux innommables de la modernité : le vieillissement et la mort » (Le Breton, 1990 : 211). L'auteur poursuit : « ni la vieillesse, ni la mort ne remplissent pas ce rôle [de tabou] ; elles sont des anomalies et perturbent le tissu symbolique donnant sens et valeur aux actions sociales : elles incarnent l'irréductible du corps » (ibid., p.221). Le corps dont il est question est « un corps fragile, menacé, miné de petites misères et qui en retour menace l'âme moins par ses exigences trop vigoureuses que par ses propres faiblesses » (Foucault, 1984 : 79). A ce titre les techniques de soin apparaissent comme une « armature permanente de la vie quotidienne » (Foucault, 1984 : 138) car le corps apparait comme « le support de l'identité personnelle et sociale, et comme son lieu d'ancrage » (Feillet, 2012 : 145). Les inégalités sociales produisent de la souffrance et induisent l'établissement d'une transaction thérapeutique. Par ailleurs, la souffrance donne une légitimité d'action, mais le problème se pose à l'identification

du public qui en fournit la justification, et par conséquent les ressources. Fassin (2008) récuse le choix du public sur la base de déficit (faiblesses de ressources, problèmes familiaux, dissolution des liens familiaux). Pour l'auteur ce mode de désignation des bénéficiaires tend à ne voir que les individus en difficultés en jouant « sur une surenchère pathétique, conduisant à une représentation déterminée par le malheur et la souffrance [ce qui conduit] à une culture de la pauvreté revisitée avec ses stéréotypes » (Fassin, 2008 : 67). C'est pourquoi, il dénonce une telle lecture dont l'efficacité est d'autant plus grande puis que l'action sociale prétend à apporter des solutions aux déficiences des individus (ibid., 2008). La nécessaire politisation du care pour prendre en compte les inégalités d'accès aux soins suppose que l'on comprenne le processus de mise sur agenda des problèmes des personnes vieillissantes. Comment le vieillissement est-il construit comme un problème social et politique ? Quel est le rôle des élites âgées ? Qui sont les autres acteurs ? Quelles sont les logiques d'inclusion ou d'exclusion de certaines personnes âgées dans l'offre publique de service ?

3.5. La dimension morale du care

La morale se définit par une distance critique et réflexive par rapport à la vie ordinaire. Elle est centrée sur le choix (que dois-je faire ?) et nécessite une certaine capacité d'action. La morale n'est pas une question de division bien/mal agir mais de savoir ce qui est important. Il faut admettre que toute conduite morale ne se fait pas selon des règles (Laugier, 2010). La question de la dimension morale des soins pose les problèmes de la gestion des situations critiques et les moments de grandes fragilités. La prise en charge de la vieillesse construite sur « une conception de l'obligation fondée sur l'obéissance à la règle ne couvre qu'une partie des comportements faisant l'objet de la morale » (Gareau et Le Goff, 2010 : 74). Les individus au cours de leur avancée en âge font face à une diversité d'incapacité à garder une maîtrise de leur environnement. Cette situation n'est pas en soi, une exception mais relève de la routine au sein des familles.

L'enjeu est de comprendre les tensions qui naissent des obligations morales et éthiques de prendre en charge les parents âgés et l'impossibilité de faire face aux contraintes. La morale n'est pas une question de division bien/mal agir mais de savoir ce qui est important. Cette morale est celle que les égyptologues qualifient

de *« maât »*, un concept qui «invite à l'action bonne et juste, à un engagement actif et éthique ». (Somet, 2005 : 88). Il s'agit d'une morale pratique (faite d'actions et abstentions, mais aussi de gestes d'intentions) et une morale civile axée sur la solidarité et la fraternité réelle. Au niveau individuel, le « maât » signifie concrètement le respect des règles du savoir-vivre ensemble et d'un certain nombre de principes moraux. Comment l'entourage se comporte quand la personne âgée se trouve dans une incapacité réelle de se prendre en charge ? En tant que socle central de l'existence humaine, dans le domaine politique, le «maât » est un concept moral, social et cosmologique (Somet, 2005) qui est construit en fonction de la perception de l'homme pluriel égyptien.

Dans les sociétés d'Afrique australe, le concept de « *Ubuntu »* peut être mis en résonance avec le terme *care.* Ubuntu « englobe aussi bien les notions de justice, de solidarité, de respect de dignité, de compassion, d'humanité » (Somet, 2005 : 90). Commentant la définition de l'Archevêque sud-africain Desmond Tutu, Somet écrit « il (le mot Ubuntu) exprime le fait de se montrer humain. Lorsque nous voulons faire connaître tout le bien que nous pensons de quelqu'un, nous disons « yu u nobuntu » « un tel a de l'Ubuntu » ; ce qui signifie qu'il est tout à la fois généreux, accueillant, amical, humain, compatissant et prêt à partager ce qu'il possède. […] Une personne qui a de l'Ubuntu est ouverte et disponible, elle met les autres en valeur et ne se sent pas menacée s'ils sont compétents et efficaces, dans la mesure où elle possède une confiance qui se nourrit du sentiment qu'elle a d'appartenir à un ensemble et qu'elle se sent rabaissée quand les autres sont rabaissés, humiliés, torturés, opprimés ou traités comme des moins que rien » (ibid., p.90).

La notion de «*burkidlem »* vient du terme « *burkina* » qui signifie intègre. Les valeurs morales associées au «*burkidlem »* seraient entre autre l'honneur, le «yãad-z*oeere* » [honte], le *«nimbãal-zoeere*» [compassion, pitié, miséricorde], le «p*v-peleem*» [l'intégrité]. Ces qualités morales ferraient qu'individuellement et collectivement, les rapports entre les composantes de la société seraient emprunts de « *nedlem* » [humaniste] et de solidarité entre les générations. Dans ce sens, le concept de «*burkidlem »* se rapproche alors des termes de « *ubuntu* » et de *« maât* ».

La question morale des pratiques de soins interroge le sens de la vie. Il

convient également d'apprécier ses dimensions morales car le contexte dans lequel prennent place les demandes conflictuelles est important pour déterminer un acte moral concret (Tronto, 2011). Le recours ou le non recours des aînés à des institutions extérieures pour des besoins spécifiques doit être interprété en fonction des capacités (morales, économiques, relationnelles) des individus à prendre en compte les particularités des relations qui se nouent entre proches à l'intérieur de la famille au cours du cycle de la vie (Paperman, 2011).

La problématique de ce travail peut se résumer en une question centrale: comment les dispositifs de prise en charge des personnes vieillissantes fonctionnent ? Quels sont les effets sur les individus concernés ? Il s'agit d'observer et d'analyser les expériences qu'en font les sujets au cours de leur vieillissement dans la perspective d'une anthropologie de l'expérience, telle que défendue par Turner et Bruner (1986). Ces expériences se construisent à partir des données objectives (échanges de biens et de services) et de données subjectives (émotions, stress, les manières de penser). Le fil rouge de la thèse interroge les expériences de care qu'ont les plus âgés à la fois dans la famille, à l'hôpital et dans le centre d'accueil pour des femmes marginalisées et stigmatisées. L'étude des interactions microscopiques dans le travail de care (thérapeutique, aide, accompagnement), des propos et des façons de vivre et de penser, inscrit cette thèse à la fois dans une anthropologie du care de la vieillesse comme dans une anthropologie politique de la santé. L'ancrage théorique doit être confronté à l'épreuve du terrain.

4. Terrains

La question de la prise en charge des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » « exige de comprendre le fonctionnement du groupe domestique sans s'arrêter aux frontières du ménage » (Weber, 2013 : 78). Pour ce faire, les matériaux de terrain autour desquels se construit ma thèse ont été collectés dans des familles, dans une unité de soins d'un Centre Hospitalier Universitaire et dans un centre d'accueil de femmes accusées de sorcellerie. Le trait commun de ces terrains est qu'il autorise des observations singulières dans les trajectoires individuelles des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » lors de la prise en charge des aînés dans des contextes bien particuliers à un moment donné.

Avant de commencer les enquêtes, le projet de thèse a été soumis au comité national d'éthique pour la recherche en santé en décembre 2011. Celui-ci a fait des observations (cf. annexe 1 et 2) avant de valider le protocole de recherche à la séance du 11 janvier 2012. Je commencerai par justifier le choix de la posture méthodologique avant de décrire les interactions entre l'enquêteur (que je suis) et les acteurs de terrain.

4.1. Le choix d'une posture multi-située

Les expériences du vieillir peuvent être explorées en reconstruisant les connections entre les lieux de production des soins. Le soin s'inscrit dans un continuum entre les trois entités qui se complètent dans leurs activités. Aussi la maladie, en tant qu'événement de rupture biographique fait l'objet d'une première prise en charge en famille avant d'être traitée à l'hôpital. De même, le centre d'accueil, dans le contexte étudié a pour mission d'accompagner des femmes âgées désocialisées (pour accusation de sorcellerie) pour favoriser leur retour en famille. Réduire alors cette recherche à une analyse situationnelle de la famille aurait rendue impossible l'observation des différentes facettes de la prise en charge. Aussi recourir à des descriptions des autres lieux et espaces permet de déplacer le regard vers d'autres domaines dans lesquels « toutes sortes d'événements arrivent aux enquêtés » (Marcus, 2010 : 378). A ce titre, le « contexte s'intègre et se distribue, pièce par pièce dans des objets de l'ethnographie multi située » (Ibid., p.373). Cette posture a l'avantage « d'insérer les sites dans un même cadre » (Ibid., p.377) au sein d'une capitale très large, qu'il est de toute évidence est impossible de décrire de façon exhaustive. Cette démarche à partir du microsocial est recommandée également par Michel Agier (2009) en anthropologie urbaine. Mathieu Hilgers (2012), dans ses travaux dans les villes moyennes en Afrique propose également de décrire certaines structures objectives qui ont une signification sociale profonde pour les habitants. Aussi dans son étude à Koudougou, il met l'accent sur les lotissements, objet de conflits de sociaux. C'est dans ce sens, que je choisis de décrire les acteurs et les lieux de prise en charge à partir du bas, du quotidien et de l'ordinaire. A partir des études de cas élargies, en tant « principe bien plus centrale et structurant de l'ethnographie multisituée » (Marcus, 2010 : 390) j'ai tenté de comprendre les « pratiques microbiennes, singulières et plurielles » (De Certeau, 1990 : 133) qui rendent compte du statut et de la place de la personne âgée dans la

société burkinabé. En effet, « l'individu ethnographique n'est un atome statistique, ni une antériorité romanesque […]. Au contraire, il est le résultat d'un processus, il est le produit d'une histoire que l'on peut bien dire sociale et personnelle » (Beaud et Weber, 2003 : 303-304). Ces « cas singuliers » (Ibid., p. 303) ne sont pas des cas exceptionnels, encore moins des individus représentatifs. En effet, les personnes âgées auprès de qui, j'ai mené des enquêtes ne valent pas à la place d'autres. Elles ne valent que pour elles-mêmes et elles ne sont pas interchangeables (Ibid.2003). Toutefois, l'ethnographie de ces cas doit s'efforcer de rendre compte « du fonctionnement objectif des collectifs dans leur histoire et dans leurs relations » (Ibid., p. 326). C'est pourquoi l'analyse configurationnelle des familles, de l'hôpital et du centre suppose la prise en compte des points de vue interne (les enfants, les sujets âgés) mais également les relations entre ces différentes institutions sociales, engagées dans la prise en charge des personnes vieillissantes. Cette démarche a l'avantage d'éviter les généralisations abusives pour inscrire mon projet dans une perspective plus modeste, celle de saisir l'expérience singulière du vieillir. La compréhension est une démarche processuelle car il faut « aller découvrir ce qui naît, ce qui se transforme » » (Agier, 2009 : 7). Dans la relation d'aide, de soutien ou thérapeutique, les professionnels de santé, les assistants sociaux, les aidants familiaux font advenir des actions vers les « nin-kêemse » et les « pug gnãse », qui à leur tour émettent des réactions. Dans cette analyse interactionniste, il ne faut pas voir « les actions comme des points-origines mais comme des nœuds qui relient souvent des actions accomplies par d'autres personnes » (Glasser, 2010 : 247). Il importe alors de prendre du recul contre une compréhension des phénomènes à partir d'une grille d'interprétation préconçue (Le Marcis, 2010) et de donner une importance à la connaissance située (*grounded theory*) au ras du sol. Articulée à cette approche compréhensive de la vieillesse, j'ai développé une approche constructiviste. En effet, la vieillesse est une construction sociale qui résulte des interactions entre le biologique et le social. A ce titre chaque société définit la vieillesse en fonction de ses propres critères. Quelques soient les critères, ceux-ci ne peuvent pas ignorées les métamorphoses du corps biologique à l'œuvre dans le processus du vieillissement. Dès lors le constructivisme mis en œuvre dans cette thèse s'efforce de décrypter d'une part le lien entre les faits biologiques et les faits sociologiques et de montrer d'autre part que le travail d'objectivation au cours de cette production ne peut pas faire l'économie d'une opération de subjectivation.

L’enjeu est d’aller au-delà des définitions du vieillissement pour comprendre comment les différents acteurs appréhendent les problèmes des plus âgés de la société et les réponses qu’ils en proposent. La première étape de l’enquête commence par les familles. Comment ont-elles été identifiées ?

4.1.1 Les biographies familiales

Plusieurs générations d'individus font partie de mes enquêtés car les statuts sociaux se constituent en fonction des opportunités et des contraintes structurelles. Les biographies familiales permettent de saisir la prise en charge des « nin-kêemse » et des « pug gnãse »au prisme de l’histoire de la famille. Saisir la profondeur historique de la famille permet de comprendre les changements dans les relations de propriété, les valeurs et les modèles d’organisation des familles (Werbner, 2009). En effet, en milieu urbain, les modèles familiaux ont évolué. De plus en plus, les enfants préfèrent s’installer loin de la cour familiale pour se donner une vie conjugale plus convenable à leur idéal familial. En outre, les formes de polygamie tout en diminuant en nombre (Ibid., 2009) se modifient vers une « femme, un ménage », alors que dans la forme traditionnelle, toutes les épouses vivent ensemble. Les histoires de vie, replacées dans leur contexte historique sont des grilles de compréhension de l’organisation des cercles de sécurité autour des ainés. Aussi l’intérêt des biographies familiales est qu’elles autorisent la reconstitution de la mémoire de plusieurs générations qui produit une biographie sociale (Werbner, 2009). L’identification des familles résulte de la mise en œuvre de plusieurs modalités.

Rencontrer des familles

Pour saisir l’ordinaire des familles, je me suis revêtu de plusieurs statuts. D’abord en tant qu’ancien étudiant, poursuivant ma recherche sur la même thématique. Cette première modalité consiste en la réactivation d’une ancienne relation, construite dans le cadre d’un mémoire de maitrise en science de l’éducation et de la promotion de la santé sur les attentes et les besoins des retraités dans la commune de Bogodogo (Rouamba, 2008). Cette étude avait montré que les besoins forment un système composé d’un noyau et d’un nuage de besoins. Le noyau se composait des besoins existentiels : nutrition; argent, et santé. Le nuage est formé des éléments immatériels : le respect; le besoin associatif ; l’avenir des

enfants; l'estime de soi; et l'information télévisuelle. Face à ces besoins, plusieurs acteurs se positionnent pour apporter des réponses. Les politiques publiques axées sur les politiques de vieillesse et de protection sociale se concentrent sur les besoins de revenus et de santé, mais de façon inefficaces. Le mouvement associatif reste confiné au quartier résidentiel, avec des actions dont la visibilité reste faible dans les réponses aux besoins. La famille et les solidarités de proximité se sont révélées être des instruments pertinents de réponse aux besoins et aux attentes des retraités.

La reconnexion avec ces dizaines de familles a eu l'avantage d'inscrire l'ethnographie sur une très longue durée. Elle permet de saisir les mutations survenues dans la famille et de comprendre comment les individus inventent leurs vies quotidiennes en dépit des contraintes. Le biais d'une telle manière de choisir les familles est l'impression de tout savoir. En effet tout parait naturel, évident et allant de soi. Cette posture n'est pas sans implication dans l'interprétation des données.

Mon deuxième statut, lors de ces enquêtes, a été celui de citoyen ordinaire abordant une personne âgée pour échanger avec elle sur ces conditions de vie. Ce n'est qu'au cours des préliminaires que j'expliquais mon statut de doctorant. Il ne fut pas toujours aisé de trouver les mots justes pour présenter le doctorat dans un contexte où la simple évocation de « docteur » renvoie au médecin. Cette deuxième modalité est née à partir de rencontres fortuites comme acheter du charbon, une salutation au cours d'une marche à pieds, une curiosité avec une femme mendiante ou dans le cadre d'une activité professionnelle (formation de tradipraticien de santé). Ce hasard de rencontres a eu l'avantage de favoriser la mise en contact avec une diversité de familles. Les femmes sont plus réceptives au premier contact que les hommes qui montrent des réticences au début. La difficulté réside dans le temps nécessaire à l'établissement d'un rapport de confiance. Le téléphone portable est d'un grand secours pour prendre des rendez-vous afin de localiser le lieu d'habitation.

Enfin, quand la rencontre avait lieu à l'hôpital, mon insertion dans la famille était toujours bien appréciée parce que c'est « *le docteur qui vient voir le malade* » à la maison. Les visites à domicile ont d'abord été perçues comme un suivi médical du malade avant de prendre la forme d'une relation d'enquête. C'est ainsi qu'au

début, je suis assailli de questions sur l'évolution de la maladie, le prix du produit, le lieu le plus proche où l'on peut s'en procurer, la présence ou du non du médecin traitant pour le prochain contrôle médical. Je m'en suis tenu à mon identité d'enquêteur non par manque d'empathie mais pour me préserver de fortes demandes auxquelles je ne serais pas capable de répondre.

A partir de ces trois modes de mise en contact, s'est tissé un réseau d'informateurs multiples rencontrés en fonction de la disponibilité des interlocuteurs et des opportunités qui se présentaient dans les filières de parenté et d'amitié. Jean-Pierre Olivier de Sardan qualifie ce processus de choix des interlocuteurs de « buissonnement ou d'arborescence » puisque chaque entretien conduit à des nouveaux informateurs « suggérés directement ou indirectement » (Olivier de Sardan, 2008 : 27). Ainsi l'enquête de terrain « s'adapte aux divers circuits locaux, à leurs complexités, à leurs imbrications, à leurs distorsions » (Ibid., p.7). Elle participe à une triangulation complexe par l'obtention d'informateurs multiples avec des points de vue divers non pas pour rechercher une version véridique mais pour avoir des discours contrastés (Ibid. 2008). Une fois la famille repérée, commencent les multiples visites afin de saisir le quotidien du ménage.

Saisir l'ordinaire de la famille

S'inscrire dans l'ordinaire de la famille, c'est appréhender la façon dont, au quotidien, les individus vivent les expériences (Le Marcis, 2010) du vieillir. Il peut s'agir de la perte d'un membre de la famille, de la manière dont les «*nin-kêemse* » et les « *pug gnãse »* sont pris en charge en fonction des épisodes de maladies ou comment certains besoins particuliers trouvent ou pas des réponses. Étant donné que la dimension du care est une partie importante de mon travail et que celle-ci dépasse le cadre de l'hôpital (Fassin et Memmi, 2004), j'ai fait une ethnographie des relations familiales et des soins domestiques. Plusieurs entretiens ont été conduits aussi bien auprès individus vieillissants que de leur entourage. Au début, les entretiens ont pris la forme de conversations qui ont l'avantage d'inscrire l'interaction dans une banalité quotidienne (Olivier de Sardan, 2008).

En langue locale, ces entretiens sont nommés le «*sonsga*» (litt. causerie). Le «*sonsga*» s'inscrit dans le cadre global des interactions des personnes âgées avec l'enquêteur. Il ne faudrait pas alors attribuer à cette notion une dimension performative

mais il convient d'analyser l'expérience de «*sonsga*» au travers du prisme de la reconnaissance d'autrui. Le «*sonsga*» est une conversation qui a une multitude de fonction. Il peut servir d'espace de conseils, de confidence et d'expression de l'amitié et d'hospitalité. Ainsi on échange sur tous les aspects de la vie concernant aussi bien l'histoire et l'actualité de la famille, comme celles du quartier, de la capitale. Ces conversations peuvent durer parfois plus de trois à quatre heures au cours desquelles il m'est arrivé de participer à des activités de la famille. L'écoute associée à l'observation des attitudes des acteurs permet de donner du sens aux « silences et non-dits » (Kane, 2012:32) et de sentir les affinités et les conflits latents dans la famille. L'interlocuteur se met à parler à voix basse quand il ne veut pas être entendu par tel membre de la famille. Il ne faut pas perdre de vue que la vie individuelle comporte des épisodes dont l'individu a honte de parler. Dans le récit, il tente alors de masquer ces aspects.

Dans le but de varier les sources d'information, les entretiens ne sont pas uniquement centrés sur la personne âgée. Il importe de mettre en relation le récit du sujet avec d'autres qui permettent de donner du sens à leur vie. A ce titre, la perspective narrative doit être complétée par une perspective dialogique car les entretiens avec l'entourage sont des lieux de production de signification biographique (Demazière, 2011). C'est pourquoi, j'ai conduit plusieurs entretiens informels ou formels avec les enfants, les petits-fils, les camarades de jeux, afin de saisir « le parcours biographique de manière relationnelle » (Demazière, 2011 : 81). Cette remontée de la pente biographique me conduit également à arpenter les autres quartiers de Ouagadougou ou à accompagner une personne âgée dans son club de jeux, les mariages, les décès, les funérailles. Cette participation sociale apporte un éclairage sur les formes d'intégration ou d'exclusion dans le quartier. L'ordinaire de la famille rend compte des formes de mise en scène de soi.

Les mises en scènes de soi au quotidien

La biographie familiale suppose de repérer les lieux de vie quotidiens de la personne âgée afin de comprendre l'appropriation de l'espace de vie dans la famille. C'est ainsi que l'observation a porté sur le logement, les terrasses, les arbres, les rues qui sont des lieux de sociabilité.

Concernant l'aspect physique, l'observation des façons de s'habiller, de se coiffer, se laver, se rendre belle, ou de se délaisser rendent compte du rapport à la

beauté. Cette dimension du souci de soi m'a conduit à visiter des salons de coiffure. L'idée sous-jacente à cette investigation est de comprendre comment le rapport au corps participe à repousser les frontières de la vieillesse.

Dans une société, comme Ouagadougou où les valeurs dominantes (normatives) des relations entre les individus sont régies par les hiérarchies de l'âge, la maîtrise des codes locaux de la politesse et de la bienséance joue un rôle important dans la conduite des entretiens auprès des « yaaba ». La distance générationnelle fait je suis qualifié de cadet à travers les expressions « « *Um biiga* » [mon fils], « *Um* « yaagã » [mon petit-fils]. On ne regardera pas une personne âgée dans les yeux quand on lui parle. Et pour la saluer, on fera une génuflexion. En outre l'emploi du « *vous* » est essentiel. De même, on ne demandera pas à un chef de quartier son vrai nom. Lui-même se présentera toujours comme « *le chef de tel quartier* ». Par ailleurs, pour un musulman ayant fait le pèlerinage, le respect exige d'associer à son nom « *El Hadj X* » ou « *Hadja Y* ». Ces considérations qui symbolisent le respect du statut social et le prestige sont importantes pour demeurer longtemps dans la relation de confiance. Pour terminer cette partie de l'ethnographie familiale, je voudrais revenir sur les échanges de biens matériels dans la relation d'enquête.

Dons et contre-dons dans la relation ethnographique

Les dons influencent l'interaction mais ne signifient pas un achat de l'information. Rendre visite à une personne âgée conduit en général à entrer dans un système d'échanges de dons. Je voudrais distinguer les dons par courtoisie pour honorer le respect des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » et les dons d'aide par nécessité. Aussi plusieurs fois après un entretien, je remets « *l'argent de la cola* » pour les jours ordinaires et des cadeaux pour les jours de fête. La noix de cola symbolise l'amitié et une reconnaissance sociale de l'âge. Ses usages sociaux sont très diversifiés et on le retrouve dans les échanges matrimoniaux, les cérémonies de réconciliation. Dans ce système d'échange, j'ai bénéficié également de cadeaux (arachides, soumbala, repas de midi). Le *soumbala*[2], traduit une mise en scène de la tradition dans les rapports entre les jeunes et les vieilles. Aujourd'hui encore au

[2] Assaisonnement de cuisine préparé à base de graines de néré

cours des mariages coutumiers, la jeune mariée part chez son époux avec un panier contenant le *soumbala*.

Le don est d'abord un moyen de connexion entre les individus en ce qu'il témoigne d'une forme d'hospitalité. Le refus d'entrer dans cette relation d'échange pourrait être interprété comme un manque de considération (Tchétché, 2012). Une enquête en pays Baoulé montre que les cadeaux entraînent d'énormes biais dans le choix des informateurs. L'auteure relate que le chef de la localité choisit les enquêtés et les réunit chez lui afin de pouvoir avoir un contrôle sur les ressources attribuées par l'équipe de chercheurs. Dans une étude auprès des personnes malades du sida dans la ville de Ouagadougou, Bila Blandine écrit « sans rémunérer l'entretien, notre équipe était dans une situation où l'on donne toujours quelque chose » (Bila, 2008 : 5) pour participer à résoudre des problèmes quotidiens. Dans ce cas-ci, l'absence de don serait interprétée comme une manque de compassion, car rendre visite à un malade implique généralement lui apporter une aide matérielle.

Cependant il faut reconnaître qu'être confronté à partager la vulnérabilité économique et matérielle de certains ménages, amène nécessairement à contribuer à payer des petits services. Cette situation m'a mis à certains moments dans une situation embarrassante car je ne pouvais pas toujours répondre aux besoins compte tenu de ma situation précaire de doctorant (sans bourse de terrain). C'est dans ce sens que Saint-Larry Maud pense que les demandes pressantes à l'enquêteur contre son gré créent un malaise dans la relation d'enquête car « il ne veut ni briser la confiance, ni endosser un rôle qu'il ne peut pas assumer » (Saint-Larry-Maîga, 2008 : 2). Elle estime que les enquêtés surestiment parfois « la capacité de l'enquêteur à fournir des informations et à leur trouver de l'aide » (Ibid., p.2) au point que l'incapacité de répondre positivement aux sollicitations engendre une confusion dans les rapports avec l'enquêteur.

Poursuivons l'entreprise biographique en suivant les itinéraires thérapeutiques des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » pour me retrouver dans l'espace clinique d'un hôpital national.

4.1.2. Négocier sa place dans l'espace clinique

L'ethnographie des soins hospitaliers engage « un dialogue constant entre les pratiques au quotidien et les contextes plus larges dans lesquelles elles s'inscrivent » (Fortin et Knotova, 2013 : 12). Cette « anthropologie du bas » autour de la « scène hospitalière » (Jaffré et Guindo, 2013 : 157) m'a permis d'observer les visites médicales des hospitalisés, de participer aux réunions de services, d'assister aux «staffs» hebdomadaires. L'accès aux structures de santé est conditionné par une autorisation de la Direction Régionale de la Santé sur une demande du directeur de thèse. La réponse favorable est assortie d'une obligation de dépôt d'un exemplaire à la fin de l'étude. Le domaine de compétence de cette autorisation obtenue au bout d'une semaine couvre tous les services de santé sauf l'hôpital où une seconde demande est introduite. A ce niveau la réponse favorable précise que « *les entretiens seront organisés par le chef de service et [que l'étudiant] ne bénéficiera pas de l'aide venant de nos agents, ni n'aura accès aux dossiers cliniques des malades* ».

Une ethnographie hospitalière permet de discuter de la dimension médicale et socio-culturelle (Long et al, 2008) de la place de la personne âgée dans la société burkinabè. Il s'agit en effet de saisir les expériences de la maladie, du traitement et des soins médicaux telles qu'elles sont vécues par le malade âgé et sa famille (Ibid., 2008). Ces descriptions étoffées *(thick descriptions)* des histoires de vie et des trajectoires thérapeutiques (Fortin et Knotova, 2013) permettent de comprendre les dynamiques de solidarité familiales et la diversité des normes et des valeurs professionnelles. En outre l'ethnographie hospitalière rend compte de la lecture plurielle du corps en le rattachant à « ses dimensions historiques, politiques, culturelles, économiques » (ibid., p 12). Le corps vieillissant est le lieu de multiples interprétations de la définition de la vieillesse. L'enjeu est de comprendre comment ces définitions fonctionnent avec les logiques sociales pour influencer le recours ou le non recours aux services de santé.

L'hôpital est perçu comme un espace de rites de passage (Long et al, 2008) entre deux périodes sensibles de la vie. C'est aussi bien le lieu de naissance et que le lieu de mort. Dans notre contexte, pour plusieurs personnes, le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, construit en 1958 demeure un environnement qui

révèle de l'anxiété, le drame de la vie et de la mort (Ibid., 2008). Aussi, son fonctionnement est-il décrié par les populations à cause des conditions d'accueil et de soins jugées souvent pitoyables. L'imagerie populaire de l'hôpital s'appuie largement sur le comportement très peu sympathique des professionnels de santé qui ne s'occuperaient pas « *des malades mais de la vente de leurs médicaments* » (Entretien avec un accompagnant de malade, 05/2014). En d'autres termes, l'hôpital est perçu comme un lieu où il faut avoir de « *ligdi* » (argent) pour y accéder. Cela lui a valu le surnom de « *kuum-yalgado* [mouroir] » auprès des usagers.

Les relations avec les différentes catégories professionnelles

Dans un service où les hiérarchies professionnelles sont fortement affirmées, il est important de savoir négocier différemment avec les différents acteurs sa place d'enquêteur. A la première rencontre avec le chef de service, je me suis attelé à expliciter la démarche, les objectifs et la méthode ethnographique, ainsi que sur le principe d'anonymat. Mon parcours professionnel (employé de l'administration sanitaire) me donne des facilités pour entrer en contact avec les responsables des structures sanitaires. A ce titre, je connais quelques prestataires de soins soit en tant que superviseur, ou formateur. Si cette position dans l'administration a facilité l'acquisition rapide des autorisations, les interactions avec certains infirmiers dans les espaces de soins n'ont pas été simples au départ. Comme le souligne Ouattara dans une enquête dans des maternités à Ouagadougou dans le cadre d'un projet de santé, « l'assurance d'un bon accueil et d'une collaboration du personnel, […] se révélera plus tard avoir été une déduction trop rapide » (Ouattara, et al, 2012 : 31). Ces auteurs relatent les comportements éprouvants qu'ils ont rencontrés de la part du personnel. Une accoucheuse leur aurait demandé de payer un téléphone portable pour recevoir les informations et une autre leur aurait refusé l'accès à la salle d'accouchement. Il convient de préciser que cette étude portait sur la responsabilité des usagers et des personnels de la santé en situation de mort-nés. Aussi, la peur des agents de santé quant au risque de se faire sanctionner en cas de responsabilité a développé en eux une attitude de résistance à la collaboration. C'est ainsi qu'au début certains infirmiers voient en moi la marque d'un espion de l'administration pouvant leur attirer des ennuis. Cette méfiance a été renforcée par les exemples de travaux ethnographiques, dispensés dans le cours d'anthropologie de la santé qui venait d'être introduit dans le cursus

de la formation des infirmiers. Ce qu'ils retiennent des exemples d'étude de cas qui leur sont présentés pointent les pratiques professionnelles peu orthodoxes réduisant le rôle de l'anthropologue à celui de dénonciateur ou de celui qui relate « *ce qui ne va pas* ». D'ailleurs, un infirmier me répète à chaque fois qu'on se rencontre dans le couloir « *j'espère que tu écris tout ?»,* au sens de pouvoir restituer la vérité des actions illicites du personnel confondant ainsi enquête ethnographique à une enquête policière. Dès lors la prise de note était vue d'un œil soupçonneux pour certains. Au fil du temps, la confiance s'est établie entre moi et les infirmiers. Ma présence ne suscitait plus de gêne et les confidences, les dénonciations, les conflits se déroulaient devant moi. En effet, je suis devenu un acteur de l'institution, d'autant que ma blouse (sur laquelle, je vais revenir plus loin) facilitait mon intégration dans l'équipe de soins.

Mes rapports avec les médecins, en l'occurrence les hospitalo-universitaires, sont spontanément cordiaux car l'une de leurs attentes est que mon enquête puisse leur permettre d'améliorer le fonctionnement du service. Une anecdote certes banale a contribué à réduire la distance relationnelle entre moi et les autres médecins en spécialisation. En parlant de la profession médicale, un « *médecin-senior* » (une des appellations que les étudiants donnent à leur professeur), estime que les salaires des médecins sont bas. Il ajoute que les honoraires journaliers des socio-anthropologues s'élèvent à 300 000 FCFA (450€) dans les travaux de consultance. A partir de ce jour, le regard sur moi a changé : la profession d'anthropologue est valorisante au même titre que celle du médecin spécialiste Je suis désormais invité à prendre du café dans leurs salles et les interactions sont dynamiques et vivantes.

Les entretiens conduits en français avec les personnels de santé concernent leur trajectoire professionnelle, leurs représentations de la vieillesse, leur perception des soins et les difficultés rencontrées. Les observations ont porté sur : les lieux de soin, l'organisation des équipes soignantes (répartition des tâches et responsabilité, organisation des gardes, réunions de service, visites médicales) et les interactions entre soignants et soignés (conflits, les mots, les silences).

Le port de la blouse

Le port de la blouse m'a été imposé pour des « raisons de protection » contre les infections. Ma relation avec les usagers est de l'ordre de la confusion puisque la blouse blanche confère le titre de *« docteur* ». Quotidiennement je suis sollicité pour administrer des soins, donner des informations médicales.

Les malades et les accompagnants sont interrogés de préférence dans la langue nationale[3] *Moore* ou en français. Les entretiens ont porté sur leurs expériences des soins, les rapports avec les professionnels de santé et les itinéraires thérapeutiques. Aussi, j'ai mis l'accent sur l'observation des interactions entre les malades et les médecins et les autres acteurs qui participent à la prise en charge.

A certains moments, je suis partagé entre garder le silence ou intervenir pour donner un avis comme ce jour où une discussion conflictuelle entre un interne et un usager. Celui-ci demande à voir le « *docteur X* », l'interne réplique que dans ce service, il n'y a que le « *professeur X* ». S'ensuivent des échanges houleux, chacun voulant défendre son avis et finalement l'interne rabroue l'usager qui repart sans avoir vu le praticien. Dans l'immédiat, j'ai gardé le silence même si j'ai eu une envie d'expliquer au professionnel que les usagers ne connaissent pas toujours ces nominations. Dans une partie de cette thèse (Chapitre 7) j'analyse la communication entre les utilisateurs de service et les prestataires de soins.

4.2. Une enquête auprès des femmes âgées exclues des familles pour allégation de sorcellerie dans un centre d'accueil

Il existe neuf centres au Burkina Faso chargés de la « *prise en charge* » des accusées de sorcellerie, victimes d'exclusion sociale. La notion de « prise en charge » développée dans le discours administratif met en exergue le pouvoir de transformation des identités individuelles par l'Etat. Aussi, de femmes « bourreaux », sont- elles devenues des victimes, légitimes pour une prise en charge. Mon accès au centre a été l'objet d'une longue tractation avec l'administration et les gestionnaires.

Quand le 26 juillet 2012, je me présente dans un de ces centres, le gérant manifeste son enthousiasme de me recevoir car « *ce n'est pas tous les jours qu'on*

3 Au Burkina Faso, il existe plusieurs langues nationales : le moore, le fulfuldé, le dioula (Bambara), le Bissa, le Gourmantchema, le Lobiri, le bwamu, le gourounsi.

reçoit une visite ». Pourtant, il émet des réserves quant à l'accès au terrain. Il justifie cette position par le fait que ce sont des femmes « *traumatisées* ». Il poursuit « *après les entretiens, c'est nous qui devront gérer les conséquences* ». Le 28 juillet 2012, je suis reçu par un responsable. Au cours de notre entretien, il formule des attentes que les résultats de l'enquête « *pourraient faire prendre conscience aux autorités de la nécessité de prendre le problème au sérieux*». Il me demande une autorisation du Ministère de l'Action Sociale. Chemin faisant, je fais la connaissance d'un doctorant de l'Université de Londres travaillant sur la thématique de la vieillesse. Nous proposons de reconstituer les archives de deux centres. En effet, lors de l'inondation de septembre 2009, une grande partie des documents a été emportée par l'eau. Une rencontre élargie avec la direction de la protection de la personne âgée est tenue dans un centre au cours du mois février 2013. Après un exposé sur les objectifs de la saisie et la méthodologie de travail, le Représentant du Ministère manifeste son enthousiasme pour le travail. Un avis favorable à la demande d'enquête, comportant la mention « *cette opération devra se mener dans le respect de la dignité des personnes volontaires* », nous est offert le 26 février 2013.

Après sept mois de négociation, je commence donc mon enquête dans un centre situé dans la capitale. J'ai effectué des entretiens formels et informels avec les assistants sociaux, avec certains visiteurs (enfants, vendeurs) et les femmes concernées. Les entretiens formels avec les femmes sont les plus délicats. Bien que je dispose d'une salle éloignée des oreilles indiscrètes, les souvenirs qui remontent à la surface s'accompagnent de pleurs suivis de longs moments de silence ; la femme quitte la salle discrètement.

Cette situation a été rencontrée par Fréderic Le Marcis dans son enquête auprès des individus infectés de VIH/Sida et ayant vécu une expérience de violence en Afrique du Sud (Le Marcis, 2010).Ces silences consécutifs aux évènements traumatisant témoignent de la « déshumanisation dont l'individu fut la victime » (Le Marcis, 2010 : 157). C'est ainsi que les non-dits traduisent « la façon dont la violence [de l'accusation de la sorcellerie] est vécue dans les corps, et dite par le corps et ses postures » (ibid., p.31). Pour l'auteur ces expériences indicibles sont « au cœur de ce qu'est la vie la plus ordinaire, inscrite dans son contexte plus large » (Ibid., p.31). Comment faire une ethnographie des vies brisées ? Quel est le statut

de la parole de l'enquêté dans ce contexte ? Autrement dit, «comment dire la souffrance et la douleur qui peuvent aller jusqu'à détruire la parole? » (Laplantine, 2007 : 54).

François Laplantine préconise le recours aux films qui permettent de voir dans les images les aspects de la vie qui sont difficiles à raconter. Ce n'est pas la recherche de la vérité, mais la possibilité d'élargir le champ de vision (Becker, 2010) qui fait que le cinéma donne des indices pour explorer un phénomène social (Laplantine, 2007). J'ai alors visionné deux films («*Yaaba*» de Idrissa Ouédraogo (1989), «*Delwendé, lève-toi et marche* » de Saint-Pierre Yaméogo (2004), pour comprendre l'ampleur de la violence qui inhibe la parole. Le film apparait comme un moyen de comprendre la violence que ces femmes ont traversées. Dans «*Yaaba*» [grand-mère], l'on voit une vieille femme vivant à l'écart de la communauté pour accusation de sorcellerie. Quand Nopoko, une petite fille tombe malade, c'est cette femme exclue qui fournit le remède pour la guérison. Aussi ce film permet de saisir une communauté avec ses rites, ses superstitions, ses phénomènes d'exclusion et de désignation de bouc émissaire (Horeguellin, 1990).

Le second film montre le phénomène de l'accusation qui cache en réalité les conflits familiaux. En effet, un père enceinte sa fille à la suite d'un viol incestueux. Ayant peur que sa femme ne finisse par le dénoncer, il désigne son épouse comme une coupable au cours d'une cérémonie d'ordalie. Cette femme assiste impuissamment à la mise à feu de sa case et elle fuit pour se faire accueillir dans un centre à Ouagadougou.

En plus de ces films, l'immersion dans la longue durée (plus de quatre mois) offre des moments singuliers pour libérer la parole. Les plaisanteries, les conversations informelles à la cuisine ou lors de partage des repas constituent des périodes calmes pour écouter des tranches de récits de vie afin de tenter de reconstruire leurs biographies. L'ensemble de ces données et les observations sont complétées par des informations issues des archives.

4.3. Les archives

Une partie des données a été collectées à partir des archives nationales afin de comprendre les modes de participation des aînés au processus de prise de décisions dans le champ politique. Ces recherches ont commencé en 2009 dans le cadre d'un travail comparatif entre la France, le Canada et le Burkina portant sur les modes d'intégration des personnes âgées dans les processus de décision politique. Elles ont abouti à une communication[4] au dix-neuvième congrès international de gérontologie et de gériatrie à Paris en 2009. Les recherches dans les archives sont effectuées à l'aide de mots clés: action sociale (14 V 29); action sanitaire (18 V 132) ; prestations familiales (9 V 936); régime politique (2 V 119, 121, 123, 151). Afin de faciliter la lecture de façon autonome (se départir des contraintes des heures de travail de l'administration), j'ai procédé à des photocopies des différents documents.

Pour le travail de saisie des données des centres, deux enquêteurs ont été recrutés. Il s'agit de remplir dans une feuille Excel les caractéristiques sociodémographiques des femmes (âge, sexe, date d'entrée, motifs de sortie [décès ou réintégration dans la famille], nombre d'enfants décédés et vivants). Grâce à ce travail, le centre dispose d'une base de données dont l'exploitation permet de tracer le profil des pensionnaires.

4.4. Les effets des enquêtes sur la transformation du terrain

Une année après mes enquêtes. Deux structures vont subir des transformations. D'abord, la direction de l'hôpital va mettre en place des mesures spécifiques en faveur des «nin-kêemse » et des « pug gnãse ». Des affiches sont placardées au niveau des différentes caisses portant *« prière de céder les places assises* aux personnes âgées. Enfin, la cour de solidarité va recevoir un hangar pour permettre aux femmes de se reposer à l'ombre.

---

[4] Politics of old age and elderly participation in decisions in Burkina Faso, In: "An aging society with or without senior citizen? First result of cross national initiatives of research on the issue" symposium of REIACTIS during the XIXth IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics-Paris 2009, 5 to 9 July 2009

5. Organisation de la thèse

Après quatre ans d'alternance de terrain et de séjours à Bordeaux sur un financement de Campus France[5], j'ai pu avoir des entretiens informels et formels avec une soixantaine personnes: des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » (veufs et veuves, séparés, pensionnés, non pensionnés, accusées de sorcellerie, malades, handicapés, travailleurs) des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des acteurs institutionnels (trois ministères), des associatifs et des leaders religieux et coutumiers. Ces entretiens ont été complétés par des observations de situations de vie.

En partant de la théorie du care cette thèse tente de comprendre les ressorts du care en tenant à la fois une réflexion sur la sollicitude, la bienveillance au niveau de la famille, une réflexion sur le soin (prendre soin et recevoir le soin) en milieu hospitalier et une exploration sur l'accompagnement d'une population stigmatisée et âgée dans un centre d'hébergement. La thèse s'organise autour de trois parties.

La première partie expose le processus de l'émergence de la prise en charge de la vieillesse en milieu urbain en analysant le contexte de l'étude et en s'appuyant sur une revue de la littérature pour déconstruire l'idée des sociétés africaines comme des sociétés de care. Elle est structurée autour de trois chapitres.

Le premier chapitre décrit les contextes dans lesquels vivent les personnes âgées. On ne peut pas comprendre les expériences du vieillir sans saisir les dimensions religieuses, territoriales et symboliques de la vie sociale. Ce chapitre se termine par une analyse de la perception de la ville par les personnes vieillissantes. La modernité urbaine serait une source d'insécurité sociale et spirituelle pour elles. Le deuxième chapitre s'attèle à déconstruire les représentations de la vieillesse par une réflexion critique sur les catégories mobilisées par les différents courants scientifiques pour définir le vieillissement et la vieillesse. Il vient pour illustrer l'invisibilité sociale de la vieillesse urbaine. Bien que les conditions sociales des plus âgés de la société se dégradent, la construction du savoir sur le vieillissement par les différents courants scientifiques masque l'expérience du vieillir des ainés à

[5] Campus France est un opérateur de gestion de la bourse financée par la coopération française

cause de l'importance accordée à une réflexion fondée sur la structure de la vieillesse. Il s'agit de montrer dans cette partie de l'émergence du sujet âgé. Le troisième chapitre propose une analyse des expériences de participation à la prise de décision dans la sphère publique. Ces usages politiques de la vieillesse ne doivent pas être confondus à l'émergence d'un pouvoir gris, une catégorie d'analyse des rapports entre le pouvoir et l'âge dans le monde occidental.

La deuxième partie expose des études de cas singuliers à partir des diverses configurations familiales en milieu urbain. Le quatrième chapitre pense l'expérience du vieillir au travers de l'espace urbain. Ainsi les mobilités intra-urbaines subies et forcées (déguerpissement) et les retours d'immigration à un âge avancée, questionne les mécanismes sociaux à travers lesquels, les plus âgés réinventent leurs vies. Se déploie alors toute la complexité et la plasticité des tactiques individuelles d'intégration au territoire. Toutefois, la vieillesse se fait le corolaire de l'immobilité, de la fragilité au grand-âge. Le cinquième chapitre en investiguant cette figure de la vieillesse, cherche à explorer les formes de prise en charge de cette phase de la vie et les tactiques d'atténuation face à un corps dégoutant et impotent. Cette question soulève des problèmes en devenir dans la société burkinabè : les maisons de retraite. Pour terminer cette partie, le sixième chapitre se focalise autour des rôles familiaux et des formes d'esthétisation qui ne font que dessiner des nouvelles frontières de la vieillesse.

La dernière partie de thèse traite de la relation entre les familles et les institutions de prise en charge de la vieillesse. Le septième chapitre questionne la place et le statut du sujet âgé malade dans un hôpital sous contraintes. Il élucide les trajectoires thérapeutiques, les figures de la malade âgé et les solidarités familiales à l'épreuve de la maladie chronique. L'avant dernier chapitre de ma thèse explore la prise en charge des femmes accusées de sorcellerie en mettant en lumière les effets du fonctionnement du centre sur les femmes et sur les solidarités familiales. Le dernier chapitre reprend une analyse de la construction du vieillissement comme un problème politique et social en montrant le rôle des acteurs internationaux et nationaux. Il éclaire dans une perspective sociohistoire les formes de sélection des bénéficiaires des politiques de redistribution et ouvre le débat sur l'élaboration des droits des ainés.

PREMIERE PARTIE

L'EMERGENCE DE LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA VIEILLESSE EN MILIEU URBAIN

L'objectif de cette partie vise à montrer l'émergence de la question de la prise en charge de la vieillesse en milieu urbain. Quels sont les ressorts explicatifs de cette émergence ? En quoi la ville nous informe-t-elle de l'évolution de la place et du statut de la personne âgée dans les sociétés contemporaines ? Les problèmes des plus âgés de la société sont-ils nouveaux ou sont-ils devenus plus visibles maintenant ? Comment les mutations urbaines influencent-elles la prise en charge des personnes vieillissantes ? Comment les changements structurels de la ville sont vécus par les plus âgés ?

Deux observations contrastées permettent d'introduire les débats sur la vision dichotomique des sociétés africaines qualifiées de « jeunes » auxquelles le sens commun oppose aux sociétés occidentales qualifiées de « vieilles ». Cette discussion sans rejeter la prédominance des jeunes dans les sociétés du sud voudrait reconnaitre que le vieillissement est inéluctable à toute société. Cependant, très peu de choses sont connues de la manière dont sont organisées les formes de prise en charge de la vieillesse urbaine.

Le 11 juillet 2013, pour la première fois dans l'histoire du football africain, le Burkina Faso atteignit la finale de la Coupe d'Afrique des Nations(CAN) qui se déroulait en Afrique du Sud. Pendant un mois, tous les après-midi, à partir de 17 heures, la compagnie de téléphonie « *Airtel* » installe un écran géant dans les espaces vides de la capitale pour la diffusion des matchs. Des stands de boissons, de mets locaux sont proposés aux visiteurs durant la journée. La nuit, des vendeurs de viande et d'autres articles viennent grossir le rang des commerçants. Je me joins à la foule dans « *un espace de foot* » (nom donné à ces lieux), près de « *Katre Yarre »* (litt. Le marché des hyènes), un quartier de Ouagadougou. Les grands haut-parleurs diffusent les musiques à la gloire des « Etalons », l'équipe nationale du Burkina. Dans les quartiers environnants, de milliers de jeunes de tous âges accourent pour suivre le match qui oppose les « Etalons » aux « Supers eagles » du Nigeria. A 18 h 45 minutes, l'arbitre siffle le début du match. La place grouille de monde. Les uns, assis sur des chaises métalliques, les autres, debout en arrière, forment une horde humaine. Chaque occasion de but du Burkina donne lieu à des applaudissements, à des sifflets. A la fin du jeu, le Burkina Faso perd la finale. Le retour dans les familles, plus silencieux et calme, contraste avec les jours de

victoire. Deux jours avant, le Burkina gagnait son match de demi-finale. Une foule immense manifeste leur joie. Dans les grandes avenues, des milliers de jeunes «s'amusent» avec leurs motocyclettes. Ils klaxonnent, font des acrobaties sur la voie publique et l'on peut observer de longues files d'attente des automobilistes sous le regard impuissant et ahurissant de nombreux policiers. Ces scènes donnent à la ville toute la force de la rhétorique des sociétés africaines comme des « sociétés jeunes » dans lesquelles, l'étude de la prise en charge de la vieillesse ne semble pas pertinente.

Pourtant, au « ras du sol », les familles comme le système de santé, montrent leurs limites à organiser une prise en charge efficace des plus âgés de la société, dont le récit de la mort de Joséphine, âgée de 72 ans en est une illustration patente. Exemplarité d'un recours tardif aux soins médicaux et d'un aveu d'incapacité de la famille à assister quotidiennement une mère malade.

Je fais sa connaissance dans un hôpital de district le 23 février 2013. Il est 8h 35 quand elle est reçue en service de médecine pour problème de santé. Joséphine est veuve depuis plus de deux décennies (21 ans). De son mariage, elle a mis au monde huit enfants, dont trois filles et cinq garçons. Deux de ses filles sont décédées de la « maladie du siècle » à savoir le sida. La seule fille qui lui reste est mariée et vend du riz sur l'avenue « *Tansoba* ». Deux garçons âgés respectivement de 28 ans et 24 ans sont au chômage. Ils ont abandonné les études après la classe de quatrième. Ils passent la journée dans le grain de thé des jeunes du quartier. Les deux autres font de petits boulots dans la ville. L'ainé des garçons travaille et vit en Italie depuis plus de six ans. Joséphine tombe malade dans la première semaine du mois de décembre 2012. Dans un premier temps, la fille conduit sa maman au centre médical de Saint-Camille. Elle honore les premières ordonnances. Sa fille quitte momentanément son mari et vient s'occuper d'elle : elle vient le matin et le soir« la voir » dit-elle. Dans la journée, elle est « obligée de repartir tenir son restaurant ». Avant de retourner à son travail, elle pose un bidon (*eau laafi*) de 1, 5 litre d'eau recueillie directement au robinet et un plat de repas. Le tout est posé sur une petite table, près de son matelas en skaï directement posé à même le sol. Entre le temps des visites, la vieille femme est seule, couchée dans sa chambre à faible éclairage. Bricolant entre ses activités commerciales et les soins à administrer à sa mère, la

fille voit son activité commerciale péricliter. Malgré l'aide de son époux, elle a du mal à assurer le traitement qui lui coûte environ 11.000 F CFA (15 euros) toutes les trois semaines. Elle informe de temps en temps au téléphone son frère qui vit en Italie de l'évolution de la santé de leur mère. Voyant que la maladie ne fait que s'empirer, elle demande à son frère de revenir l'aider à soigner la maman. En ce jour du 23 février, accompagnée par son fils, elle est couchée sur le lit, très amaigrie. Elle semble inconsciente. Seuls les mouvements de ses yeux et sa respiration intermittente montrent qu'elle est toujours vivante. Ses moellons sont couverts de plaies. L'infirmier tente vainement de prendre une veine pour placer un sérum glucosé. L'agent de santé se plaint : « *pourquoi avoir attendu avant de l'amener dans un service de santé ?* » Le fils reconnait la justesse de la remarque mais il explique au praticien qu'il vient d'arriver la veille d'Italie où il travaille. Il ajoute qu'il souhaite que la vieille femme reste à l'hôpital parce qu'il n'y a personne à la maison pour veiller sur elle. L'infirmier lève la tête, le scrute calmement et continue l'administration des soins. Au bout de quelques minutes, il y parvient. Il explique à l'accompagnant qu'il va falloir l'évacuer au CHU *Yalgdo* pour une « *meilleure prise en charge* ». Vers dix heures, l'ambulance amène Joséphine aux urgences médicales. Autour de 10 h 45, l'étudiant interne l'examine et instaure le traitement. Au cours de la nuit du 22 au 23 février, vers 22 heures, Joséphine meurt.

Ces deux situations ethnographiques rendent compte d'une réalité sociologique des sociétés africaines contemporaines. En effet, elles font face à un double défi : celui d'investir dans la formation, dans la santé des jeunes et celui de l'organisation de la prise en charge des plus âgés. Comment la prise en charge de la vieillesse est-elle devenue un enjeu de société ?

Pour répondre à cette question générale, la discussion proposée dans cette partie se déroule en trois temps. D'abord, l'émergence de la question de la prise en charge de la vieillesse ne peut se comprendre sans prendre en compte les grandes transformations sociales, économiques et politiques qui non seulement fabriquent les vieillesses mais également sont susceptibles d'influencer leur prise en charge. Par conséquent, il existe autant de vieillesses que de contextes et par conséquent la ville en tant que espace complexe fabrique des vieillesses hétérogènes. Aussi, voudrais-je insister dans cette section, la perception de la ville par les aînés.

Autrement dit, comment les personnes vieillissantes se construisent la ville actuelle ?

Ensuite, l'invisibilité sociale des personnes vieillissantes résulte d'une lecture démographique du vieillissement, des usages des catégories administratives de la vieillesse et d'une analyse structuro-fonctionnaliste de la vieillesse dans les travaux historiques. Une partie de ma démarche consistera à faire une lecture critique des travaux anthropologiques sur la vieillesse à partir du contexte nouveau afin de comprendre comment finalement ces derniers ont eu tendance à rendre le sujet âgé invisible au profit de la structure. Dans ce cas, l'un des enjeux théoriques de mon travail consiste à reconnaître le sujet vieillissant sur le continent africain. Cette réflexion théorique est articulée à une question pratique qui intéresse les sociétés africaines contemporaines : celle de la prise en charge du vieillissement.

Enfin, dans une approche socio-historique, les usages politiques de la vieillesse interrogent le statut social et le rôle politique des plus âgés dans la société. Ces usages s'inscrivent de plus façon plus large dans les débats actuels sur le vieillissement du personnel politique et de la place de la chefferie dans les démocraties africaines en construction.

Chapitre 1 : Villes et vieillesses

Les contextes politiques, économiques façonnent les ressources et le pouvoir d'agir aux différents âges de la vie. Dès lors, il importe de présenter les contextes urbains dans lesquels, vivent les personnes vieillissantes afin de comprendre les formes de vulnérabilités auxquelles, les personnes âgées font face au cours de leur vieillissement. Les transformations de la démographie (avec ses effets sur l'invisibilité de la vieillesse), du territoire (accessibilité aux services publics et mixité générationnelle), du religieux (rapport à la mort et au sacré) et de l'économie (ressources familiales) ne vont pas sans modifications des statuts sociaux et des représentations sociales des plus âgés dans le quotidien. A l'état actuel, la prise en charge des problèmes des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » relève pour l'essentiel de la responsabilité de la famille même si l'Etat intervient dans certains domaines (existence des centres d'accueil et systèmes de retraite). Il convient donc de décrire le contexte urbain afin de comprendre comment celui-ci participe à construire de «manière différenciée les modes de vie à la vieillesse et les parcours de vieillissement » (Mallon, 2014 : 177). En effet, les manières de vieillir en ville sont façonnées par les contextes de production des conditions matérielles de vie des personnes vieillissantes. Je retiendrai quatre facteurs structurels du changement social qui participent à rendre visible les conditions sociales des individus vieillissants : le territoire, les dynamiques religieuses, le statut de la femme et les fragilités conjugales. Comment ce changement social est vécu par les sujets âgés ?

1. Le territoire urbain face au vieillissement de ses habitants

Le territoire façonne les rapports entre les membres de la famille engagés dans l'organisation d'une prise en charge de la vieillesse. Les relations sociales, relationnelles et économiques s'inscrivent dans les formes spatiales. Vieillir dans la ville, c'est connaitre des expériences spatiales plurielles. On ne vieillit pas de la même manière selon les configurations des quartiers. Dès lors, les identités s'expriment par les médiations du social et du spatial. C'est pourquoi, il importe de penser la relation entre les vieillesses et le territoire afin de comprendre comment ce dernier influence d'une part l'accessibilité aux biens publics et d'autre part la mixité générationnelle. Je propose de présenter d'abord les dynamiques spatiales

articulées aux politiques urbaines avant de terminer par une analyse des effets de l'espace sur la fabrique de vieillesses hétérogènes. En quoi le territoire est-il une source d'inégalité de soins aux aînés ?

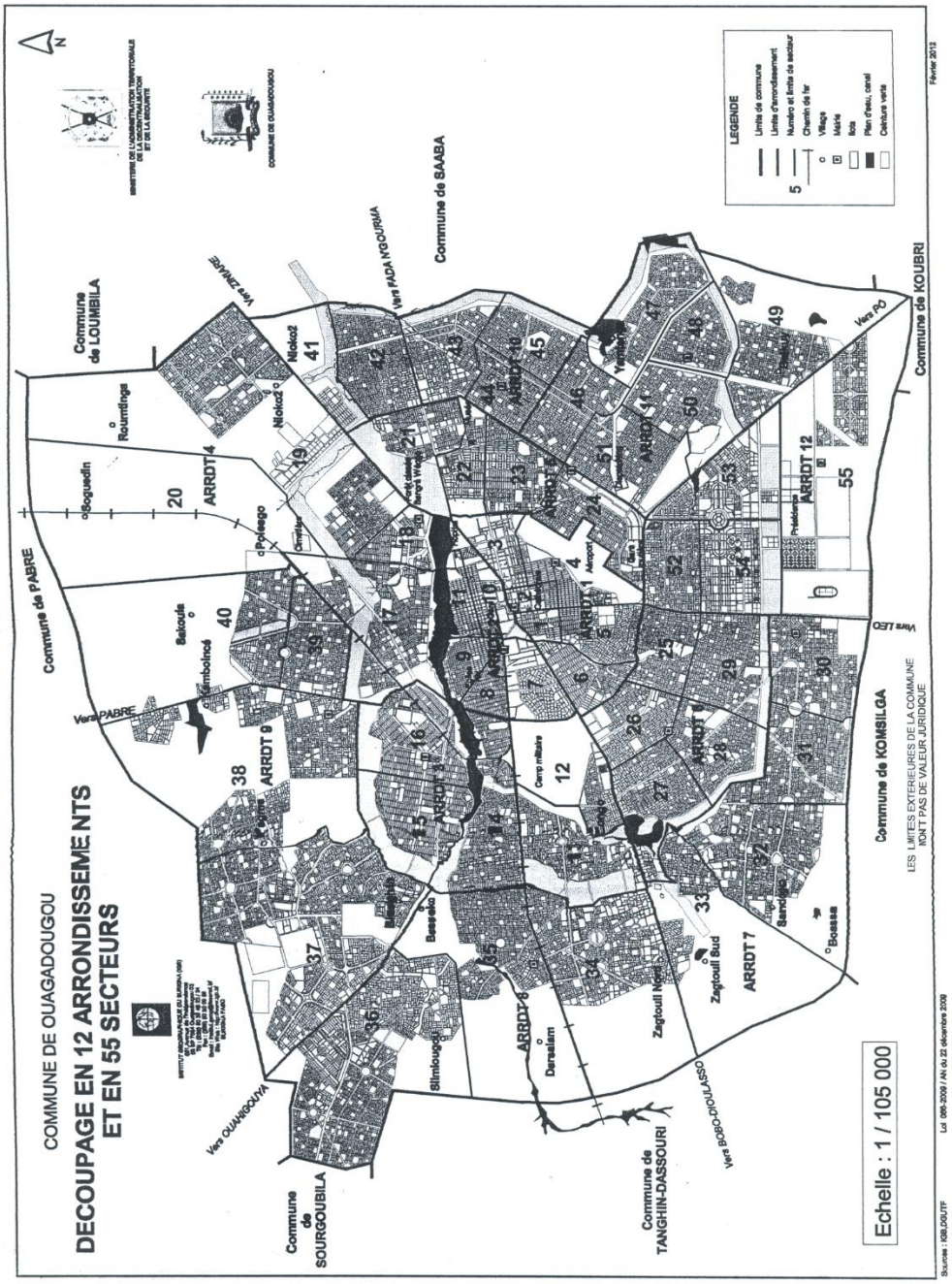


Figure 2 Présentation du territoire urbain de Ouagadougou en 2010

La capitale occupe une superficie de 518 km², soit 0,2% du territoire national avec un rayon de 15 km (MEF : INSD, 2010). Bien que la ville soit limitée au nord par les communes rurales Sourgoubila, de Pabré et de Loumbila, à l'est par celle de Saaba, au sud par celles de Koubri et de Komsilga et à l'ouest par la commune rurale de Tanghin-Dassouri, la capitale donne l'image d'un environnement physique sans frontière. Quatre barrages (barrage n°1, n°2, n°3 et le barrage de Boulmiougou) qui entourent la ville dans sa partie d'ouest à l'est ne sont pas parvenues à être des obstacles naturels à la conquête foncière par les urbains. L'étalement de la surface résidentielle avec l'éclosion de nouveaux quartiers, les mobilités résidentielles des enfants rendent la question du territoire plus importante dans la prise en charge de la vieillesse. En parlant du territoire, je fais référence à l'espace social bâti et non bâti, au quartier et à l'habitat. La chronologie d'installation dans la capitale fabrique des relations de pouvoir et d'autorité fondées sur la primauté de l'occupation du territoire. Dès lors les expropriations au motif d'intérêt public réactivent non seulement les sentiments d'autochtonie, source de tension avec l'État mais également mettent à mal les solidarités familiales. Dans ce contexte, comment la ville comme un cadre de modernité est-elle perçue par les personnes âgées. Commençons par quelques témoignages de personnes âgées sur l'évolution de la ville.

> *« Nous habitions à Zabr-daaga, à Zanguettin. On ne pouvait même pas arriver à Koulouba. Tu vois là où se trouve l'école Koulouba, il avait des hyènes, une colline où nos mères se rendaient pour enlever de la latérite pour embellir les maisons. Ce quartier, c'était la brousse (weogo), une grande brousse (weogo kansga) où il y avait des lions. Quand on est venu ici, il y a près de 50 ans, De ce côté, c'est Wemtenga ; de l'autre côté, c'est Dagnoe… avant on appelait ici, Zankoui…» (Femme, 75 ans)*

Une autre poursuit

> *« Je suis née à Zaguetin; nos mères appelaient le marché de roodwooko, nawogho. Elles avaient fait des hangars pour vendre le riz ; d'autres préparaient la journée et certaines le soir. Elles allumaient des lampes pour vendre du riz, ce ne sont pas des lampes, mais un « nonbeugo » (sabot de bœuf)... la grande mosquée que tu vois, c'était une boucherie…la viande se vendait à 5F le plat (legre)… elles pouvaient rester au marché jusqu'à 22h. Quand elles ont arrêté, nous avons pris le relais ; j'ai exercé cette activité jusqu'à …. Le monde n'est plus comme avant; il y a eu beaucoup de problèmes et nous avons arrêté. J'ai changé d'activités. A notre époque, il n'y avait pas beaucoup de maladies… Pendant mes grossesses, au dispensaire urbain (actuel siège du district de Baskuy)… quand on allait pour la consultation prénatale (pesgo) ; on nous donnait un papier replié semblable à ce que font*

les enfants pour mettre le lait… ils (professionnels de santé) mettaient la nivaquine, l'aspirine et on nous donnait d'aller prendre régulièrement.» (Femme, 67ans).

Encore, une autre

« j'ai vu qu'on achetait le terrain à ouagadougou à 150 F CFA, puis à 160 F CFA en plus de quelques noix de cola. La terre ne se vendait pas. » (Femme de 73 ans)

Enfin :

« Ouagadougou a beaucoup changé ; Ouaga a grandi rapidement ; ç'a beaucoup changé. Il y a eu beaucoup de lotissements ; on n'a plus de surface pour faire des champs» (Homme, 67 ans)

Les témoignages actuels décrivent la rapidité des transformations morphologiques, architecturales de la ville. Le territoire ne demeure pas identique à lui-même dans le temps. Sa délimitation, sa désignation, ses ressources et l'identité des résidents varient d'une époque à une autre. Cette hétérogénéité est le produit de l'histoire politique et économique de la ville, dont il convient de retracer. Pour l'essentiel, prenons la révolution comme la ligne de démarcation.

1.1 La politique urbaine de la révolution

La ville se caractérise par une grande hétérogénéité du territoire urbain. Certains quartiers vont être mis en marge dans le cadre de la politique urbaine.

La politique d'offre de l'habitat social est lancée pour améliorer les conditions matérielles de logement des ouagalais et particulièrement des fonctionnaires. Les slogans « une famille, un toit » et « un ménage, un logement » furent les thèmes fondateurs de la politique urbaine de la révolution (Jaglin, 1995a). Pour ce faire, quelques faits importants structurant le processus de disqualification politique des lieux de résidence méritent d'être rappelés.

La rénovation du centre-ville se déroule en trois étapes. D'abord, la construction des cités An II, An III, An IVA et les 1200 logements est organisée au profit de la petite et moyenne bourgeoisie, peu favorables à la révolution (Marie, 1999 ; Biehler et Le Bris, 2010). Pour ce faire, quelques 30.000 personnes sont déguerpies de façon spectaculaire des vieux quartiers populeux et commerciaux du centre-ville : Peuloghin, Zogona, Ipelse, Baoghin et Bilbambili (loti en 1932 près

de la gare). Les déguerpis sont installés sur des parcelles de 250-300 m^2 vers des trames d'accueil (secteur 28, Signoghin) (Fournet et al, 2008)

Puis, la construction du marché central « Rood Wooko » débute en 1987. Les commerçants sont déguerpis à l'aide des bulldozers sans concerter la chefferie traditionnelle (Guissou, 1995), propriétaire légitime du marché.

Pour permettre à chaque burkinabè d'avoir un logement décent et agréable (Marie, 1999), les conditions d'insalubrité des quartiers centraux n'étant guère satisfaisantes en matière de bien-être (Biehler, 2006), des logements « sociaux » ont été construits. L'embellissement de l'espace urbain est lancé à travers le slogan « opération ville propre ». Dans chaque quartier, des travaux d'intérêt communs (nettoyage des lieux publics, cuvage des canaux obstrués) sont organisés par les résidents sous la supervision des Comités de Défense de la Révolution(CDR). Les murs des habitations sont peints en blanc, donnant une couleur blanchâtre à la ville très vite salie par l'harmattan chargé de poussière pendant la saison sèche.

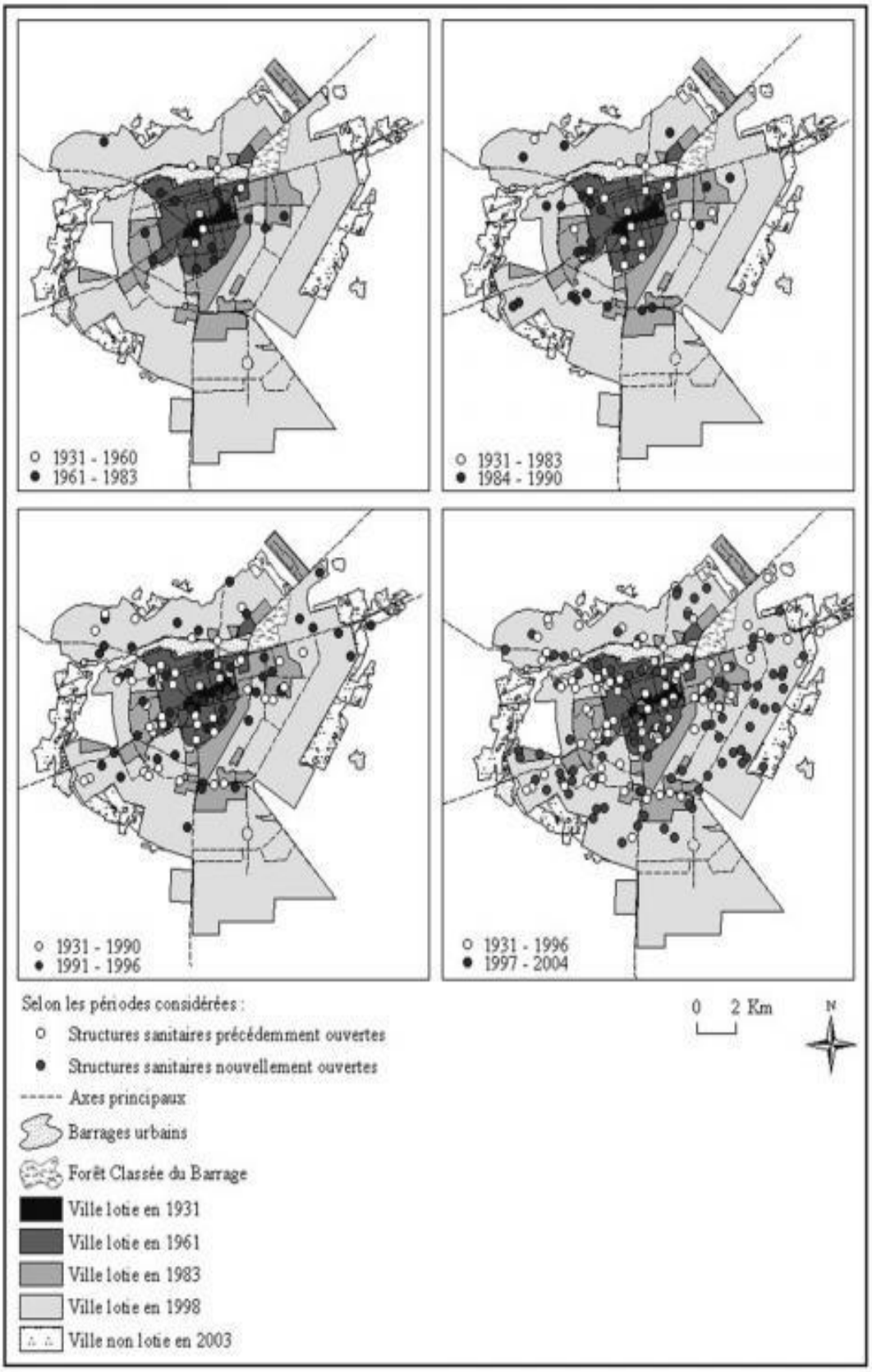
Les lotissements « commando » en référence aux autorités militaires de l'époque et à la rapidité avec laquelle sont effectuées les opérations de lotissement (Fournet, et al, 2008) visent à offrir à chaque ménage une parcelle pour construire un logement. Rompant avec la méthode de lotissement de la Banque mondiale, très longue et coûteuse en études de faisabilité, des terrains nus sans aucun système d'assainissement, ni un réseau d'adduction d'eau, ni un réseau électrique sont attribués aux habitants contre un droit d'entrée de 25 000 FCFA(40€) et une taxe foncière de 300 F CFA (0,5€) le mètre carré. Aujourd'hui ces zones se caractérisent par une population plus jeune que la précédente. Certes les anciens lignages conservent leur autorité mais cela est moins perceptible à cause de l'hétérogénéité de la population. Dans cette partie de la ville, l'indice de vieillissement (2,1%) traduit une forte cohabitation de plusieurs générations dans les ménages (INSD, 2010).

1.2. La forte spéculation foncière après la révolution

Avec la fin de la révolution, la délégation des lotissements est confiée aux maires d'arrondissement en 1995. Pour ce faire, le lotissement devient la seule politique communale visible avec une grande activité de lotissement de la ville sans pour autant satisfaire la demande en parcelles. Les budgets des mairies seront essentiellement alimentés par les recettes des contributions des demandeurs de parcelles. Le territoire urbain passe de cinq à douze arrondissements et de trente secteurs à cinquante-cinq. Les dix-sept villages périphériques font partie intégrale de la ville. La spéculation foncière augmente à la périphérie de la ville. Des conseils municipaux impliqués dans des processus d'appropriation illégale des parcelles (Bouju, 2009) sont suspendus de leur fonction. Les limites de la ville semblent inconnues, donnant l'image d'un paysage infini de bâtisses diverses. Depuis les immeubles du centre-ville, aux habitations spontanées des zones non loties contigües aux communes rurales voisines (*Pabré, Loumbila, Saaba, Koubri, Komsilga* et *Tanghin-Dassouri)* le territoire urbain est hétérogène. Le recul des postes de péage illustre parfaitement l'extension continue de la ville à cause du bradage foncier à la périphérie de la ville. Cependant, le lotissement comme un outil d'aménagement du territoire semble n'avoir pas pu permettre d'atteindre l'objectif d'un logement décent pour chaque ménage.

A partir des années 2000, des sociétés immobilières privées se développent dans un contexte de « course vers la terre ». Les riches achètent les terres des paysans et demandent le bornage pour faciliter l'acquisition des titres fonciers. Des cités privées et des unités économiques de production agro-pastorale sont implantées dans les périphéries de la ville.

Figure 3 Evolution du territoire urbain de 1931 à 2004



Le territoire agit de deux manières sur les formes de prise en charge de la vieillesse. Le premier aspect concerne l'étalement résidentiel qui interroge par conséquent la proximité géographique entre les générations familiales dans un contexte où les enfants représentent le potentiel de solidarité. L'émancipation des enfants de la tutelle des parents semble être en marche dans certains aspects de la vie, comme « avoir un chez soi ». Vivre dans la cour paternelle apparaît de plus en plus comme un échec social. Dans ce cas, les statuts sociaux se traduisent dans l'espace et l'expansion territoriale correspondant aux stratégies résidentielles. L'étalement de la ville vers le périurbain, crée des archipels de territoires qui constituent une menace sur la cohabitation intergénérationnelle et de l'organisation de la prise en charge des personnes vieillissantes. Autrement dit, se pose la question de comment maintenir l'unité domestique que les membres sont « éparpillés » dans toute la ville ?

Le second aspect porte sur l'accessibilité aux services publics. L'espace urbain définit des quartiers historiques, des quartiers centraux, des quartiers périphériques et des quartiers périurbains. Les effets de concentration et de dispersion des services offerts participent à définir le quartier comme une structure territoriale des opportunités ou des risques. Les bâtiments administratifs et commerciaux, les établissements scolaires et les structures sanitaires sont localisés au centre-ville. L'espace sanitaire formé de deux centres hospitaliers universitaires (CHU) autour desquels s'organisent les centres médicaux, les centres de santé, les cliniques et cabinets de soins infirmiers devient moins dense au fur et à mesure que l'on s'éloigne des quartiers centraux vers la périphérie. Les quartiers non lotis, situés aux « frontières » de la capitale connaissent une quasi absence de services publics. Le faible développement des transports publics contribue à alourdir l'accessibilité des personnes vieillissantes aux services publics à un moment donné de la vie où pour certains les ressources financières sont en baisse. La liaison entre le centre-ville avec les quartiers spontanés (*Dgi kofê) (litt.après l'eau)*, et les nouveaux quartiers (Karpala, Marcoussi, Yagma) est difficile en l'absence d'une désserte en bus. C'est ainsi que l'on observe de nombreuses « gares de taxi » où l'on peut payer le « trajet direct » à une somme de trois cents francs (50 centimes d'euros). Dès lors, les configurations territoriales participent à la fabrique de plusieurs vieillesses. Aussi, on ne vieillit pas de la même manière dans les trames

d'accueil, les zones non loties, excentrées des services publics, comme dans les anciens quartiers, proches des services de santé, des banques et des marchés.

2. Les dynamiques religieuses en milieu urbain

Les dynamiques des relations au sein de la famille ne peuvent pas être comprises sans prendre en compte les nouveaux cadres mentaux qui participent à fabriquer les rapports entre les cadets et les aînés. La famille, comme un univers religieux organisé autour du « *segre* » (autel familial) où les rites sacrificiels aux ancêtres symbolisent l'unicité spirituelle, est de plus en plus remise en cause. Aujourd'hui dans la commune de Ouagadougou les musulmans représentent 60,5% ; les catholiques 19%, les animistes 15,3% ; les protestants 4,2% et les autres religions 0,6% (MEF : Institut national de la statistique et de la démographie, 2010). Dans le quotidien, le syncrétisme cohabite avec une montée d'une certaine forme de fondamentalisme religieux.

2.1. La rencontre des religions

Le syncrétisme religieux est le produit de la longue évolution de la pénétration des religions du livre et de leur rencontre avec la religion traditionnelle. Je propose d'en rappeler quelques traits des religions, qui jusqu'à une date récente participaient à une harmonie sociale.

L'islam rentre dans le royaume *moosi* de Ouagadougou par le biais des commerçants *yarse* (une ethnie) vers le 16ème siècle. Ils bénéficient du soutien du *Moogho Naaba-Koom*, fils de *Naaba Zombré* dont il est rapporté que sa mère aurait été une *yarga* (Audin et Deniel, 1975). C'est ainsi que le premier mouvement de conversion des *mossis* en islam, a eu lieu à Kombissiri sous le règne d'un frère du *Naaba Zombré*, fondateur de cette chefferie. Aussi, l'ouverture de mosquées à Ouagadougou et dans les villages environnants est tolérée par Naaba Doulgou. Il n'impose pas l'islam à ses sujets et d'années en années, les différents rois qui se succèdent vont se convertir en islam tout en assumant les obligations religieuses traditionnelles. En utilisant les canaux d'influence des chefferies traditionnelles, l'islam va connaitre une grande progression au sein de la population de Ouagadougou.

Après la période coloniale, les relations entre les leaders religieux de l'islam et du catholicisme se réduisent à une lutte d'influence et à une rivalité sans animosité. Pourtant, le risque d'une conflictualisation des rapports interreligieux pouvaient naitre face à la conversion massive des populations à l'islam. C'est dans ce contexte que Monseigneur Thevenoud, dans un rapport à l'ensemble des paroisses en 1938, recommande de « s'abstenir de toute manifestation et de toute réjouissance à l'occasion des fêtes musulmanes, d'éviter d'aller au marché ce jour-là » (Audouin et Deniel, 1975 : 69). En dépit de cette mise en garde les chefs religieux se donnent des témoignages d'amitié, participent aux fêtes des uns et des autres et au ras du sol les pratiquants vivent dans une coexistence pacifique. Les mariages entre les religions ne donnent pas l'objet de tensions familiales d'autant plus que les pratiques de l'islam ne sont pas très différentes des pratiques coutumières. En effet, l'islam accepte la polygamie, les sacrifices offerts aux ancêtres, les pratiques magiques, les ports d'amulettes (Ibid., 1975). Cette flexibilité de l'islam va lui attirer la sympathie de la chefferie traditionnelle et de nombreuses conversions. Ainsi, les écoles coraniques progressent, passant de onze écoles avec cinquante-deux élèves en 1924 à vingt-sept écoles avec 184 élèves en 1941 à Ouagadougou (Ibid., 1975).

Le catholicisme, bien qu'ayant moins d'adeptes est perçu comme une religion d'émancipation pour la femme et particulièrement pour les jeunes filles des villages environnants. L'atelier de filature de la cathédrale était remplie de jeunes filles ayant refusé de se soumettre aux règles du mariage coutumier. Quelques femmes âgées aujourd'hui racontent leur adhésion au catholicisme pour la quête de liberté de choix du conjoint. La conversion de Marie-Juliette, âgée de 70 ans (2012) en est un exemple. Elle se convertit au catholicisme, qu'elle nomme « *mon père* » en référence à la qualification du prêtre « mon père » dans les années 1960. Malgré l'opposition de ses parents musulmans, elle montre toute sa détermination et un jour, un de ses oncles demande à son père de la laisser suivre sa nouvelle religion. Avec trois de ses copines, elles se convertissent avant de s'enfuir avec de jeunes garçons d'un village voisin pour la Côte d'Ivoire. Elle raconte qu'elle est la seule à avoir eu la chance, car l'une de ses camarades est devenue folle, l'autre a été frappée de stérilité. Si je raconte cette histoire c'est parce qu'elle sert d'argument aux

enfants de Marie-Juliette pour justifier leur changement de religion, le protestantisme (Chapitre 3)

2.2. L'émergence des nouveaux courants religieux

Les nouvelles conversions religieuses s'inscrivent dans une dynamique de la religiosité populaire et de nouvelles formes de construction de soi. Sources de tension entre les générations au sein de la famille, les nouvelles adhésions posent la question du rapport à la mort chez les «nin-kêemse » et les « pug gnãse» quand les valeurs religieuses sont antagonistes. Ce choc de valeurs et de pratiques s'inscrit dans une occupation expansive des mouvements religieux fondamentalistes dans l'espace public dont je retrace quelques parcours historiques et présents.

L'arrivée d'une nouvelle branche du christianisme que les *ouagalais* appellent « *merca* » (litt. américain) en référence à son origine remonte à l'année 1923, avec l'arrivée du Christian and Missionary Alliance (CMA), suivi en 1930 par le Serving in Mission (SIM). Ces deux mouvements évangéliques vont donner naissance au protestantisme à Ouagadougou et plus tard à l'ensemble du Burkina (Laurent, 2009). Au fil du temps, cette nouvelle religion gagne des « âmes » pour reprendre leurs mots par des stratégies agressives et massives d'évangélisation. Aujourd'hui, il n'y a pas un seul quartier, où on ne trouve pas plusieurs églises évangéliques. Dans leur doctrine, les protestants ne croient pas à l'efficacité de la prière pour les défunts ; certains se démarquent de participer financièrement ou physiquement aux messes de requiem. Cette attitude est une source de tension dans les familles pluri-religieuses, puisqu'elle remet en cause le rapport à la mort, tel que construit par les générations précédentes.

Quant à la branche naissante d'un fondamentaliste musulman, il faudra remonter à l'émergence du mouvement sunnite en 1973 avec de nombreux conflits entre les musulmans « traditionnels ». L'exacerbation des tensions autour de la manière de pratiquer l'islam aboutissant en 2002, à un affrontement entre les musulmans « *wahabites* » et « *sunnites* » conduit à la fermeture d'une mosquée à Zanguettin (Dassetto et al, 2013). Alors que la tradition islamique du Burkina est un mélange de pratiques traditionnelles, qui facilite la cohabitation interreligieuse, les *wahabites* veulent un islam débarrassé des oripeaux ancestraux. On constate une concomitance entre les réformes et l'intellectualisation de l'islam avec la naissance

en 1975de l'Association des Scolaires Musulmans de la Haute-Volta, à l'image de la Jeunesse Etudiante Catholique (JEC) et du Groupe Biblique Universitaire (GBU). Plus tard d'autres associations verront le jour comme l'Association des Elèves et Etudiants Musulmans au Burkina Faso (AEEMB) en 1987, et le Cercle d'Etudes, de Recherches et de Formations Islamiques (CERFI). L'émergence d'une société civile musulmane, composée d'intellectuels occupant de hautes fonctions dans l'administration publique tente de supplanter l'ancienne structure constituée par des commerçants et des notables de quartier.

Que retenir de ce phénomène religieux ? Il connaît une expansion grâce à l'usage des moyens de communication moderne tels que les radios communautaires confessionnelles, les « short message Systems- SMS- (rappeler les heures de prière et rupture de jeûne pendant le mois de carême), les sites Internet et la diffusion des prédications par les supports technologiques (DVD, CD). Ces moyens de communication participent à la formation d'un marché religieux. L'occupation des rues et des terrains vides pour les prières collectives illustre une dynamique religieuse à l'œuvre dans la société. Les signes extérieurs de la religiosité sont de plus en plus visibles dans les rues de Ouagadougou sous la forme d'habillement, d'autocollants, de porte-clés. Les mises en scène des pratiques religieuses s'observent dans l'espace public avec la participation des leaders religieux et des politiques. A l'échelle des quartiers, la prolifération des communautés catholiques de bases constitue des espaces où les fidèles offrent des séances de prière charismatique. Actuellement, l'actualité rapporte aussi les séances de « *rokia* » chez les fondamentalistes musulmans qui proposent d'apporter des solutions aux maux de toutes sortes (maladies, interprétations de rêves, mariage, richesse etc.). De même chez les églises évangéliques, les séances d'évangélisation en plein air, les groupes de prière contre les « *lik pansoalba* litt. Princes des ténèbres), les jeûnes d'Esther (trois jours consécutifs sans boire ni manger) sont autant de mise en scène d'une vitalité religieuse en milieu urbain. Au niveau familial, les parents envoient leurs enfants apprendre la religion pendant les vacances scolaires (camps bibliques, écoles coraniques de vacances). Au niveau des rapports entre les adeptes au ras du sol, certains fondamentalistes ne consomment pas les repas offerts par les adeptes des autres religions, mettant fin à des formes de solidarités de proximité. Les rapports entre les aînés et les cadets sont réinterprétés à l'aune des prêches religieux.

Les nouvelles parentèles se forment au-delà de la sphère familiale biologique avec les coreligionnaires. Mais cette solidarité n'en constitue pas moins un moyen de contrôle social de la part de l'institution sur les individus créant en retour des tensions entre les générations au sein de la famille. Les contraintes quotidiennes ravivent la sorcellerie dans les rapports entre les individus. Les solutions sont à chercher aussi bien dans les religions des livres que dans les coutumes et les traditions. Le syncrétisme religieux en œuvre dans la capitale fonctionne selon une logique de cumul et d'addition des pratiques (Mary, 2008). C'est ainsi que les rues de la capitale sont parfois jonchées de sacrifices rituels et alimentent une vision paganisée du monde. Le paganisme combattu aux premières heures de l'implantation des missions catholiques comme relevant d'une religion archaïque des mondes primitifs semble refaire surface. Ce phénomène n'est pas le propre de la capitale *ouagalaise,* André Mary montre à ce propos, la montée en puissance de la sorcellerie et du fétichisme dans l'Afrique contemporaine (Mary, 2008). La modernité se trouve symbolisée par la cohabitation des formes de religiosités (Ibid.2008). La conversion à ce titre ne relève pas d'une démarche spirituelle mais cherche à résoudre des problèmes quotidiens (Mary, 2008). Au fond, comme le dit Mary, (2008 : 23), « cette culture pentecôtiste relève d'une logique païenne, d'une multiplication illimitée des esprits du diable ». Les clivages entre les parents du même lignage se dessinent à l'horizon. Les aînés ont peur de ne pas bénéficier de funérailles (messes de requiem ou un dwa) dignes de leur âge parce que la descendance adhère à des nouvelles religions fondamentalistes.

3. «La brigade verte» comme le miroir de la vieillesse féminine

La vieillesse se conjugue au féminin. Le rapport de masculinité est de 87,9% chez les personnes de plus de 60 ans. Il existe quatre-vingt-huit hommes pour cent femmes. Ce déséquilibre s'explique entre autre par les différences de l'espérance de vie à la naissance qui est de 57,5 ans pour les femmes contre 55, 8 ans pour les hommes (Institut national de la statistique et de la démographie, 2010).Les conditions sociales de la vieillesse féminine sont le produit de la persistance de certaines représentations sociales de la femme, les changements de la structure familiale. C'est ainsi que l'image de la femme âgée dans la capitale peut être observée à travers les « femmes de la brigade verte ».

3.1. La brigade verte de la commune de Ouagadougou

Elles sont appelées aussi « les femmes de Simon », du nom de l'ancien maire de la capitale qui a occupé la tête du conseil municipal d'avril 1995 à décembre 2012. Le matin, de cinq heures à huit heures, ces femmes pour la plupart ménopausées et d'un certain âge, habillées en blouse verte avec des balais et des brouettes, écument les principales artères de la ville. Elles sont également pour la majorité des veuves ou des divorcées, qui vivent au quotidien dans la misère. C'est en 1995 que le maire Simon Compaoré forme la brigade avec les femmes issues des milieux défavorisés qui s'adonnent à des pratiques de détérioration de l'environnement urbain. Elles ramassent du sable, du gravier et de gravillons et elles procèdent à la coupe abusive du bois de la ceinture verte de la capitale. La création de la brigade verte visait trois objectifs : (i) l'amélioration du cadre de vie des populations urbaines ; (ii) la création d'emplois et la génération de revenus afin de lutter contre la pauvreté ; (iii) la protection des couches sociales vulnérables que sont les femmes (Livre d'or de la commune, 2013). Au nombre de vingt au départ, on en dénombre en 2012 quelques 2086 femmes engagées pour le balayage des voies publiques. Les lundis et les jeudis très tôt le matin, dans la pénombre, on les retrouve courbées au bord des routes bitumées, avec des balais. L'appauvrissement frappe plus les femmes âgées à cause de leur histoire biographique et professionnelle moins nantie que les hommes (moins instruite, gagne moins) et qui continuent de supporter plus les charges familiales. Les femmes âgées courent le risque de finir « comme veuves ou épouses abandonnées ou alors comme épouses soignantes et soutiens de famille » (Roth, 2010 :101). Les conditions sociales des femmes âgées aujourd'hui ne peuvent pas être comprises sans rappeler la politique de libération de la femme de la révolution d'Août.

3.2. La politique de libération de la femme sous la révolution

Dès le discours d'orientation politique en 1983, les autorités politiques affichent un volontarisme pour créer « les conditions nécessaires pour permettre à la femme voltaïque de se réaliser pleinement et entièrement » (Benabdessadok, 1986 : 61). Cela s'est traduit concrètement par l'élaboration et la mise en œuvre du code de la personne et de la famille. L'idéal révolutionnaire de la famille est fondé sur le libre choix des partenaires, sur l'égalité des droits et des devoirs entre l'époux

et l'épouse et l'égalité des droits chez les enfants. L'intérêt de la réforme est le changement du regard de la société sur les femmes. Des actions volontaristes et folkloriques (les rencontres-débats entre les femmes et le président, l'instauration du salaire vital, la journée du marché au masculin, la journée internationale de la femme) ont contribué à améliorer la reconnaissance sociale de la femme (Benabdessadok, 1986, Attané, 2007). Ainsi, le concept de « femme libérée » va rendre compte des nouveaux rôles joués par les femmes (Fraise, 1996). Pendant la révolution (1983-1987), le ministère de l'action sociale est rebaptisé ministère de l'essor familial et de la solidarité nationale. C'est avec la révolution que l'on assiste à la « repolitisation de la famille », c'est-à-dire qu'au droit classique de la famille est venu s'ajouter le droit des individus à l'intérieur de la sphère privée (droits des femmes par rapport aux hommes, le droit des enfants). Les structures d'autorités et de gérontocratie existantes ont été bouleversées au point que la révolution fut la période de la liberté de la femme vis-à-vis de l'autorité du mari. Ceux qui essaient d'empêcher leurs femmes de participer aux activités révolutionnaires furent traités de « *mauvais maris* », de « *maris réactionnaires* » et classés dans la catégorie des « *paresseux, de petits patrons* » (Pathfinder, 2007 : 53). Thomas Sankara, au cours d'un discours de lancement de la construction d'une cité à Pô, dira : « *il faut bannir de vos rangs, les maris qui n'autorisent pas leurs femmes à aller sur les chantiers* » (Ibid., p.54). Avec le discours de libération de la femme, pour reprendre les mots d'une femme âgée de 74 ans, « *la femme a cru être l'égale de l'homme* ». Selon le récit de cette femme, des épouses auraient traité publiquement leurs conjoints de « *maris pourris* ». Cela a été vécu comme un véritable désordre dans les rapports hommes et femmes et a ébranlé de ce fait les structures sociales coutumières.

En même temps que la femme s'émancipe des liens d'autorité de l'homme, la société s'urbanise avec la construction des cités. A la fin de la révolution, les nouveaux citadins vont être confrontés à une pauvreté urbaine. En outre, l'autorité de l'État est mise à mal avec la réalisation des programmes d'ajustement structurel où quelques milliers de travailleurs sont licenciés. Durant la période allant de 1994 à 1998, plusieurs familles sont touchées par une pauvreté extrême. Quelques 44,5% de la population vivent par an avec 72 690 F CFA (115 euros). La situation des femmes est la plus paradoxale car elles n'ont pas accès aux bénéfices du travail (Lachaud, 2003) alors qu'elles sont les principales productrices. Toutefois, une

partie des femmes en milieu urbain a vu leur condition économique s'améliorer. Riches et travailleuses, elles avaient les moyens de vivre avec leurs enfants sans l'aide de leurs époux. Cette conjugaison des facteurs conduit à des formes de fragilisation des relations conjugales.

4. La fragilisation des relations conjugales

Les fondements familiaux connaissent des bouleversements. La famille élargie définie « un agglomérat de familles nucléaires élargies avec un noyau familial central auxquels s'agrègent d'autres membres de la famille » (Cavin, 1998 : 105) connait une nouvelle configuration. On assiste de plus en plus à l'émergence de famille-foyer qui s'accompagne de la primauté des liens biologiques. L'idéal révolutionnaire de la famille, s'est traduit dans l'élaboration du code des personnes et de la famille qui prône l'égalité entre les femmes et les hommes (Cavin, 1998). L'égalité entre l'homme et la femme prônée à cette période, a fabriqué un contexte de revendication d'une vie amoureuse dans les liaisons conjugales. Le mariage se modifie dans le même sens : il devient dans l'ensemble plus tardif et moins contrôlé par les familles, ce qui le rend plus fragile. La formation du mariage se construit de plus en plus sur le libre choix des partenaires, et la famille se fonde sur l'égalité des droits et des devoirs entre l'époux et l'épouse et l'égalité des droits chez les enfants. La famille devient une structure progressive dans la mesure où la notion de chef de famille disparaît (Cavin, 1998). Les histoires individuelles des ruptures conjugales se conjuguent avec le bouleversement des fondements familiaux dont l'origine remonte à la politique de libération de la femme de la révolution d'août 1983. Cavin (1998) rapporte que de 1960 à 1980, il y a eu trente-deux demandes de divorces dont vingt-deux proviennent des gens qui n'ont pas la nationalité voltaïque. De 1983 à 1994, 288 femmes ont déposé une demande de divorce pour 219 hommes seulement. Ces différentes mutations de la famille produisent des situations matrimoniales diverses à la vieillesse. C'est ainsi les plus de 60 ans se compose respectivement de 0,2% de célibataires, de 7,3% de divorcés et de 0,8% d'unions libres (MEF, INSD, 2010). Bien que ces chiffres paraissent anecdotiques, ils illustrent les mutations des rapports familiaux, la fragilisation des unions maritales et les formes de vulnérabilité auxquelles, les individus vieillissants sont exposés.

Ces transformations des rapports sociaux s'inscrivent dans un processus

plus large des bouleversements en chaîne qui ont affecté la structure matérielle et les éléments immatériels des sociétés traditionnelles (Balandier, 1961). La ville provoque une transformation dans les rapports familiaux traditionnellement prescrits mais elle entraîne également un relâchement des contraintes sociales et suscite un état de disponibilité provoquant un désarroi certain chez le nouveau citadin. Cette situation, propre à toute société « en transition », se caractérise par des mutations des valeurs de la famille (Ibid. 1961). Ces changements traduisent le passage d'une société rurale à une société tournée vers la modernité, dont il convient de s'interroger sur l'expérience subjective et objective de la ville.

5. Entrée dans le « *nassarade* » : la modernité

L'urbanisation croissante s'est accompagnée d'un étalement résidentiel dans l'espace urbain depuis la révolution de 1983. Avec l'avènement de la démocratie des années 1990, on a assisté à l'émergence de façon générale d'une société civile et particulièrement la réislamisation (Kaag et Saint-Lary, 2011) et la montée en puissance des églises pentecôtistes et évangéliques (Laurent, 2009). La libéralisation de l'économie après les programmes d'ajustement structurel s'est accompagnée d'un essor de la presse écrite, des radios privées et communautaires, de l'expansion des nouvelles technologies de l'information. Le téléphone portable et l'internet sont devenus des objets d'usage courant de la vie relationnelle des citadins. Concomitamment à ses transformations, une partie de la population urbaine vit dans une situation de paupérisation. Pour résister à ces difficultés, les individus développent plusieurs stratégies qui relèvent du symbolique comme du réel : les pratiques occultes (*wack*), l'adhésion aux nouvelles religions, les migrations des jeunes vers les sites aurifères, la débrouillardise dans l'économie informelle. L'entrée dans la modernité s'accompagne de nouvelles manières de vieillir en ville. Je me propose de décrire à partir du ras du sol la ville telle qu'elle est vécue, ressentie et racontée par les personnes vieillissantes. La fabrique de la ville des sujets âgés s'organise autour des valeurs de la modernité et de leurs conditions concrètes d'existence (objectives et subjectives).

5.1. Le *« yãado »* : la cupidité des individus

Parlant de la vie dans la capitale, une femme de 67 ans, vivant dans une trame d'accueil me dit ceci :

> *« Duni kale wênd pind ye. Yêlà ya wusgo »*
> *« Le monde n'est plus comme avant il y a beaucoup de problèmes » (Femme, 67 ans, 25 novembre 2011)*

« *Les médicaments coûtent chers* », « *nêbâ nanbsdame*» [les gens souffrent], « *wogdogo lebga ting tang* »[6], « *ce n'est pas facile pour nous* » «*bʊgum-yiri* » [enfer terrestre], le « *chômage* » sont quelques expressions rendant compte de l'image sociale de la ville pour les personnes âgées. Ces locutions peuvent être résumées à travers la métaphore de « yãado » en langue locale *Moore*. Au cours d'un entretien, une femme de 74 ans, me décrivant l'évolution territoriale de la ville, parle de la souffrance collective des citadins, et dénonce le comportement des maires dans la gestion des lotissements et termine en ces termes : « yãado *ya wusgo* » (litt. Les intestins sont nombreux).

Le «yãado» signifie littérature « *les intestins* » ou « *les viscères* ». Étymologiquement, viscère, du mot latin « *viscus* » signifie la chaire ; intestin de « *intestinus* » est ce qui se passe à l'intérieur de quelque chose. Les intestins dans le corps humain sont reliés par deux orifices (la bouche et l'anus) ; ce qui fait de lui, un organe réceptif et évacuateur. La chaire est le symbole de l'insatiabilité, de la cupidité et de la corruption. Sur le plan symbolique, le «yãado [cupidité] rend compte de la perception des rapports entre les membres de la famille et les rapports entre les individus et la société.

Au niveau de la famille et du lignage, la réciprocité qui jouait un rôle capital dans le développement de l'identité individuelle et de l'identité du groupe connaît

---

6 Je reproduis le refrain du titre de la musique populaire, reprise par quelques « nin-kêemse nê pug gnãse » pour signifier la cherté de la vie

Wogdogo lebga ting tang!
[Ouagadougou est devenu ting tang!]
viima lebga debruye arrive
[La vie est devenue de la débrouillardise]
Fo rat tif karata ya debruye arrive
[Que tu veuilles ou pas il faut se débrouiller]
Noom ti kiêma ya debruye arrive
[Que ça te plaise ou pas, il faut se débrouiller]

un relâchement. Cette situation conduit à une insécurité puisque la solidarité assurait la sécurité de tout le groupe. Dans ce contexte, le sentiment de pauvreté est vivace puisque le pauvre est non seulement celui qui « ne possède rien » (Laurent et al, 2004 : 430) mais aussi celui qui ne peut plus compter sur le lignage pour satisfaire ses besoins de base. A ce titre, une veuve de 74 ans, déclare ceci :

> *«Maintenant quand quelqu'un meurt, personne ne l'aide pour s'occuper de ses enfants […] Si quelqu'un croit qu'il va se rassasier avant de donner aux autres, c'est difficile. Il ne peut pas s'occuper des autres » (Entretien du 7 janvier 2014)*

Elle poursuit en ces termes :

> *« Est-ce qu'avec 75000 F CFA (120€) de pension mensuelle on peut se nourrir ? S'occuper de six enfants ? C'est insuffisant. L'église évangélique m'aide avec un sac de maïs, de riz par mois. Actuellement, la vie est devenue un b Est-ce qu'» (litt. Maison de feu) [enfer] » (Entretien du 7 janvier 2014).*

La femme dénonce l'émergence d'une nouvelle vie urbaine faite de cupidité, de relâchement des formes de solidarité. L'interprétation du contenu des nouveaux rapports de parenté par la femme illustre bien que la famille n'est pas seulement le lieu « des sentiments inspirés du plus pur altruisme, de la solidarité sans faille […] c'est le lieu aussi où l'amour se change en haine, la concorde en discorde » (Godelier, 2010 : 647). Les pertes de repères, de la relation au sacré découlent du fait que le mythe de la création du monde chez les *moose* ne remplit plus parfaitement sa fonction de hiérarchisation de la société. Le rapport au sacré sans totalement disparaître s'est déplacé dans le registre des religions du livre avec la formation de nouvelles communautés d'appartenance et de rapport de sociabilité. La rétention pour soi affecte tous les milieux et les aspects de la vie au point de les transformer en un enfer terrestre [« «*bʊgum-yiri* »], symbole de la souffrance morale, physique et de multiples formes d'humiliation. La « vie d'enfer » ne serait rien d'autre que la rencontre de l'énorme discordance d'un univers de vie urbaine qui ne répond plus à l'ordre que, la génération vieillissante maîtrise le mieux. A ce titre, une femme de 70 ans dit ceci :

> *« Les gens cherchent l'argent comme s'ils ont perdu la tête. Ils cherchent l'argent, ils ne cherchent pas les hommes hi !! hi !! » (Entretien du 25 novembre 2012)*

La femme dénonce la course effrénée vers l'argent. Dans ce contexte, la richesse, au lieu d'être le ciment de la fraternité parce que partagée, vient corrompre

les valeurs morales, affectives et les relations entre les parents. Cette « impersonnalisation » des échanges est une caractérisation de la vie urbaine (Simmel, 2013). Aussi l'économie monétaire se ramifie dans les rapports ordinaires et les plus banaux des individus. La monétarisation des rapports sociaux participerait à fabriquer une société indifférente qui connote une insensibilité à autrui, un manque d'empathie dans les relations humaines. Les registres des discours sur la vie urbaine mettent en lumière, un décalage entre les valeurs de la société d'hier et celle d'aujourd'hui qualifiée de « *nassarade (*litt. Le blanc » (la modernité).

5.2. Le « *soog-mêemga* » : le développement de l'individualisme

La caractéristique du « *nassarade* » est la mise en scène de nouveaux modes de vie, appelés le « *soog-mêemga*, (litt. Propriétaire de soi-même ; indépendance). On pourrait rapprocher la notion de «*soog-mêemga*» aux deux formes de l'individualisme que sont « l'indépendance individuelle et l'élaboration de la différence personnelle » (Simmel, 2013 : 69). Le « *soog-mêemga* » serait une des conséquences du passage d'une « concorde coutumière » à une « concorde civile » (Laurent et al, 2004). La « concorde civile » se caractérise par le manque *de* « biens collectifs » (Ibid., p. 443) dont chaque membre de la communauté avait virtuellement accès à la concorde coutumière. En l'absence de ce consensus qui rend le « *vivre ensemble* » harmonieux, la nouvelle vie urbaine est assimilée à un « enfer » et les individus responsables de cette situation sont traités de « cupides ». Ce qui caractérise aussi ce nouvel ordre c'est «l'émergence d'une forme de capitalisme dérégulé » (Ibid., p. 42), générateur d'énormes défis sociaux et d'une forte demande sociale, difficiles à satisfaire à cause de l'insuffisance des ressources. Dans ce cas, la cupidité considérée comme un comportement déviant ne serait alors qu'une forme d'adaptation au contexte de pauvreté généralisée. La course à la propriété privée ne pourrait alors que produire de la réserve et du blasement dans les rapports sociaux (Simmel, 2013). Ayant analysé le comportement citadin dans les grandes villes, l'auteur définit la réserve comme « une défiance, voire […] un mépris social » (Ibid., p. 21) dont le but est de se préserver. Le blasement renvoie à« des formes d'indifférence » (Ibid., p. 21) à l'égard d'autrui. La reconfiguration des rapports interindividuels dans cette forme de vie urbaine est qualifiée par Mbembé (2004) d'une « économie des personnes » dans laquelle, les relations sont

de plus en plus purement marchandes et objectivables. Aussi, le partage entre l'utilité et la moralité s'approfondit car l'argent est devenu une force de séparation des individus et un objet d'intenses conflits (Mbembé, 2004). Ces nouveaux styles de vie urbaine, à la base de « la formation des individualités et des régimes de subjectivités » (ibid., p., 187) remonteraient à l'avènement de la révolution de 1983 qui marque le passage d'une vie basée sur les principes de la coutume à une vie urbanisée. On assiste alors à l'émergence du sujet vieillissant.

Le raisonnement de Michel Agier pour démontrer ses conditions d'émergence dans le monde occidental peut éclairer mes propos. Il part de la définition de la personne comme un être humain, relié à une culture, à un lieu et à une structure sociale. Dans le contexte lignager chaque personne a une position définie dans la généalogie lignagère vivante ou morte (ancêtre). Aussi, la personne est l'incorporation des normes et valeurs morales et sociales et le processus d'individuation prend la forme d'une identité. Pour l'auteur, cette définition de la personne ignore la dimension relationnelle de l'identité individuelle et la dimension contextuelle des transformations qu'elle a subies (Agier, 2013). Dès lors, le processus d'individualisation produit un individu normatif, porteur de droits de l'homme universels. Les conditions de vie se durcissant, les individus sont continuellement en situation d'adaptation aux contraintes du contexte. Le mécanisme de subjectivation en cours peut être compris comme « le processus par lequel, un sujet devient capable de se déplacer vis-à-vis de lui-même sans pour autant s'arracher de fond en comble à sa condition » (Agier, 2013 : 192). Le sujet âgé est alors confronté à un contexte nouveau régis par des « principes socioculturels porteurs de plus de liberté » (Laurent et al, 2004 : 430). Ce contexte est le résultat de changements de « logique transitant d'une situation où on se connaît personnellement, à celle d'un anonymat et partant à une atomisation du social » (ibid., p.430). Le devoir et l'obligation morale, qui permettent en l'absence d'une protection sociale publique pour tous, une sécurité sociale informelle connaît une crise de fonctionnement. Les personnes vieillissantes évoquent la difficulté de l'organisation de leur prise en charge de ce contexte de paupérisation généralisée :

> *« Les gens n'arrivent même pas à s'occuper d'eux-mêmes, à plus forte raison son papa (…) ; certains n'arrivent pas à joindre les deux bouts ; c'est difficile pour certains de s'occuper des vieux » (Un retraité né en 1949, entretien du 12 déc.12)*

Cet extrait montre les contraintes dans lesquelles, la jeune génération, confrontée à leur propre situation de pauvreté n'arrive pas à remplir le contrat familial. C'est pourquoi, les représentants des associations des personnes âgées insistent dans leurs discours sur leur condition de pauvre alors qu'ils étaient perçus comme des nantis.

5.3. « Nous faisons partie des pauvres » : la précarité des destins individuels

Le « durcissement de la contrainte monétaire» (Mbembé, 2004) produit des antagonismes économiques. A ce titre, un extrait du président du Conseil National des Personnes âgées (CNPA) du Burkina dit ceci :

> *« On fait partie des pauvres parce que on ne peut plus produire ; il y a une frange des gens qui sont dans la pauvreté ; on peut parler de trois niveaux : il y a les cultivateurs qui n'ont plus de la force pour produire et avoir des revenus substantiels ; ils sont les moins nantis ; vous avez des commerçants et les fonctionnaires ; ils peuvent se débrouiller ; et d'autres qui sont véritablement nantis et qui sont des personnes âgées» (Président du CNPA)*

Cet extrait explicite la diversité des personnes âgées en trois groupes : les pauvres du monde rural vivant sans un revenu de substitution à la vieillesse ; les travailleurs du secteur informel, ayant des ressources financières provenant de leurs activités commerciales et enfin les plus nantis, dotés de capital économique, social et culturel très fort. Cette catégorisation se traduit au quotidien par un accès inégalitaire à une prise en charge. Un autre responsable d'une association de retraités explique :

> *«Les produits de grande consommation, les produits pharmaceutiques, les déplacements n'ont pas de prix pour les retraités ; ton avoir diminue de deux tiers et les dépenses sont les mêmes ; ici quand on arrive à la retraite, c'est rare qu'on ne soit pas grand-père ; et les enfants vous envoient les petits fils et vous êtes obligés de vivre avec le peu que vous avez ; celui qui n'a pas songé à investir avant d'aller à la retraite, c'est un calvaire » (Entretien du 27 Novembre 2012).*

Cette expérience de la pauvreté va se manifester aussi bien au niveau des ressources monétaires, des conditions matérielles de l'habitat qu'au niveau des liens sociaux.

La condition de certains retraités mérite une attention particulière. Ils se définissent comme « *ni en bas, ni en haut* ». Ce sont généralement des petits fonctionnaires, des travailleurs indépendants du secteur informels. Durant la vie

adulte, ils sont englués dans les dépenses de familles (éducation, santé et alimentation), à tel point qu'ils ne peuvent pas épargner ou investir dans l'immobilier pour anticiper les besoins futurs. Avec des bas salaires appelés « *viim koega* (litt. La voix de la vie), en référence au communiqué de la radio nationale le vingt-quatre de chaque mois pour l'ordonnancement des salaires par la direction de la solde, la phase de la vie active n'a pas été facile pour eux. Première génération de fonctionnaires dans leurs familles, ils se sont occupés non seulement de leur nombreuse famille conjugale (beaucoup d'enfants) mais également ils ont hébergé des enfants de leurs villages d'origine pour des raisons diverses (écoles, petits boulots). Leurs pensions sont tellement faibles pour supporter le coût de la vie, qu'elles sont appelées en langue locale moose « *ri da ki* (litt. Mange pour ne pas mourir). C'est pourquoi, leurs besoins de base sont de plus en plus compromis au cours de leurs vieillesses. La retraite apparaît pour une certaine catégorie des travailleurs comme un temps de toutes les incertitudes et de risques. L'expression « *kuili ti ki* [litt. Partir mourir à la maison] employée par certains retraités font de la retraite, un moment de risque de déclassement social, de maladies et de ruptures des relations. A ce titre, un retraité, ancien membre d'un conseil d'administration de la CNSS et de la CARFO déclare :

> *« Un retraité actuellement au Burkina Faso est une personne physiquement diminué et économiquement diminué; et on a autant de problème que quand on était actif et on n'arrive pas à faire face à ces problèmes ; la pension est très faible » (Entretien du 28/11/2012)*

La situation actuelle des aînés ne peut se comprendre sans prendre en compte les deux facteurs à la base des contraintes économiques de la vie urbaine.

D'abord, les programmes d'ajustement structurels (PAS) ont contribué à la dégradation des conditions de la vie d'une grande partie de la population urbaine. Les inégalités sociales se sont creusées de manière spectaculaire. Pendant cette période, la part des salaires dans les dépenses publiques est passée de 51,57% en 1991 à 39,5% en 1998. La mise en œuvre du PAS s'est accompagnée « de la perte d'emploi pour 7280 travailleurs entre 1989 et 1995 par licenciement dont 70% sont imputables au secteur public et parapublic à cause des dégagements » (Sissoko et al, 1999 : 45). En outre, la mise en œuvre des recommandations engendrent des retraites anticipées assorties de clauses de compensation financière. Une partie des

personnes vieillissantes d'aujourd'hui appartiennent à la génération de ceux qui ont connu en tant qu'actifs le premier ajustement structurel et par conséquent connaissent des conditions socio-économiques différentes.

Enfin, la situation des jeunes se caractérise par une nouvelle forme de pauvreté, surtout pour les jeunes diplômés. En 2003, le taux de chômage est de 18% en milieu urbain contre 1% en milieu rural (Barat et al, 2010). L'intégration dans le monde du travail est devenue de plus en plus difficile par les enfants de la génération de « l'ajustement structurel » car ces programmes ont contribué à limiter l'absorption des diplômés par la fonction publique (Marzzochetti, 2010). Par exemple, au titre de l'année 2011, il n'y avait que 9000 emplois publics pour 410.000 candidats[7] . En dehors des professions de médecins, de pharmaciens et des enseignants universitaires (doctorat) qui sont intégrées dans la fonction publique sur titre, les autres font l'objet de concours très sélectifs. Dans ce contexte de rareté d'emplois, beaucoup de jeunes diplômés acceptent d'occuper des postes d'un niveau inférieur à leur diplôme. Ainsi on retrouve des diplômés occupant des emplois naguère méprisés tels que la vente de viande (boucherie), le service dans les bars, les cours d'appui à domicile, le travail de ménage, le gardiennage. Une nouvelle catégorie de travailleurs est née avec le chômage massif des jeunes : le volontariat à travers le programme national du volontariat. Ce programme propose aux jeunes diplômés un travail d'intérêt public (réglementation de la circulation routière, secrétariat dans l'administration privée et publique) contre une prime mensuel de 50.000FCFA (80€) dans un contexte où le salaire minimum d'intégration garanti (SMIG) est de 30.684 FCFA (50€). Au-delà des conséquences immédiates sur la situation des personnes concernées, les incidences différées participent à fabriquer un visage hétérogène de la vieillesse urbaine.

La ville n'est pas seulement un lieu de vies éprouvantes, elle offre également des opportunités. L'accessibilité aux ressources collectives dépend non seulement des opportunités économiques qu'un «nin-kêema » et une « pug gnãga » peuvent bénéficier au niveau familial (patrimoine et aides), mais également de son insertion antérieure dans le tissu économique. A ce titre, les modalités de fin de carrière

7 Ouoba, dans le journal Le Pays du 24 octobre 2011

(retraite précoce, licenciement, retraite normale), la nature de travail (informelle ou formelle) participent à renforcer ou à éroder le capital économique et relationnel. Par nature du travail, je pense au salariat qui donne généralement une pension de retraite et au travail « informel » (commerçants, aux éleveurs, aux agriculteurs) qui ne garantit pas une sécurité sociale. En outre, les reformes les plus significatives des systèmes de retraite portent sur l'allocation d'une indemnité de départ à la retraite, sur l'allongement de la date de départ à la retraite et sur les modifications du niveau de cotisation. Ces changements participent à fabriquer un groupe de retraités hétérogènes qui vivent différemment les incertitudes et les risques de la vie. Que retenir du contexte ?

5.4. L'insécurité sociale et spirituelle

Ce contexte de pauvreté, de repli sur soi et d'ouverture sélective vers les autres renvoie à la « modernité insécurisée » terme développé par l'anthropologue Pierre-Joseph Laurent pour «rendre compte d'un moment particulier de réforme des cultures […] où les principes de la sécurité sociale, économique et culturelle de la société coutumière mossi n'existent plus vraiment […] mais où l'État-nation n'est pas, pour autant en mesure d'assurer l'instauration généralisée d'une nouvelle forme de sécurité sociale » (Laurent, 2009 : VII). Cette situation d'insécurité sociale généralisée pour les «nin-kêemse » et les « pug gnãse » est doublée d'une forme d'insécurité spirituelle qui est définie comme « le fait que pour un grand nombre de personnes, les réalités de la vie urbaine sont de plus en plus difficiles à décoder et à comprendre » (De Boeck, 2012 : 95).

Les mutations urbaines ont fortement contribué à faire évoluer les rapports de l'individu à sa communauté (Calvès et Marcoux, 2007). En m'appuyant sur les travaux de ces auteurs, on retrouve dans ma description du contexte, les « multiples sphères d'expression et de figures emblématiques de l'individualisation » (Ibid., p. 8). Deux sphères d'individualisation se côtoient : dans la sphère publique, les revendications publiques des jeunes diplômés sans emploi (révoltes de la jeunesse du 30 et 31 octobre 2014) et les pratiques religieuses ostentatoires des mouvements religieux de jeunes (Dassetto et al, 2013) et les nouvelles formes de prostitution (Marzzochetti, 2009) chez les jeunes filles sont des formes de l'individualisme dans l'espace public urbain (Calvès et Marcoux, 2007). Dans la sphère familiale,

l'émergence et l'affirmation de processus d'individualisation portent sur les dynamiques des solidarités familiales à cause de la crise économique qui affecte l'espace conjugal et celui des relations intergénérationnelles. Avec les difficultés économiques, la solidarité conjugale se renforce. La pauvreté des jeunes a ébranlé leurs capacités à répondre aux besoins de leurs parents. Les changements à l'œuvre dans les pratiques matrimoniales (Ibid., 2007) concernent les initiatives prises par les jeunes dans la préparation de leurs mariages. Le rôle de la parenté élargie se raréfie. Les auteurs concluent que le processus d'individualisation reste hybride car les citadins non seulement revendiquent une sorte d'individualisme, tout en ayant recours aux formes de solidarités communautaires (Ibid., 2007).

Cette modernité se caractérise par une distance sociale entre les cadets et les ainés tandis que la distribution des rôles et les ressources entre générations, se complexifie (Mbembé, 2012). Les atouts «naturels » des plus âgés (sagesse, expérience, connaissance) disparaissent, mettant en danger leur intégration sociale dans l'espace public, comme dans la sphère privée. Commentant les travaux de Van Der Gest Sjaast, Couderc Matlide écrit : « rendre visite à un vieux ne représente plus un acte social valorisant, mais plutôt un acte de charité, loin d'être partagé de tous » (Couderc, 2005 : 42). L'on assiste à l'émergence du phénomène de « marginalisation des personnes âgées et d'une perte de leur signification sociale » (Ibid., p. 42). C'est pourquoi, il convient de distinguer la solitude de l'isolement social car une personne âgée « peut être entourée et cependant ne pas recevoir l'attention qu'elle désire, ou bien qu'elle pense lui être due du fait de son statut d'ancien » (Ibid., p.42). L'absence d'intérêt pour la sagesse dénote d'une perte de respect, que l'on peut rapprocher à la notion de mort sociale. C'est dans ce sens que Louis Vincent Thomas (1994) écrivait que « la société africaine en mutation fabrique pourtant des situations similaires aux hospices du monde occidental en dépossédant les vieux de leurs anciennes fonctions. (Louis-Vincent, 1994 : 168).

Le chômage des jeunes les prolongent dans des formes de dépendance prolongée. La seule voie de sortie devient la délinquance, la criminalité ou la débrouillardise. C'est ainsi que les jeunes mendiants écument les artères de la capitale et il ne passe pas un jour sans que la presse ne fasse l'écho des jeunes délinquants mis au arrêt. Cette condition des jeunes peut être mise en relation avec les changements constatés dans la composition des ménages. Les observations

montrent que les familles conjugales sans enfants (problème de stérilité et fin des fosterages), les familles polygamiques sans collatéraux et familles monoparentales (décohabitation des hommes, veuvage, divorces) témoignent de la diversité des formes de familles en cours (Calvès et Marcoux, 2007).

La description du contexte urbain met en évidence l'émergence de frontières qui façonnent le quotidien des personnes vieillissantes. Didier Fassin, dans une analyse de la société française actuelle fait usage du concept de « frontières » pour analyser la condition sociale des minorités comme les migrants. Pour lui, la notion renvoie aux termes anglais « *border* » pour signifier la démarcation d'un territoire ; et à « *boundary* » pour désigner une ligne différenciant des ensembles y compris les humains. Dans cette dernière acception, les frontières distinguent des individus et des groupes sur des indices variables (Fassin, 2010). Pour Marc Augé, la notion de frontière est au cœur de l'activité symbolique car elle donne du sens à un monde qui a l'apparence d'une globalité. Les frontières qui façonnent des espaces de vie ne « s'effacent jamais, elles se redessinent » (Augé, 2012 : 19). C'est pourquoi, Fassin (2010) soutient que les frontières ne sont pas une nouvelle création, mais sont devenues visibles. A l'intérieur des capitales comme Ouagadougou, il y a une pluralité de frontières: les frontières naturelles (les barrages, les péages), les frontières linguistiques (une soixantaine de dialectes dans la capitale Ouagadougou), les frontières politiques (le nombre important des partis politiques). A ce niveau d'analyse, je retiendrai une frontière dont son articulation est manifeste et prégnante dans l'apparition des nouvelles formes d'inégalités sociales. La frontière territoriale définit le centre et la périphérie. Cette description de la ville rappelle que la périphérie n'est pas un espace social homogène bien qu'elle soit située autour du centre imaginaire de la ville (Augé, 2012). Dans un sens social et politique, la périphérie renvoie d'une part à l'inaccessibilité aux services publics et d'autre part au sentiment pour certaines populations d'être oubliées par les pouvoirs politiques. Au quotidien, les frontières n'épuisent pas les lignes de différenciation et de distinction entre les individus (retraités et non retraités, lignages royaux et individus ordinaires, riches et pauvres) mais elles mettent en évidence les inégalités sociales. A ce titre, les frontières se définissent comme des « constructions idéologiques dont l'efficacité pratique est considérable du point de vue d'accès aux ressources » (Fassin, 2010 : 25) collectives.

Chapitre 2 : L'invisibilité sociale de la vieillesse

Vieillir dans la modernité constitue pour une majorité des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » des périodes difficiles en matière d'accès aux soins de santé (Chapitre 7), à une alimentation de qualité (Berthé et al, 2013) et à de multiples formes de privation. Cependant cette condition de la vieillesse demeure invisible au profit de leurs rôles sociaux, économiques et politiques. La logique de cette invisibilité n'est pas celle de l'oubli ou de la répression mais celle d'un défaut de perception. La perception est « une activité sociale qui fait apparaitre dans l'environnement du sujet percevant des éléments comme non pertinents, dignes d'être perçus et d'autres comme non pertinents, vidés de leur signification au point d'être relégués comme arrière-fond de toute perception sans être jamais en mesure de devenir objets de la perception » (Le Blanc, 2009 : 13). Ces formes ordinaires de l'invisibilité sociale conduisent à des vies précarisées. L'enjeu majeur de la visibilité est qu'elle ne relève pas d'un impératif de survie sociale mais elle est la condition de possibilité d'une vie réussie (Ibid. 2009). En effet, l'idée que les sociétés africaines seraient des sociétés de care pour les « nin-kêemse » et des « pug gnãse » à cause du respect des aînés cache cette invisibilité sociale et les expose à des conditions d'existence difficiles. Le débat récurrent sur le statut des ainés dans les sociétés africaines se focalise sur la notion de respect. Le parallèle peut être établi entre son usage chez les noirs vivant dans les Favelas du Brésil (Vidal, 1999) et l'évocation du manque de respect chez les personnes âgées dans notre contexte. Selon l'auteur, le respect révèle l'intériorisation de valeurs et normes qui oscillent entre une préférence pour les formes anciennes de rapports hiérarchiques et une demande de l'égalité. L'usage de ce vocabulaire moral dans les propos publics suppose son importance dans la construction du lien social et du lien politique. De plus en plus, on entend les plus âgés se plaindre qu'ils ne sont plus respectés par les jeunes. Pour certains enquêtés, le respect nommé localement de « *waogre* » renvoie à l'obéissance à la parole des plus âgés. Pour d'autres, le « *waogre* » englobe un ensemble d'attitudes comme rendre visite, offrir des cadeaux, rendre service, aider. Le respect s'inscrit dans la relation interindividuelle dans la sphère intime. La revendication du respect devrait s'accompagner de l'octroi de droits sociaux dans l'espace public. Le concept de respect est incapable de rendre compte des préoccupations de prise en charge. Certaines personnes âgées meurent visiblement

par manque de soins adaptés et bénéficient des funérailles coûteuses pour montrer le respect des parents âgés. Le respect des vies socialement fragilisées est possible sans entacher l'invisibilité dont elles sont l'objet (Ibid. 2009). A ce titre, le respect est insuffisant pour penser la visibilité sociale de la vieillesse car elle est à mettre au compte des procédures institutionnelles (Ibid. 2009). Dans cette posture, l'invisibilité résulte de la non-reconnaissance des droits et de jugements dévalorisants (Guéguen et Malochet, 2012) à l'égard des personnes âgées. Et pour reprendre les mots d'un informateur, les « personnes âgées sont jetées aux oubliettes » sur le plan institutionnel. Un parallèle peut être établie entre cette expression et de celle de « regarder à travers » (Honneth, 2008 : 227). Pour cette auteure, « regarder à travers » un individu « a un aspect performatif parce que cela exige des gestes ou des manières de se comporter qui témoignent que l'autre n'est pas vu, ceci de manière intentionnelle et pas accidentelle » (Ibid., p. 227). Le caractère performatif prend tout son sens dans le cas des personnes vieillissantes dans la mesure où ce qui est préoccupant n'est pas le « fait cognitif » mais l'ignorance de leur situation sociale particulière. En somme, l'invisibilité de la vieillesse traduit une absence de reconnaissance des problèmes d'existence du « nin-kêema » et de la « pug gnãga ». Cette situation conduisant à la fabrique des vies précaires impose la production de soin. Comment cette invisibilité s'est constituée ? Cette partie de la thèse s'attache à rappeler son cheminement en discutant les différentes définitions de la vieillesse et par une critique des travaux anthropologiques. C'est pourquoi, je propose de discuter les catégories démographique et administrative afin de montrer la pertinence et les limites de chacune dans la compréhension générale de la vieillesse. En quoi renforcent-elles la vision homogène de la vieillesse ?

1. Le vieillissement démographique

Le vieillissement est appréhendé dans sa dimension collective à partir de multiples indicateurs. Examinons quelques-uns d'entre eux afin d'apprécier leurs pertinences et leurs limites à partir de l'exemple de la ville de Ouagadougou.

Le premier indicateur pour mesurer le vieillissement est l'indice de vieillissement. Il représente la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population générale. Il est de 3,1% de la population résidente de la capitale estimée à 1.475.839 habitants en 2006 (MEF : INSD, 2010).

Le deuxième indicateur pour qualifier le vieillissement est l'âge moyen d'une population. Les données populationnelles montrent que les enfants de moins de 15 ans représentent 34,5% et les jeunes de 15 à 29 ans constituent 36,3% de la population avec un âge moyen de 21,8 ans (MEF : INSD, 2010).

Un troisième indicateur est l'espérance de vie à la naissance. A Ouagadougou, elle est passée de 32 ans en 1960 à 56,7 ans en 2006 soit un gain absolu de 24,7 ans (M.E. F : INSD, 2010). Cette espérance de vie à la naissance varie en fonction des seuils d'âge, qui est la traduction sociale des effets du milieu de vie sur les conditions d'existence des individus.

Les travaux de Willems Michel, (2002) à partir de l'analyse les données populationnelles des recensements de 1985 et de 1996, sont intéressantes à deux niveaux. L'augmentation de la jeunesse (observable dans la rue) s'est accompagnée d'une baisse de l'âge moyen et de l'âge médian de la population. La proportion des personnes âgées augmente de 1% au cours de la période concernée au détriment d'une baisse (1,6%) de la part des adultes de 20-59 ans. Il conclut que le vieillissement de la population est en cours même si la part actuelle des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale reste maintenue en deçà de 6% (Willems, 2002).

1.1. Questionner les indicateurs du vieillissement

En privilégiant une rationalité calculatrice des individus, les indicateurs usuels comme l'âge moyen, l'espérance de vie, sont certes commodes d'usage mais ils n'offrent que des appréciations normatives et évaluatives. L'âge moyen, une notion arithmétique permet d'avoir une photographie des processus de vieillissement d'une population, mais il a l'inconvénient d'agréger les réalités différentes pour autoriser une bonne appréhension de la question des personnes âgées. L'espérance de vie et la longévité, employées souvent comme des termes interchangeables n'ont pas exactement le même sens. La longévité se réfère à la survie individuelle alors que l'espérance de vie est la moyenne du nombre des années qu'une population ou un sous-groupe avec certaines caractéristiques espère vivre (Guzman et al, 2012). L'espérance de la vie est susceptible d'occulter les effectifs d'âge élevés car les populations qui échappent à la mort vivent plus longtemps (Kouamé, 1998).

Les indicateurs contribuent également à entretenir une série de fausses évidences et des présupposés rapides sur le vieillissement en Afrique. Ils alimentent ainsi les clichés habituels des sociétés du sud qualifiées comme des sociétés jeunes par opposition à celles du nord qualifiées de sociétés vieillissantes. Pourtant le vieillissement est inéluctable à toute société. L'analyse des questions de la vieillesse à partir des proportions de sous-population demeure une des faiblesses des travaux démographiques.

Les proportions infléchissent l'importance numérique d'une sous-population. Pour corriger cette lacune, certains auteurs préconisent de « parler d'avancée en âge d'un nombre croissant d'individus pour considérer à la fois les phénomènes d'allongement de la durée de vie » (Ghekière et Wallez, 2009 : 5). La perception de l'ampleur du problème change quand on passe d'une analyse en proportion (3,1%) à une analyse chiffrée [46.200 individus âgées de plus de 60 ans dans la seule ville de Ouagadougou] (MEF : INSD, 2010). C'est pourquoi, le concept de gérontocroissance, définie comme l'augmentation des effectifs des personnes de plus de 60 ans traduirait mieux le vieillissement dans les pays du sud (Nowik et Lecestre-Rollier, 2015). Au-delà des limites liées à l'analyse quantitative, il convient de reconnaître que les enjeux liés à la prise en charge de la

vieillesse sont de nature qualitative. Le problème se posera avec une certaine acuité dans le domaine politique, économique, social et éthique avec l'arrivée à l'âge de 60 ans et plus de la génération des indépendances (née vers 1950). Par ailleurs, l'âge sur lequel, l'administration a recours pour définir la vieillesse minimise le poids du dysfonctionnement de l'état- civil qui produit des âges civils imprécis et manipulés.

1.2. Des âges numériques imprécis et/ou inexistants

Monsieur Oubda est un caporal à la retraite que je rencontre dans son lieu de travail de gardien de service d'un cabinet d'avocat. Au cours d'un entretien, je lui demande à quel âge il est parti à la retraite. Il me répond « 45 ans » et se précipite d'ajouter « mais j'avais diminué mon âge ». Aujourd'hui, âgé officiellement de 49 ans, il me précise qu'il a en réalité 55 ans. Il parait plus âgé que son âge. Il présente un physique fatigué ; il se déplace difficilement et se plaint régulièrement de douleurs articulaires. C'est pourquoi il choisit de se reconvertir dans le métier de vigile, plus tranquille ; régulièrement il est assis dans son fauteuil toute la journée. L'histoire de l'identification de l'âge de cet homme, questionne les conditions de production des âges des individus puisqu'elles déterminent les statuts sociaux. Comment sont produites les données sur les âges ? Comment sont-elles utilisées ?

L'inexistence et l'imprécision de l'âge civil posent le problème de l'identification des personnes âgées au niveau opérationnel. Un membre d'une association, chargée de la prise en charge des personnes âgées raconte ses difficultés à cibler les bénéficiaires en fonction du critère de l'âge.

> *« Par rapport à l'âge, on a fait un travail mais on a été bouté parce que les personnes âgées n'avaient pas de documents administratifs qui permettaient d'apprécier avec précision l'âge ; ce qui nous a amené à revoir l'appréciation de l'âge ; on a été amené à ajouter les caractéristiques physiques pour atteindre la cible. Si on choisit de façon précise, 60 ans et plus, est ce qu'on ne va pas omettre de prendre certaines personnes ?» (Responsable d'une structure associative, réunion publique du 12 décembre 2013))*

Ces propos résonnent dans un contexte de dysfonctionnement de l'Etat-civil. Les enquêtes quantitatives montrent que plusieurs personnes n'ont pas d'âge légal, ou possèdent un âge légal loin de la vérité « biologique ». En effet 50% des personnes âgées de 60 à 85 ans ne possèdent pas d'acte de naissance (Institut national de la statistique et de la démographie, 2010). Parfois, des individus

réduisent intentionnellement leur âge pour des motifs d'intérêt personnel. L'exemple de la réduction des âges des enfants pour respecter l'âge de recrutement pour l'école (6 à 7 ans) demeure une pratique courante.

Deux modalités d'établissement des actes de naissance, héritées de l'administration coloniale cohabitent toujours. D'un côté, l'extrait d'acte de naissance est confectionné sur la base d'un certificat de déclaration de naissance, établi par un personnel de santé lors de l'accouchement de la femme. Cet acte de naissance est établi dans les 60 jours suivant la naissance. Il précise l'heure, la date, le lieu de naissance; les noms des parents et leur profession ; de l'autre côté, l'extrait de jugement supplétif d'acte de naissance est établi en présence de témoins devant un tribunal administratif. En l'absence d'une date précise, il était inscrit « né vers (année) » mais de nos jours l'on inscrit « le 31 décembre de l'année » supposée de la naissance. En plus de l'imprécision de l'âge, le problème majeur demeure dans son utilisation comme critère de définition d'un seuil de vieillesse. De ce fait, l'âge se transforme en objet d'instrumentalisation dans les enjeux d'accès aux ressources. Les imprécisions et la méconnaissance de l'âge font de la pyramide des âges, un outil imparfait pour rendre compte du vieillissement de la population.

1.3. La pyramide des âges

L'homogénéisation sophistiquée des sous-populations est traduite sous la forme de pyramide des âges. La pyramide des âges (figure1) montre une population extrêmement jeune avec quelques caractéristiques. La part des jeunes de 20 à 24 ans est plus importante que les nourrissons de 0 à 4 ans. La part des enfants de 10 à 14 ans est moins importante que les deux groupes suscités.

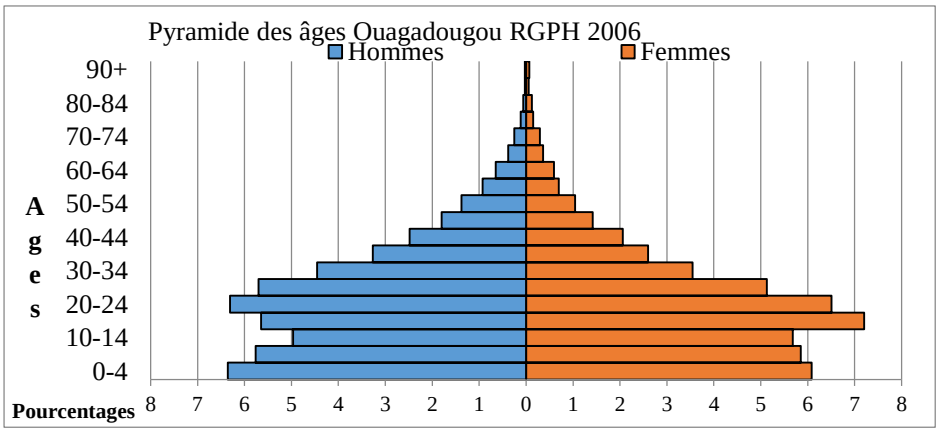


Figure 3 : Pyramide des âges de la population de Ouagadougou en 2006

Ce qui est intéressant dans cette représentation graphique est la forme effilée vers le haut, qui signifie que la part des personnes âgées est très négligeable par rapport aux autres sous-groupes de la population. L'interprétation démographique parait extrêmement simpliste. Le contenu empirique de la représentation graphique est peu clair et n'échappe pas à un excès de schématisation et de généralisation. Elle demeure un outil de référence pour la comparaison de la structure globale d'une population d'une localité mais elle présente l'inconvénient de masquer les enjeux individuels de la vieillesse en fabriquant des frontières.

La construction de frontières entre les âges engendre des sous-cultures : l'enfance, la jeunesse, l'adulte, la vieillesse. Se pose alors la question du contrat intergénérationnel dans la prise en charge des personnes âgées. Dans cette posture, la notion d'équité intergénérationnelle (chapitre 9) soulève la question de la répartition des ressources (économiques, politiques) entre les jeunes et les ainés de façon égalitaire et équitable. Non seulement entre les générations subsiste une frontière mais également au sein de chaque génération il existe des frontières, à l'origine des inégalités sociales. Les frontières générationnelles occultent le caractère dynamique du processus de vieillissement en proposant une lecture homogène des générations qui ne prennent pas suffisamment en compte le fait que le contexte économique, politique et social du moment a des répercussions sur les conditions sociales tout au long de la vie.

Pour le démographe, la question du vieillissement s'inscrit dans une mise en photographie de la population à un instant donné à l'aide d'indicateurs macrosociologiques et/ou par le recours à une graphique de représentation. Une remarque s'impose. La tendance serait de confondre le vieillissement des individus à celui de la population. Alors que le vieillissement des individus semble être l'objet de toute l'attention dans les sciences biomédicales, où il est appréhendé comme un processus naturel qui affecte les individus, le vieillissement de la population est bien prégnant dans le champ de la démographie où les indicateurs sont mobilisés pour le définir. Le processus de construction de ces indicateurs montre que les données démographiques révèlent de nombreux enjeux politiques et financiers qui alimentent les débats publics, en l'occurrence le financement des retraites, les soins de santé à offrir et les rôles de la famille dans la prise en charge de la vieillesse. Ces

outils d'analyse donnent une réalité déformée d'une population puisqu'ils renforcent non seulement l'invisibilité des personnes vieillissantes au profit des jeunes mais aussi occultent également le caractère dynamique et hétérogène du groupe social. Dès lors, il importe alors de questionner ces indicateurs et de mettre à jour les zones d'ombre de la pyramide des âges, en tant que outil puissant de représentation graphique de la population.

1.4. Les zones d'ombre de la pyramide des âges

L'interprétation démographique parait extrêmement simpliste car la pyramide ne serait pas capable de donner les réalités vécues de chaque sous-population et particulièrement les plus âgées qui ne sont pas visibles. La tentation de conclure que « la vieillesse n'existe pas » est grande. Bien prisée par les organisations internationales et les institutions de planification, elle demeure un outil de référence pour la définition et de comparaison entre les populations des pays mais est peu propice à traduire les réalités sociologiques de la vieillesse. En fait, la vieillesse et le vieillissement sont plus complexes. C'est ainsi que définir la vieillesse fait appel à de nombreux facteurs tels l'organisation familiale, les systèmes de sécurité sociale, l'insertion des jeunes dans le travail, l'état de santé de la population et l'occupation spatiale. A ce titre, il n'y a pas de déterminisme démographique mais les transformations de la structure de la population jouent comme des contraintes auxquelles chaque société tente d'apporter des réponses.

Les critères démographiques ne sont pas suffisants pour appréhender les dynamiques liées au processus du vieillissement au niveau individuel. Leur prétention à caractériser de façon globale les réalités des « nin-kêemse » et « pug gnãse» en Afrique semble aller de soi puisque les indicateurs bénéficient d'un large consensus dans la description des grands traits du vieillissement. L'enjeu de la critique anthropologique est de montrer que toute population est un objet construit et façonné en permanence par l'organisation sociale (Rosental, 2006). Les statistiques ignorent les idiosyncrasies individuelles qui donnent toute la dimension de l'existence. Au quotidien, les individus en interaction ne sont pas classés selon les tranches d'âge, mais ils sont qualifiés en fonction des rôles sociaux. Pourtant pour des raisons pragmatiques, les institutions ont besoins d'élaborer des définitions consensuelles.

2. Les catégories administratives de la vieillesse

Les vieillesses « étiques » sont des vieillesses objectivées, plutôt macrosociologiques. Elles sont généralement bien connues par les acteurs institutionnels, parce qu'elles sont définies et diffusées par les instances expertes des champs disciplinaires. Les catégories discursives mobilisées dans l'espace public ne sont que le produit des catégories biomédicales qui sont éloignées de la réalité des personnes âgées à Ouagadougou.

2.1.La personne âgée

La définition administrative et juridique de la vieillesse se construit sur un âge purement conventionnel qui confère à la personne le statut de « personne âgée». Par cette définition la personne âgée est perçue comme une unité statistique élémentaire et objective. La notion de la « personne âgée » est polysémique, confuse et imprécise et fluctue non seulement au regard des domaines d'intervention mais également en fonction des groupes d'acteurs en présence aux intérêts divergents. Le critère central mobilisé pour définir la personne âgée est l'âge. C'est également à partir du critère de l'âge que la retraite, en tant que institution sociale est assimilée à l'entrée dans la vieillesse. Bien que l'âge possède une valeur pragmatique de classification des individus, son usage conduit aux clichés habituels de la vieillesse homogène et statique. En effet, l'âge social recouvre deux dimensions du temps.

L'âge exprime le temps objectivé (en année, en jour et en heure) entre la naissance d'un individu et une date donnée. L'âge naturalisé comme une donnée biologique rend compte des étapes du développement physique de l'individu. Cet âge civil ou juridique est enregistré dans les documents administratifs et confère à l'âge une signification sociale ; autrement dit l'âge participe à la fabrique de catégorie essentialiste en jeunesse et en vieillesse. A ce titre, l'âge devient un instrument de contrôle social et chaque institution développe une technologie pour le maîtriser en fonction de ses intérêts. En conséquence, il existe une variation de bornes d'âges qui définissent la personne dite « âgée » au niveau des institutions. Les discours politiques ne sont que des répliques de ces définitions diffusées par les acteurs institutionnels. Lisons dans ce sens quelques extraits.

Un acteur du ministère de l'action sociale :

« Si on prend l'âge de référence des nations unies ; la personne âgée est celle qui a 60 ans et plus. Le chef de l'Etat a préconisé un cadre de dialogue entre lui et les personnes âgées et nous sommes en train d'organiser cela en octobre dans le cadre de l'organisation du mois de solidarité. Ce cadre va permettre de déblayer toutes ces questions dans le document de base que nous avons préparé pour le forum ; la question est posée là-bas aussi. Qui est considéré comme personne âgée ? Est-ce que c'est quand on commence à avoir de petit fils ? Est-ce que c'est quand on commence à avoir les cheveux grisonnants ? Est-ce que il faut s'aligner sur l'âge chronologique 60 ans ? Ou l'âge de la retraite ? Il y a ces questions ; l'Union Africaine nous demande pour des questions d'harmonisation, d'utiliser 60 ans et plus. Notre vision est d'aller dans ce sens ; mais quand on mène le débat avec d'autre partenaire, comme le Conseil National des Personnes Âgées, eux, ils veulent qu'on descende pour prendre 55 ans en allant. Nos données risquent de ne pas être comparables, si on prend cela. La personne âgée pour moi est celle qui entre en cessation d'activité que ça soit les activités formelles et qui a les 60 ans ; l'âge de référence des nations unie » (Un cadre du Ministère de l'Action sociale, entretien du 12 novembre 2012).

Une activiste des droits humains, membre de l'Association des Femmes Juristes du Burkina (AFJB):

« Je n'ai pas en tête l'âge fixé dans le projet de loi de protection des personnes âgées mais je peux me référer à l'âge pour aller à la retraite » (magistrate, entretien du 24 octobre 2013)

Un acteur du service de la santé des personnes âgées :

« Vers 50 ans selon le programme national de la santé de la personne âgée, mais ça évolue. L'OMS va après 60 ans. Le ministère des droits humains dit à 55 ans…il faut harmoniser. C'est une définition dynamique. Il y a plusieurs catégories de personnes âgées : il y en a qui peuvent prendre en charge leur santé, il y en a qui ne peuvent rien faire et il faut l'intervention d'autrui » (Acteur du ministère de la santé, entretien 20 décembre 2013)

Un hospitalo-universitaire :

Au Burkina Faso, le sujet va à la retraite à l'âge de 55 ans… parfois au gré des régimes, ça va parfois à 58 ans et bien sûr il y a d'autres qui vont à 63 ans ; on se dit que quand la personne va à la retraite, elle rentre dans la catégorie des personnes dites âgées au tour de 55 ans et 58 ans. Mais c'est comme je le dis, c'est à partir des définitions de l'administration (Hospitalo-universitaire, entretien 31 octobre 2012).

Au travers de ces extraits, les âges au niveau desquels, on définit une personne âgée sont diversifiés. Il est important de souligner leur caractère exogène puisqu'ils sont fabriqués par des organisations transnationales. La référence à l'Organisation des Nations Unies (ONU), à l'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) et à l'Union Afrique (UA) montre le rôle joué par ces structures dans la dissémination des concepts transnationaux.

Ces macro-catégorisations de la vieillesse sont élaborées et diffusées comme des vérités scientifiques expertes et peu négociables. Ces méta-catégories ne semblent pas traduire les réalités sociologiques locales et amènent les acteurs locaux à essayer des ajustements et des réajustements tout en tentant de respecter les injonctions des organismes. Même au sein de ces organisations, il n'y a pas un consensus dans les bornes de définitions. Pour l'ONU une personne est dite âgée quand elle a un âge supérieur à 65 ans dans les pays en voie de développement. Si le ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale adopte cette définition de manière intégrale, du côté du ministère de la santé, il y a un ajustement pour prendre en compte la période d'apparition des maladies chroniques. Dans cette posture, une personne est dite âgée quand elle a 50 ans et plus (Programme National de Santé des Personnes Agées). Dans les textes fondateurs du Conseil National des Personnes Agées du Burkina Faso (CNPA-BF), est considérée comme personne âgée, toute personne dont l'âge est supérieur à 55 ans. Cette institution dont l'ambition est de défendre les intérêts des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » (pensionnées ou pas) est gérée par une élite de retraités et par conséquent, l'idée de calquer leur définition au plus bas âge de départ à la retraite, est défendable. La multiplication des bornes définitionnelles de la personne âgée entraine des tensions entre les structures autour d'un éventuel projet politique de prise en charge de la « nin-kêema » et une « pug gnãga». En effet, un responsable du ministère de l'action sociale, après avoir longuement parlé de la nécessité de mettre en place un projet de transfert monétaire vers les personnes âgées se demande « *comment les identifier ? Comment s'assurer de l'âge ?*» A l'état actuel, le consensus international de la définition de la personne âgée ne fait pas l'unanimité au niveau local où une pluralité des normes définitionnelles circulent et s'entrechoquent entre les institutions.

Le sentiment de vieillir va se construire autour de l'écart entre le temps social imposé par la société et le temps intérieur de l'organisme. L'âge est un vécu personnel qui se définit par rapport aux évènements de la vie. Une vieille femme (70 ans), illettrée me répond qu'elle ne sait pas son âge sauf à demander à son enfant

de lire sur sa carte d'identité. Elle me donne le nombre de ses enfants, le nombre de ses petits-enfants, le lieu de naissance de son fils aîné, l'année de son baptême. Une autre vieille femme, ignore son âge mais elle se souvient qu'il y a trente-trois ans, elle a été accusée de sorcellerie et chassée de chez son mari. Elle me raconte qu'elle a été accueillie au centre *Delwendé* de Ouagadougou avec sa benjamine qui allaitait et qui maintenant est mariée. Autant d'exemples que l'on pourrait multiplier qui participent à inscrire l'âge pas seulement dans une dimension temporelle, mais également dans une dimension existentielle très forte. C'est en cela que la vieillesse « est dans la tête » avant de s'exprimer dans le corps.

Parmi les définitions de la vieillesse, il semble avoir une convergence de points de vue que l'âge de la retraite est un seuil d'entrée dans la vieillesse. Dans les lignes suivantes, je me propose de montrer que la retraite en tant qu'institution sociale, inéquitable et exclusive reproduit non seulement des inégalités sociales mais n'est pas non plus pertinente pour définir la vieillesse.

2.2. Les retraités

Le retraité désigne un statut d'ancien salarié au-delà d'un certain âge défini par la loi. La retraite s'accompagne habituellement d'une pension de retraite d'où l'usage du terme « pensionné ». Elle a acquis une valeur quasi-juridique à laquelle, des avantages matériels et symboliques sont parfois associés. La retraite n'est pas pertinente pour définir la vieillesse pour plusieurs raisons.

D'abord l'indexation de la pension de retraite à un salariat entraine que seuls les travailleurs de la fonction publique, des entreprises privées sont les bénéficiaires. C'est un système d'allocation par contribution qui veut dire que durant la phase active, l'individu cotise et reçoit à la retraite une allocation. Le taux de l'assurance vieillesse est passé de 4,5% en 1960 à 11% à ce jour dont 5,5% payable par l'employé et le reste par l'employeur. Le régime général de la fonction publique et le code de la sécurité sociale font obligation aux employeurs (État comme entreprises) de déclarer leurs employés aux institutions de prévoyance sociale (Ministère de la Promotion des Droits Humains, 2011). En dépit de cette réglementation, elle n'est pas universelle et une grande partie de la population n'est pas couverte par un système de sécurité sociale. Avec un taux de salarisation de 6,1% pour l'ensemble du pays, il en résulte que 93,9% des actifs occupés sont

laissés pour compte dans tout le dispositif national de sécurité sociale (Sissoko et al, 1999). La grande majorité des travailleurs du secteur informel, du monde agricole et pastoral (sans salariat) vivent une vieillesse sans une pension de retraite.

Ensuite les retraités ne forment pas un groupe homogène. Les différences de salaire produisent des niveaux socio-économiques inégalitaires. Les diverses réformes engendrent des avantages sociaux différents. En effet, à partir de 2006 les retraités bénéficient d'une indemnité de départ à la retraite nommés du reste par le terme « prime d'installation » par les bénéficiaires. Celle-ci a pour objectif de faciliter une réinsertion dans le marché de travail. En outre, l'âge de départ à la retraite[8] n'est pas également uniforme et il varie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle et par conséquent, la retraite ne peut pas être standardisée comme un seuil de passage à la vieillesse.

Les différences notoires existant entre l'âge moyen de cessation d'activité, sont des sources de conflits et de luttes sociales. Le contexte politique participe également à produire une variabilité de l'âge de départ à la retraite. Outre les effets du PAS, les retraites anticipées sont consécutives à la volonté des révolutionnaires de rendre le pouvoir à la masse populaire, constituée majoritairement de jeunes. Pour ce faire, ils adoptent une réduction de l'âge de départ à la retraite qui passe en décembre 1984 de cinquante-cinq ans à cinquante-trois ans, entraînant de fait une élévation de l'âge social des travailleurs. Du jour au lendemain, ceux-ci se retrouvent vieillis et retirés du marché de travail. En conséquence, pour l'année 1985 et dans la seule ville de Ouagadougou quelques 4616 personnes sont mises à la retraite (Guissou, 1995) de façon brutale. Les plus touchés sont les travailleurs de la petite catégorie professionnelle. C'est le cas de Noraogo, un chauffeur, aujourd'hui âgé de 84 ans. Il raconte la manière dont il a été mis en retraite :

> *« Je suis arrivé un matin…comme d'habitude, je suis venu plus tôt pour laver la voiture de service du directeur. Quand j'ai fini, je le rejoins dans le bureau pour lui dire bonjour. C'est là, il me tend ma décision de mise en retraite. Voyant ma tristesse, il m'a dit qu'il allait m'aider à constituer rapidement mon dossier pour avoir rapidement ma pension (silence réflexif). J'ai attendu plus d'une année avant d'avoir ma pension. Il y a eu des gens qui sont morts*

8 Le décret 2005-024 portant fixation de l'âge de départ à la retraite des travailleurs salariés, en son article 1 donne 56 ans pour les ouvriers et assimilés ; 58 ans pour les employés et assimilés ; 60 ans pour les agents de maîtrise, les cadres et assimilés et 63 ans pour les médecins et enseignants du supérieur officiant dans le privé ; 47 ans (soldats) à 63 ans (officiers supérieurs)

à la suite de cette retraite, je dirai de cette sanction ; c'est comme un dégagement… Ma chance, j'avais un enfant qui était instituteur… » (Entretien, 23 Mai 2014)

Un autre ajoute ceci :

« J'ai été licencié suite à la grève de 1984 des enseignants ; à la reprise en 1987, on m'a mis directement à la retraite, sans compensation » (Enseignant, 88 ans, retraité, Entretien du 16 Février 2014)

Ces témoignages, en soulignant les licenciements et les dégagements de la fonction publique de nombreux fonctionnaires pour des motifs divers durant la période révolutionnaire font de la retraite, une sanction politique. L'expression « *remis à ses parents pour réemploi* » pour nommer la retraite constitue le témoignage d'un legs historique fondamental de la révolution pour traduire cette forme de sanction des fonctionnaires tous les mercredis des conseils de ministre. Parlant de ces sanctions, Guissou (1995) rappelle que le compte rendu des conseils des ministres est l'objet de toutes les attentions des familles. Chaque mercredi, le journal de dix-neuf heures à la radio et celui de vingt heures à la télévision sont suivis dans les familles des fonctionnaires avec une angoisse. Du statut de travailleur, on se réveille le matin du jeudi avec le statut de chômeur et la plupart retourne au village pour cultiver comme leurs parents. Dans un contexte où travailler jusqu'à la limite des forces physiques fait partie des codes et des symboles culturels du travail, la retraite apparaît comme une remise en cause de cette valeur commune et partagée.

Enfin, le travail post-retraite (auto-emploi, expert, consultant, courtage) participe à une redéfinition de la retraite. Celle-ci tend de plus en plus à ne pas correspondre au passage d'une vie active (activité principale sur le marché de travail formel) à une vie inactive. Plusieurs travailleurs se reconvertissent dans un nouvel emploi ou continuent d'exercer leur ancien travail (consultance). Dans ce cas, le travail est non seulement une stratégie de conserver son pouvoir financier mais également une tactique de se maintenir le plus longtemps possible dans les réseaux de sociabilité. Rester dans le monde du travail après la retraite, fait appel à deux types de compétences.

D'abord, les compétences d'innovation permettent de faire face à un problème nouveau (la pauvreté) pour embrasser une nouvelle profession. C'est le cas de M. Baki, 62 ans

Il est marié et père de trois enfants dont un garçon et de deux filles, âgés respectivement de 35 ans, 32 ans et 28 ans. Aucun des enfants n'a atteint le niveau de la classe de seconde des lycées et collèges. L'aîné, le garçon traité de « délinquant » par son père a coupé ses relations avec la famille. Il dit qu'il n'a pas de nouvelles de lui. Les deux filles sont mariées et reviennent de temps en temps rendre visite à la famille. Le retraité vit avec son épouse, une ménagère qui vend des condiments de cuisine devant sa porte. Le couple est en location. Le retraité présente un physique impressionnant (plus de 1m80 ; forte corpulence), quelques cheveux blancs sur la tête. Il dit qu'il jouit d'une très bonne santé. Enseignant de l'école primaire, il a occupé les fonctions d'enseignant, puis de chargé de projet de construction des écoles dans un programme de développement local dans un chef-lieu de région. Pendant qu'il officie dans l'administration, il est correspondant de presse pour l'agence d'information du Burkina (AIB). Pour les besoins de cette fonction, il a reçu plusieurs formations pour la rédaction des articles de presse et la photographie. Dans le même temps, il s'intéresse au théâtre et au cinéma. Il joue le rôle d'acteur pour la première fois dans un film national en 1982. A l'approche de la retraite, il échoue dans sa tentative de marier une deuxième épouse (une jeune institutrice- stratégie d'investissement économique) et il obtient sa mutation à Ouagadougou où il travaille pendant une année à l'inspection. En 2006, il est admis à la retraite et il se plaint qu'il n'est pas prêt pour partir. Il me dit qu'il a essayé avec des connaissances pour un prolongement de la date de départ à la retraite sans succès. Cette pratique de réquisition commence à devenir de plus en plus courante pour certains cadres politico-administratifs. Au bout de 8 mois de retraite, il vit une période financière difficile et il se met à chercher de l'emploi. Il reprend ses activités d'acteur de cinéma où il obtient des rôles d'acteur dans quelques films nationaux. Il obtient un poste de journaliste *reporter* dans une structure privée de presse de la place. Au cours de la 23ème édition du festival panafricain du cinéma de Ouagadougou, il est recruté pour faire partie d'une équipe de l'organisation en tant que acteur (il me montre ses deux badges). Au cours de nos échanges, il me déclare : « *si tu ne fais rien, tu meurs vite parce que la vie se résume aux jeux de*

société et au cabaret-drome (lieu de vente de la bière locale)». Aujourd'hui, comme il le dit « *j'arrive à joindre les deux bouts* ».

Enfin, la valorisation de l'expertise permet de poursuivre dans son ancien travail à l'image de Monsieur Sanogo. A soixante-sept ans, cet ancien imprimeur est à la retraite depuis douze ans. Marié en première noce avec une femme, avec laquelle, il a trois enfants majeurs. Il se sépare d'elle mais reconnaît que c'est « toujours sa femme » et ce d'autant plus qu'il lui envoie de l'argent. Celle-ci vit à Bobo avec ses enfants. A Ouagadougou où il prend sa retraite, il vit avec une femme plus jeune que sa première épouse. Il a deux enfants avec cette dernière. Depuis qu'il est admis à la retraite, les imprimeurs sollicitent son expertise de temps en temps contre une rémunération. Il est obligé de travailler parce qu'il a « *une petite pension qui ne vaut rien* ». Avec ce qu'il gagne, il aide financièrement son fils aîné qui est au chômage et à qui il a payé une moto.

Le travail post retraite permet d'objecter le sens commun de la retraite, naguère perçue comme une phase inactive, comme un seuil d'entrée à la vieillesse. La cessation définitive des activités tend maintenant de se construire à partir de l'incapacité réelle de travail comme la plupart des «nin-kêemse » et des « pug gnãse» sans allocation de vieillesse. Dans les pratiques quotidiennes, les critères fonctionnels se substituent aux critères chronologiques pour façonner cette dernière partie de la vie. Il est fort probable que la retraite « classique » pourrait disparaître dans le futur comme c'est déjà le cas dans le champ politique.

A ce niveau d'analyse, les catégories administratives et juridiques ne font que renforcer l'invisibilité individus vieillissants dans les institutions. Comment définir un sujet âgé quant au niveau national, il y a une pluralité de seuils chronologiques. Par ailleurs, l'imprécision ou encore l'ignorance de l'âge des individus viennent renforcer son caractère conventionnel et impropre pour qualifier un individu « d'âgé ». L'âge de départ à la retraite est non seulement un mauvais indicateur des capacités fonctionnelles et des modes de vie mais il tend également à opposer le biologique au social. En fait, il s'agit d'une définition négative de la vieillesse puisque les individus considérés comme retraités ont une autre perception de soi.

2.3.Les personnes de troisième et du quatrième âge

Les usages de ces concepts s'appuient sur une forte médicalisation de la vieillesse puisque les seuils chronologiques seraient la traduction du fonctionnement physiologique de l'humain. C'est dans les services médico-sociaux que ses usages sont les plus prégnants. L'invention des nouvelles catégories renforcent l'inscription de la vieillesse dans le champ médical et économique. Lisons quelques extraits d'entretien avec des acteurs du secteur médico-social :

Un praticien d'un centre hospitalier universitaire :

« Une personne âgée est une personne de troisième âge ou de quatrième âge […] qui n'est plus apte physiquement à accomplir certains types de travaux ; c'était ça qui définissait le retraité et le 3ème âge. Avec le temps, puis que le travail n'est plus physique, mais souvent intellectuel, on a fixé arbitrairement le troisième âge, l'âge de la retraite autour de 60, 65 ans. Le 3ème âge c'est par rapport au travail. Le 4ème âge n'est plus l'effet de l'âge mais la capacité de se prendre en charge dans son environnement même de façon domestique. Ce n'est plus une question de travail, la capacité de la personne à elle-même se prendre en charge ou pas » (un médecin spécialisé, 05 septembre 2012).

Un travailleur social :

E : Comment tu définirais une personne âgée ?
S : une personne âgée, comme on le dit… je ne sais pas comment le dire… (Silence pendant quelques minutes)
E : Est-ce que les femmes qui sont ici sont âgées ?
S : Pas toutes
E : qu'est ce qui fait la différence ?
S : Il y en a qui sont solides, arrivent toujours à faire des travaux ; comparativement, il y a d'autres qui sont extrêmement faibles et qui ont besoins d'assistance. Comme on le dit, le troisième âge ; c'est un degré de vieillesse, une diminution des capacités dont on était capable dans le temps, dont on ne peut plus les assumer correctement » (entretien du 30 mars 2013, centre d'accueil du secteur 12°)

Dans les différents extraits, la division de la vieillesse en troisième et quatrième âge est construite sur la capacité de l'individu à se prendre en charge. Diffusés par les démographes et les experts de la biomédecine, ces concepts sont repris aussi bien dans la littérature grise nationale que dans les discours d'acteurs officiels (politiques, techniciens et administratifs) impliqués et non-impliqués dans la prise en charge de la vieillesse. Dans plusieurs rapports traitant de la vieillesse, il est fait référence à cette division. Si le troisième âge est perçu comme une phase normale, la quatrième est appréhendée comme une condition pathologique. Quelle est la légitimité d'opposer normale et pathologique dans le domaine de la

vieillesse ? Où commence et où finit le normal?

La notion de pathologie renvoie à « ce qui cause un dommage à l'individu et ressenti par lui » (Dastugue, 1982 : 196). La subjectivité attachée à cette notion brouille la frontière entre les deux catégories de la vieillesse. Au quotidien, des individus de 80 ans se portent mieux que des personnes moins âgées. L'anthropologie de la santé montre clairement qu'il «existe même une disproportion énorme entre la réalité clinique et le vécu individuel d'une maladie » (Dorvil, 1985 : 23); C'est dans ce sens que « la maladie apparaît au médecin comme une entité identifiable avec des signes généraux et objectifs, pour le patient il s'agit d'une expérience où interviennent sa socialisation, ses valeurs et ses habitudes de vie » (Ibid., p. 23). Le découpage en deux classes active et inactive va contribuer à une nouvelle invention de la vieillesse : les personnes vulnérables.

2.4.Les personnes vulnérables

L'invention des catégories permet de conférer une légitimité des interventions pour certains groupes sociaux tout en excluant d'autres individus (je reviendrai sur l'histoire de ce concept au chapitre 8). Dans ce registre, les « nin-kêemse » et les « pug gnãse » sont requalifiées de « *groupes vulnérables* » au même titre que les personnes handicapées, les enfants en situation particulièrement difficile, les veufs et veuves, les exclus sociaux, les personnes déplacées, les réfugiées ou sinistrées, les chômeurs, les personnes infectées du sida (Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, 2007). A cette liste il faut inclure les femmes en âge de reproduction et les enfants de moins de cinq ans (Ministère de la Santé, 2010). Le concept de « vulnérable » est à géométrie variable selon les acteurs institutionnels. Un travailleur social dit ceci :

> *« C'est quelqu'un qui n'a pas de soutien, tant bien moralement que physiquement ; sur tous les plans. Il y a les orphelins ; les personnes âgées, celles qui sont ici (centre d'accueil). Ça dépend des conditions de vie ; si elle a des conditions de vie favorables, c'est à dire quand elle est dans sa famille ; financièrement ça va. Elle est chouchoutée… Par contre, les conditions de vie défavorables c'est quand la personne n'a pas le soutien de sa famille ; le manque de moyens financiers et alimentaires » (Agent social, 20 mars 2013)*

Dans cette définition, la vulnérabilité englobe non seulement les situations de manque ou d'incapacité à satisfaire ses propres besoins élémentaires mais également les formes de désaffiliation sociale. Dans les discours politiques, les

personnes âgées sont identifiées aux « *personnes défavorisées* », et aux « *groupes spécifiques* » qui sont assimilables au « groupe vulnérable ». La production de son concept et son indexation à la vieillesse s'appuie sur les descriptions des conditions précaires des personnes âgées (Antoine et al, 2009 ; Barrientos, 2002) par les organismes comme le bureau international du travail, l'organisation mondiale de la santé. En désignant collectivement un groupe social par le manque, le concept devient discriminant et essentialiste.

Les terminologies et les concepts mobilisés pour nommer la vieillesse dans l'espace publique se réfèrent aux définitions du registre biomédical à partir duquel les autres répertoires administratifs, juridiques vont se développer à partir du critère de l'âge. Le problème ne réside pas dans la valeur descriptive de ces catégories politiques mais dans la façon dont les interprétations sont en général utilisées pour caractériser la situation globale des plus âgés. Dans ce jeu de réductionnisme, le groupe des personnes âgées se trouve être réduit aux « retraités » et aux « pensionnés » auxquels ils sont assimilés au « troisième âge ». Cette lecture du vieillissement démographique occulte les effets des inégalités sociales sur les vies des individus. La multiplicité des définitions de la vieillesse conduit non seulement à des interférences définitionnelles de la personne âgée mais occultent également la complexité et l'hétérogénéité de la vieillesse. Que signifie vieillir dans la littérature anthropologique ?

3. Lectures critiques des travaux anthropologiques

La pensée anthropologique de l'individu vieillissant s'est focalisée sur sa place et son rôle dans le groupe social au détriment de la subjectivité du sujet. Alors que la vieillesse évoque une catégorie d'âge, l'ainesse correspond aux positions respectives des âges et des générations et aux principes hiérarchiques qui les ordonnent (Attias-Donfut, 1994). C'est ainsi que génération et ainesse sont des institutions et non de simples données empiriques. Dans cette posture, l'ainesse apparait comme le produit du système social et de dépend des données naturelles (Ibid., 1994). L'anthropologie fonctionnaliste s'est attelé à mettre en évidence la prégnance des catégories hiérarchiques dans les sociétés africaines. Les rapports des personnes âgées avec les autres générations se sont inscrits dans une dimension du pouvoir (Abélès et Collard, 1985). Or le pouvoir interroge la dimension

relationnelle de l'homme vis-à-vis de lui-même, à l'autre et à son milieu. Je ne prétends pas que dans les sociétés rurales, la *bientraitance* et le pouvoir des personnes vieillissantes sont un leurre, mais que c'est un leurre d'en faire l'élément fondamental à partir duquel, on pourrait écrire l'histoire de la vieillesse en Afrique à l'époque contemporaine. Encore faudrait-il voir comment s'est faite cette association et se garder de dire globalement que la vieillesse était une période faste. Comment la vieillesse a été construite dans la littérature africaniste anthropologique? En quoi cette posture a-t-elle conduit à privilégier l'étude de la structure de la vieillesse au détriment des trajectoires individuelles ? Cet état des savoirs permet de relire l'anthropologie structuro-fonctionnaliste à l'aune d'une anthropologie du *care* pour saisir au-delà de statuts sociaux présupposés des personnes âgées l'expérience concrète afin de rendre compte des enjeux de prise en charge de la vieillesse.

Prenons des repères historiques plus larges. Je pourrais tracer une ligne droite qui irait droit à l'étude pionnière de Lewis Simmons (1945) sur les conditions de vie des personnes âgées dans les sociétés africaines.

Les premiers travaux sur la vieillesse en Afrique sont de Lewis Simmons (1945). Ce chercheur va comparer la situation des « vieux » dans soixante-onze sociétés différentes en Afrique. A l'exception d'une seule société, Simmons montre que les personnes âgées sont prises en charge sur le plan alimentaire jusqu'à la fin de leur jour et même pendant leur décrépitude. Elles contrôlent la production et sont respectées. Les personnes vieillissantes en dépit de la baisse de leurs forces physiques continuaient, de participer à la vie sociale dans les domaines judiciaire, administratif et politique. L'auteur souligne le prestige et la puissance que leur confèrent leur savoir, leur pouvoir thérapeutique, leur pouvoir de bénédiction et de malédiction, leurs fonctions religieuses. Dans la famille, les ainés participaient aux travaux domestiques dans la limite de leur force physique, s'occupaient de l'éducation des enfants et détenaient le pouvoir de décisions.

L'on peut retenir de ses conclusions générales que la situation des personnes âgées dans la société coutumière était satisfaisante. A partir de cette conclusion, les études postérieures se sont investies à expliquer cette différence entre les deux types de sociétés (nord et sud) en effectuant l'inventaire des caractéristiques de la position

sociale des personnes âgées dans ces sociétés afin d'y trouver ce qui concrètement fonde cette différence. La différence fondamentale serait que dans les sociétés africaines, les personnes âgées ont du pouvoir, contrôlent les ressources et sont bien insérées dans des systèmes de soins ce qui justifie la qualification de ces sociétés de sociétés gérontocratiques.

Ces travaux ont été l'objet de critiques tant sur la méthodologie que sur les résultats qui ne traduisent pas les réalités profondes des personnes âgées. Etude basée sur le recueil ethnographique des *Human Relations Area Files,* elle porte les insuffisances de la constitution de l'anthropologie de la parenté à ses débuts. L'usage du questionnaire généalogique pour analyser le fonctionnement des rapports de parenté, afin de prédire le devenir de la famille rurale face à l'introduction des techniques agricoles, et à l'expansion du christianisme n'a guère abouti à des résultats satisfaisants. Bien que cet outil marque une rupture profonde avec la pratique ethnographique spontanée des colonisateurs, il lui est reproché un décentrement inachevé et sa fidélité à la théorie évolutionniste de l'époque (Godelier, 2010). En outre Jean-Pierre Dozon commente les insuffisances des travaux des anthropologues anglais Radcliffe-Brown et Forde, (1953) sur les systèmes de parenté. Ces travaux avaient un intérêt à évaluer l'impact de la colonisation, de l'économie du marché et des opérations de développement sur l'évolution des unités domestiques. On peut alors comprendre les insuffisances et le manque de profondeur des travaux sur la vieillesse car il y avait un biais méthodologique (questionnaire), un intérêt pragmatique colonial. Les contributions ont été des descriptions isolées de la situation des personnes âgées dans quelques sociétés particulières, tandis que les travaux comparatifs ont parfois été fondés sur une information ethnographique souvent déficiente et peu fiable (Arcand, 1989). Ces travaux ont véhiculé des images dichotomiques et stéréotypées de la famille africaine et ont conduit aux généralisations abusives et simplistes d'une vieillesse normative et homogène.

3.1. Le contrôle des rapports de production

La perspective de l'anthropologie économique historique place l'ainesse sociale au centre de l'organisation de l'économie domestique. L'ainesse sociale chez les moose va se définir par rapport à la capacité de contrôle des ressources. C'est dans ce sens que Gruénais (1985) écrit : « être ainé signifie être en mesure de pouvoir contrôler tous les rapports sociaux dans le cadre de l'univers domestique » (Gruénais, 1985 : 243). Dans les familles *(zaka)* ou dans les lignages *Yiri*, de la société *moose*, l'ainé est l'administrateur économique, religieux et matrimonial.

Ce pouvoir gestionnaire de l'ainé a bien été bien développé par Claude Meillassoux dans un ouvrage de référence de l'anthropologie économique « femmes, greniers et capitaux » (1977).

La place et le rôle des aînés sont organisés conformément au cycle de production et reproduction. Ces communautés domestiques sont des sociétés agricoles d'autosubsistance, où la terre est un « objet de travail ». Pendant la phase improductive, les ainés assuraient l'emmagasinage et la gestion qui permettaient « le partage et la redistribution du produit entre les producteurs sur une période qui couvrira la période improductive » (Meillassoux, 1975 : 68). Le cycle d'avance et de restitutions s'effectue entre l'ainé et ses associés puinés par un circuit prestataire-redistributif qui est le mode de circulation dominant dans la communauté. La fonction administrative et gestionnaire était fondée sur une hiérarchisation entre « ceux qui viennent devant » et « ceux qui viennent après » (Ibid., p.70) et repose sur la notion d'antériorité. Les premiers « sont ceux à qui l'on doit la subsistance et les semences ; ce sont les aînés. Parmi eux, le plus ancien du cycle de la production ne doit plus rien à personne qu'aux ancêtres» (Ibid., p. 70). Ce modèle organisationnel règle juridiquement la prise en charge des personnes âgées jusqu'à la fin de leurs jours car les rapports de production « définissent une appartenance, une structure et un pouvoir de gestion dévolu au plus ancien dans le cycle productif » (Ibid., p.70). A propos de la constitution des rapports de reproduction, « l'autorité de l'ainé repose moins sur la gestion matérielle que sur les fonctions matrimoniales et sur ces capacités à traiter avec les groupes extérieurs et homologues » (Ibid., p.73). Dès lors s'instaurent des relations de dépendance car les ainés en devenant « père » doivent assurer aussi bien la nutrition des cadets que

d'organiser leur mariage en même temps qu'ils revendiquent une compensation par la production de leur travail. Cette vision de la production sous-estime les transformations intervenues en zones rurales avec les cultures d'exportation, imposées par le colonisateur (Olivier de Sardan, 1995).

Les différentes descriptions des rôles sociaux de la personne âgée dans les sociétés coutumières ont quelque chose d'irréel. Tous les individus ne sont pas des ainés car le statut de vieillesse concerne aussi des cadets sociaux. Une confusion entre la vieillesse et le statut d'ainesse justifie cette idéologie. Imaginons une famille où le frère ainé et le frère cadet sont des personnes âgées. Dans ce cas, quelles sont les conditions de vie du frère cadet à la vieillesse ?

Cette assignation identitaire de la personne âgée dans les sociétés coutumières comporte un aspect émouvant et tragiquement romantique en ce sens qu'elle renvoie à une forme d'ethnocentrisme et d'esthétisation (M'Boukou, 2010). Elle renouvelle « la vision des cultures africaines prélogique, primitive, orale, sans écritures ou traditionnelle, faisant des sociétés figées et immuables (Ibid., p. 5). A l'échelle microsociale, il est possible de relever des réalités contrastées de la vieillesse dans les sociétés coutumières. Par ailleurs, en s'enfermant dans une idéologie des sociétés communautaires et solidaires, de nombreuses études ont omis de questionner les résistances au pouvoir des ainés. Les descriptions des rôles sociaux occultent les conflits qui naissent dans l'accès et le contrôle des ressources familiales. Le fait de ne s'intéresser qu'à la structure du pouvoir, la famille africaine a été conçue comme un havre de paix et de solidarité. Cette conception est loin de la réalité et les contre exemples sont la violence intra lignagères qui illustrent les rivalités, les rapports de force, les conflits et les relations asymétriques. Des rapports d'antagonisme sont lisibles dans les refus, les violences et l'exercice de la contrainte légitime (Olivier de Sardan, 1995).

A ce titre, Gruénais (1985) montre que chez les *moose* du centre, les rapports intergénérationnels sont empreints de violence, surtout entre les pères et les fils-aînés. Les aspirations des jeunes sont parfois en opposition à celles des pères. Ces relations dures sont appelées en langue locale *keelem* (relation dure). Le *keelem* est une combinaison de crainte (*rabeem*) et de respect (*waogre*). L'autorité des aînés n'est pas toujours acceptée par les cadets. Pour se soustraire à l'emprise des aînés

sur le contrôle des femmes, les jeunes mobilisent plusieurs stratégies pour se marier : se mettre sous la dépendance d'un homme puissant ; le mariage par vol ou rapt *« le rekre »*. Les pratiques de rituels d'investiture au travers des groupes de solidarités dénommés *« naam » (*associations de travail) visent à rajeunir les rapports sociaux en réduisant le pouvoir des aînés dans la gestion des ressources économiques. La tendance à généraliser les rapports entre génération sous le seul prisme de la domination n'est pas satisfaisante.

En effet, la séniorité ne se limite pas à une subordination à l'intérieur de la famille ou du lignage. Le principe du pouvoir va au-delà de la rhétorique sur la sagesse et de l'expérience des anciens. C'est ainsi que la légitimation du pouvoir des personnes âgées est à rechercher dans leur capacité à « affirmer les règles traditionnelles comme représentatives de la collectivité entière » (Rosenmayr, 1994 : 269). Cependant, il est utopique de penser que ce pouvoir est centralisé ; il est partagé à travers une délégation de l'autorité aux cadets de sorte qu'il n'y a pas de vacances de l'ainesse. Doté d'un rôle de rétablissement de l'ordre en cas de troubles sociaux, la séniorité tend à un ajustement continu et à un infléchissement par la puissance de la tradition. C'est pourquoi son « efficacité est basée sur un code de savoir-faire par reproduction et non sur l'acquisition individuelle de connaissance » (ibid., p. 270). Dès lors le savoir des personnes âgées peut-être concurrencé ou parfois être éliminé au profit des jeunes générations en des moments critiques (guerres). C'est dans ce sens que le statut de la personne âgée est le résultat de la « juxtaposition d'un statut social attribué et non un statut acquis » (ibid., p.269). Dès lors l'on peut s'attendre à ce que des personnalités émergent au sein de certaines sociétés pour s'opposer à ce modèle organisationnel (Badini, 1994).

3.2.Le mythe du collectivisme traditionnel

Les compétitions liées aux facteurs de production et les rivalités plus fluides et interpersonnelles (jalousies) amènent à une remise en cause de la solidarité tout azimut des sociétés africaines. Dès lors, la prise en charge de la vieillesse, relatée autour de personnages principaux me semble loin de la réalité de l'ensemble des personnes âgées.

L'idée que les ainés sont respectés a laissé penser qu'ils vivent dans de bonnes conditions. Les observations faites au Bam (Kongoussi) et à Koudougou vont dans ce sens. Les aides naturelles des vieilles femmes sont constituées des belles-filles, de jeunes filles ou de jeunes garçons. Les fils et les brus portent un point d'honneur à mettre à l'abri la personne âgée des soucis matériels. En effet « travailler pour le père était une obligation morale, une marque d'attachement aux valeurs lignagères [et] une affirmation de la solidarité agnatique » (Lallemand, 1977 : 51). De ce fait, les fils ressentent la séparation avec le père comme un rejet des valeurs (Ibid., 1977). Au niveau de la collectivité, les rapports entre les individus sont régis par des aides latérales et des aides ascendantes. Au fur et à mesure que le déclin des forces physiques se manifeste les descendants libèrent le parent des activités agricoles.

Ce mode d'organisation de la prise en charge en faveur de la vieillesse est bien illustré dans les travaux de Joseph Conombo (1989), une personnalité de la première République du Burkina Faso. L'auteur décrit avec précision la maladie, la mort et l'enterrement d'un vieillard, chef de famille. Depuis l'annonce discrète de la maladie au fils-ainé par l'épouse, plusieurs acteurs interviennent dans la recherche des soins. D'un problème individuel, la maladie acquiert le statut d'un problème communautaire au point que «tous les membres du *buudu* (lignage) d'abord, puis tous les alliés par liens matrimoniaux […]. Chacun aide de son mieux et abandonne tout autre programme d'activités jusqu'à la guérison de la personne âgée» (Conombo, 1989 : 140). Il décrit les séquences des funérailles qui vont conférer au mourant le statut d'ancêtre. C'est ainsi que les chants funéraires comparent le chef de famille à « un feu » ; et à « un grand caïlcédrat, repaire de tant d'oiseaux » (Ibid., p. 144). Les rites funéraires se composent des étapes suivantes : une cérémonie d'enterrement (souvent retardée de quelques jours pour permettre à

ceux qui sont loin de venir y participer), un kʊʊre (véritablement une grande fête de « séparation du monde des vivants et des morts), le *rabog-wellegre* (cérémonie de partage des biens y compris les *poug-konpa* [veuves]). Ces faits ne peuvent pas être généralisés à toutes les personnes vieillissantes. Comment la maladie et la mort de ceux qui n'ont pas les attributs de pouvoir (descendance, richesses, femmes) sont organisés?

La société moose distingue deux types de mort. La mort dite naturelle de maladie et de vieillesse, nommée « *kʊ sablaga* [mort noire], donnant lieu à ce modèle de funérailles décrit plus haut. Par contre, la mort accidentelle, ou hors de son territoire est désignée sous le terme de « *kʊ mivgu* [mort rouge] ». Elle est perçue comme une forme de malédiction, et ne donne pas lieu à de funérailles grandioses. Le défunt n'atteindra jamais le stade d'ancêtre puisque son âme erre dans la nature (Degorce, 2010). Ce traitement différentiel montre que la prise en charge de la personne âgée va varier en fonction des statuts sociaux, de la descendance, du rang dans le lignage et de la manière de mourir. Par ailleurs, la prétendue solidité de la solidarité semble occulter les effets de l'organisation spatio-sociale des unités domestiques sur les relations d'entraide.

A ce titre, les travaux de Sahlins (1972) sur les formes de réciprocité dans la société des *Siuai* apportent un éclairage sur les limites de la vertu de la solidarité lignagère. L'auteur identifie plusieurs types de relation d'entraide. Le premier niveau d'offre de soins (care) revient à la famille proche car les membres sont « tout naturellement amenés à partager, à nouer des relations d'échange généralisé » (Sahlins, 1972 : 250). Cette réciprocité généralisée entre les composantes de l'unité domestique apparait tout à fait légitime et naturelle car elle n'induit pas une contrepartie matérielle directe, ou du moins le côté matériel est obscurci par le côté social. Ainsi écrit-il: « recevoir des biens instaure une obligation diffuse d'en rendre lorsque le donateur en a besoin et/ou que le donataire le peut […] le défaut de réciprocité n'arrête pas le geste du donateur. Les biens circulent unilatéralement en faveur de ceux qui en sont démunis et ce parfois sur une très longue période » (Ibid., p. 248). Quand les ressources de la famille manquent, la famille lignagère prend la relève. C'est pourquoi, la prise en charge des plus faibles par les membres de la famille va alors se construire en fonction de la distance généalogique et de

l'occupation spatiale des résidences. Il s'établit alors « une réciprocité équilibrée ou symétrique et /ou une réciprocité négative » (Ibid., p. 250). Les formes d'entraide vont s'inscrire dans la configuration de l'espace d'habitation. C'est en cela que « les parents éloignés [seront] traités par valeur équivalente ou par ruse […] aux non parents, la tendance serait chacun pour soi et Dieu pour tous » (Ibid., p. 250). L'intérêt de cette réflexion est d'inscrire les relations de solidarité dans un cadre spatio-temporel puisque les individus sont amenés à se déplacer vers d'autres lieux. Dans ce contexte comment évoluent les relations d'entraide ? Peuvent-elles conserver leur densité et leur intensité ? Le doute est permis pour les sociétés à forte différenciation sociale comme celle des *moose.* C'est ainsi que la solidarité lignagère et familiale comme une stratégie de prise en charge de la vieillesse n'est que le prolongement du mythe du collectivisme traditionnel.

Commentant les travaux de Tauxier (1912) et Mangin (1914), Marc-Eric Gruénais s'interroge à partir de la morphologie des localités et des unités domestiques, la solidarité traditionnelle. L'auteur dit avoir retrouvé la même morphologie des habitations, que les deux auteurs sus cités à savoir, une individualisation des unités domestiques au niveau des quartiers. Cette configuration fait de la famille *mossi,* « une famille décommunautarisée ». Il remet alors en cause l'idée si ancrée dans nos esprits que c'est la modernité qui a introduit l'individualisme dans les sociétés traditionnelles. Il conclut que cette situation date de la période précoloniale car « la conquête coloniale française du pays mossi s'achevant en 1896, il est peu probable qu'en moins de vingt ans, l'administration française fut suffisamment implantée pour avoir déstructuré l'organisation familiale […] l'individualisme mossi est antérieur à la colonisation » (Gruénais, 1985 : 222). Aussi, les changements sociaux engendrés par la colonisation (migration, travaux forcés, exode rural) ne feront qu'accentuer la fissure dans les formes de solidarité. Certains auteurs avaient déjà commencé à émettre des inquiétudes au regard de leurs observations du moment. Suzanne Lallemand (1977) montre des processus d'isolement en cours de certaines personnes du fait du faible degré d'intégration familiale. Le problème réside dans l'inscription de la solidarité dans la durée dans une économie d'autosubsistance. Aussi, l'intensité des prestations varie dans le temps et « plus les mères vieillissent, plus leurs jeunes alliés prennent de l'indépendance et se détachent d'elles » (Vinel, 2005 : 165).

3.3.Les diversités des statuts sociaux

Comprendre l'invisibilité sociale de la vieillesse d'hier suppose de prendre en compte que les multiples divisions et antagonismes qui structurent les sociétés d'apparence égalitaires ont été occultées dans certains travaux historiques. Ces contradictions sont du type statutaire et opposent les hommes aux femmes, les ainés aux cadets, les hommes libres aux esclaves et les autochtones aux allochtones (Olivier de Sardan, 1995). La société *moose* composée de plusieurs statuts sociaux présuppose une inégale distribution du pouvoir d'action.

La hiérarchie protocolaire confère de façons inégales les positions de pouvoir entre le *naaba* (chef/roi); le *naãbiga* (fils du chef) et le *naãkomba* (descendant du chef à partir de la première génération). Les *nakombse* mènent une existence marginale. Ils sont pauvres, et n'ont pas de terre, ni du mil. Par conséquent ils obtiennent difficilement des femmes et vivent parfois jusqu'à la mort dans un statut de célibataire. Les autres *moose* sont appelés *talse* ou *zemba*, termes méprisants qui signifient « gens du commun, pauvres types, culs-terreux » (Izad, 1992 : 165).

En outre, les captifs et les esclaves forment une classe sociale discriminée. Les *yaralen-tiise* (litt. suspendus aux arbres), à savoir les individus ayant eu des rapports sexuels avec les animaux (la zoophilie) dans le Yatenga et les *Zama* (relation sexuelle avec les morts) chez lez *samos* sont condamnés à une mort sociale (parfois physique). Ces déviants et transgresseurs sociaux, marginalisés migrent vers d'autres contrées (ibid. 1992). Les castes dans les sociétés traditionnelles burkinabè participent à fabriquer des formes d'exclusion sociales ou des limitations très importantes dans leurs relations sociales avec les autres groupes sociaux. Les castes des forgerons sont interdis de mariages avec les moose (yadéga) dans la zone de Ouahigouya. Dans les sociétés peules, les hommes libres non castés (aristocraties), les serfs aux statuts divers et les artisans (Kiéthéga, 1990) traduisent des inégalités prononcées de statuts sociaux. Dès lors, il est souhaitable de postuler que la rhétorique du pouvoir de l'aîné ne soit pas une réalité pour ces catégories sociales discriminées.

Le statut de la vieillesse féminine reste ambivalent, polymorphe et complexe. Abordant les rôles rituels et sociaux de l'épouse ainée, un certain nombre

d'auteurs mettent en relief la position sociale privilégiée de la vieillesse féminine. Pour Kaboré (1987), l'épouse ainée devient le socle symbolique du foyer polygame. Son statut et son rôle sont valorisés. Elle devient la conseillère du mari et s'occupe des affaires religieuses, des problèmes familiaux et sociaux. Elle est responsable de la répartition du travail domestique, de la périodicité des prestations sexuelles, de l'organisation des évènements sociaux et des rituels du groupe domestique (Kaboré, 1987). Toutefois, plusieurs facteurs sont susceptibles d'accroitre la vulnérabilité de des femmes au cours de leur vieillissement. Le veuvage et la stérilité pourraient s'accompagner d'une perte de la valorisation de la femme. Suzanne Lallemand (1977) décrivant les conditions de vie des « pug gnãse » du village Bam au Burkina montre des difficultés d'insertion sociale par certaines veuves sans soutien et par les femmes vieilles stériles.

Les exemples foisonnent dans les autres contrées en Afrique. Les femmes âgées Toucouleur et Soninké de la Mauritanie sont exclues des pouvoirs accordés à la primogéniture. En dehors de la diminution de travaux, la femme n'a pas d'avantage social à vieillir (Journet et Julliard, 1994). La condition de la femme quel que soit son âge est redevable aux ainés car les cadets. Ces derniers sont les bénéficiaires indirects de la distribution des femmes qui leurs permettent de changer de statut social. Le mariage offre une opportunité d'accroitre les moyens de production qui leur permettent nourrir les improductifs que sont les vieillards (Meillassoux, 1994).

La littérature africaniste sur l'âge s'est orientée depuis 1950 dans deux directions : l'étude des systèmes de classe d'âge et des classes générationnelles ; l'étude de l'ainesse et du rapport ainé/ cadets (Abelès et Collard, 1985). La perspective fonctionnaliste s'est intéressée à l'étude des systèmes de classe d'âge et des classes générationnelles. Ces travaux ont permis de décrire les caractéristiques formelles des classes d'âge et leurs fonctions sociales, économiques et politiques. Ces recherches ont réfléchi sur l'ainesse sociale et également sur les rapports ainé/ cadets en cherchant à mettre en évidence le pouvoir des ainés sur le cadet aussi bien dans la sphère familiale que dans la sphère publique (Meillassoux, 1975 ; Lallemand, 1977; Gruénais, 1985 ; Héritier, 1981). De toute évidence le rapport à l'âge doit être compris comme un élément essentiel du

processus productif et un comme un constituant élémentaire de l'ordre domestique. Dans ce sens, la différenciation entre ainés/ cadets, tend à introduire une opposition entre ceux qui travaillent et ceux qui contrôlent les moyens de production. Le principe de séniorité joue à l'interface du politique et de l'initiatique (Abelès et Collard, 1985). Dans la perspective cognitive et symbolique, l'importance des rituels qui entourent la naissance du premier enfant, et la différence entre le premier né et le premier survivant a été largement développée. Quelques soient les perspectives adoptées (fonctionnaliste, psychologique, symbolique ou cognitive) s'il est un point commun à l'abondante littérature sur les vieillissements et sur les vieillesses, c'est bien l'étude de la structure de la vieillesse au détriment du sujet. Cette lecture communautaire s'est construite au détriment de la singularité. Aussi, en dépit de leur pertinence, les productions scientifiques ont contribué à véhiculer une construction normative, fonctionnelle, invisible et homogène de la vieillesse.

Ce cheminement a montré comment la littérature africaniste a construit de façon univoque la figure de la personne âgée. Autrement dit, les nombreux travaux ont fait la part belle à l'analyse de l'ainesse sociale, en tant que structure au détriment des trajectoires individuelles. L'expérience du vieillissement n'a pas été suffisamment abordée alors qu'il existe un écart entre les conditions concrètes de vie des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » et l'image véhiculée dans la société. Ces angles morts de la recherche africaniste sur le vieillissement tirent leur source de la prédominance de l'approche « culturaliste-traditionnaliste » pour comprendre les sociétés africaines (Olivier de Sardan, 1995). Cette approche est certes commode d'usage et offre une possibilité de rupture facile, mais elle comporte des préjugés ethnocentriques. Aussi les appréciations sont normatives et évaluatives. La référence aux notions de cultures et de traditions, aux références familiales, religieuses, sociales ou morales communes a abouti à une caractérisation globale de la société africaine qui semble aller de soi. Les phénomènes sont expliqués par les déterminants culturels, les valeurs partagées, le système de sens ou par le fatalisme. Ces modes de compréhension n'oublient pas l'existence de subcultures, le poids des clivages sociaux (âge, sexes, classes sociales) sur les normes de comportement. En effet, « les significations culturelles et les pratiques sociales sont forts loin d'être des systèmes » (Ibid., p. 47). L'analyse structuro-fonctionnaliste a eu tendance à ne pas prendre suffisamment les stratégies des acteurs, l'agencéité (agency) humaine,

les jeux des pouvoirs, les contradictions et les incohérences au cœur de toute pratique (Ibid., 1995). Les arguments ne tiennent pas compte des bouleversements subis par la tradition, ni du poids de l'héritage colonial, ni les effets pervers de l'aide au développement (programmes d'ajustement structurels), encore moins les innovations sociales propres à la modernité africaine. Pourtant les acteurs sociaux quel que soit leur âge ne subissent pas de façon passive les normes sociales. Une meilleure compréhension suppose de prendre en compte les « ressources des acteurs sociaux « d'en bas » et de leurs marges de manœuvre » (Ibid., p. 54). C'est pourquoi, Olivier de Sardan préconise une analyse interactionniste afin de prendre en compte les contraintes et les stratégies des acteurs car les « sociétés africaines sont traversées par plusieurs rationalités» (Ibid., p. 54). Pourtant, ces représentations des sociétés africaines n'ont pas pour autant disparu de la communauté scientifique (Ibid.1995). C'est ainsi que l'on a surestimé les solidarités familiales au nom « d'une Afrique de la palabre, de la classe d'âge ou de l'entraide en oubliant que l'Afrique d'hier était aussi une Afrique de la guerre, de l'esclavage, du bannissement » (Ibid., p. 58).

Revenons à mes deux questions de départ : Comment se fait-il qu'on ait pensé le « *Vieux* » africain sous l'angle du pouvoir ? Pourquoi, les personnes âgées sont-elles invisibles ?

Le discours savant ou profane sur la vieillesse africaine est le résultat de la construction historique de la vieillesse. Autrement dit, la littérature ancienne a pensé la vieillesse par l'analyse du pouvoir politique dans les sociétés africaines à partir des personnages centraux (chefs, princes, anciens combattants). Dans cette posture, la situation des autres individus âgés comme les esclaves, les handicapés, les femmes stériles sans pouvoir, n'a pas été suffisamment explorée.

L'invisibilité actuelle de la personne âgée résulte de la production et de la diffusion de plusieurs normes définitionnelles (indicateurs démographiques, administrative, juridique, biomédicale) de la personne âgée. Ces normes produites par les communautés scientifiques (biomédicales) sont adoptées et interprétées par les institutions nationales. La pluralité des acteurs aux intérêts divergents ou concurrents participent au brouillage de la notion de personne âgée, rendant invisible un groupe social.

La synthèse de ces travaux anthropologiques sur le vieillissement appelle deux remarques majeures. La première concerne la construction de l'objet d'étude. La vieillesse a été appréhendée en vase clos comme un élément unique, une partie isolée, alors que de toute évidence, elle s'inscrit dans une structure plus vaste et n'a de sens qu'en relation avec tout ce qui la précède (Arcand, 1989). La seconde est que l'expérience singulière du vieillir (ou vieillissement) a été esquivée de ces travaux ethnographiques au profit des rôles et des statuts des « vieux ». Toutefois, l'étude des rôles et des statuts ne peut pas totalement être détachée de la compréhension globale de la vieillesse. Il s'agit alors de les interpréter comme une expérience de prise en charge de soi. Permettre à chaque personne au cours de son vieillissement de jouer un rôle suppose l'accès à une prise en charge adéquate. Les rôles sociaux et politiques sont la face visible de l'expérience de l'autonomie, définie comme un pouvoir d'agir dans son environnement. A ce titre, les usages politiques de la vieillesse permettent d'appréhender l'expérience de l'intégration ou de l'exclusion des plus âgés de la société à la prise de décision dans la sphère publique.

Chapitre 3 : Les figures politiques de la vieillesse

Les études anthropologiques sur la vieillesse permettent de nuancer la place de la personne âgée dans la société rurale. Certes les contradictions, les ambigüités et les paradoxes sont énormes et je ne prétends pas pouvoir les résoudre. Mais je voudrais suggérer de prendre en compte le fait que les rapports sociaux sont des réalités historiques pour comprendre la vieillesse dans nos sociétés contemporaines. Les faits qui caractérisent une société à une époque donnée se transforment avec l'histoire de la société. Le statut politique de la vieillesse demande à être de nouveau questionner. Aujourd'hui de nouvelles identités générationnelles se constituent et invitent à s'interroger sur la place des ainés dans la société contemporaine. La vieillesse est assimilée à la tradition et la jeunesse à la modernité dans le champ politique. Les sphères politiques seraient toujours dominées par les ainés. Quels sont les «nin-kêemse » et les « pug gnãse » de pouvoir ? En quoi, leur situation prolonge-t-elle l'analyse structuro-fonctionnaliste qui occulte les conditions réelles d'existence des sujets âgés? En quoi l'analyse du rôle politique nous informe-t-il du vieillisssement du personnel politique ? Quels sont les enjeux politiques associés la construction de la démocratie au Burkina ?

Je propose de discuter de la participation des ainés dans les sphères de décision politique comme une forme de pouvoir politique qui prolonge les rôles politiques traditionnels des lignages royaux. Bien que les lignes de fracture entre les générations politiques traversent historiquement ces rapports intergénérationnels, les plus âgés demeurent à l'avant-garde de la gestion politique. Cette discussion permet de montrer les limites de l'analyse structuro-fonctionnaliste à rendre compte des conditions objectives et subjectives des plus âgés de la société. Est-ce qu'avec l'urbanité, l'on assiste à des formes de continuités ou des ruptures dans les rôles politiques de la vieillesse. En d'autres termes, quelles sont les figures de la vieillesse politique ?

1. Les lignages royaux et les chefs de quartiers

La chefferie, comme une figure politique conserve toujours une autorité, un prestige dont les acteurs politiques modernes font usage. A partir d'une étude de cas, je propose une discussion sur la place de la chefferie dans une société démocratique. Cette réflexion illustre bien à propos, les biographies singulières de certaines personnes vieillissantes qui masquent les enjeux de prise en charge de la vieillesse. En outre, la discussion pose la question du pouvoir politique entre les générations dans une population fortement jeune. Comment l'autorité de la chefferie est-elle subie, acceptée, ignorée ou contestée ?

Figure contemporaine de la chefferie traditionnelle, tous les joueurs de pétanque de son club, sans distinction d'âge le saluent avec une génuflexion pour marquer le respect. Né en 1949, jeune retraité, cet ancien agent de banque cumule les fonctions de chef de village (devenu quartier de Ouagadougou) depuis plus de quinze ans. Il est marié et père de quatre enfants : un garçon de quarante-deux ans, vivant en concubinage et qui a un enfant de trois ans. Celui-ci, après avoir obtenu une licence en philosophie, est un enseignant de lycée; il habite dans une maison dans la cours paternelle. Un autre âgé de 38 ans est un officier de police. Les deux filles (36 ans et 31 ans) sont mariées et travaillent dans la fonction publique. La femme de « *Naaba* » est nommée affectueusement « *Hadja* » (nom donné aux femmes qui sont allées en pèlerinage de la Mecque) et elle se montre très pieuse. Chaque vendredi, elle va à la mosquée, la tête sous un voile avec une robe qui descend jusqu'à ses chevilles.

La cour de « Naaba » est composée d'une grosse villa de plusieurs chambres. Dans le « salon » est disposé un ensemble de meubles de six fauteuils avec des housses en matelas communément appelé « salon ». Au milieu de ce dispositif, une grande table en bois couvert d'un drap blanc brodé. A l'angle droit de la chambre, se dresse un réfrigérateur de grande capacité. Un peu plus à l'intérieur, à l'angle gauche, un téléviseur, écran plat distille des images des chaînes internationales, grâce à un abonnement de « *canal SAT* ». C'est une chambre avec deux brasseurs d'air ; quelques photos, affichées au mur mettent en scène « Naaba » avec des personnalités et des dignitaires du pays : une photo du président *Blaise Compaoré*, une autre photo du *moogho-naaba*. A l'intérieur de la cours à droite se

dressent deux grands manguiers[9], sous lesquels sont déposés deux grands canaris en terre cuite pour stocker l'eau pour de multiples usages. A gauche, une maison « *une pièce-salon* » héberge un de ses fils. A la devanture de la porte, un studio sert de lieu de commerce de toutes sortes de marchandises. « Naaba » se déplace avec un véhicule de marque « *Mercedes 220* ». En tant que chef coutumier, il siège dans plusieurs instances de décision des organisations religieuses et coutumières au niveau national qui interviennent dans la lutte contre le sida et dans la promotion des droits humains. A la faveur du lotissement de son « *soolom* » (litt. aire de propriété), il a bénéficié de l'octroi de plusieurs parcelles où il a construit des maisons en location. Quand bien même, il garde un silence sur ses revenus, il jouit d'une certaine autonomie financière. Le 19 décembre 2012. Il est onze heures quarante-cinq minutes quand j'arrive chez le chef. Il est chez le *moogho naaba* pour une consultation. Il ne donne pas plus de détails à son retour. Dès qu'il s'installe dans un des fauteuils rembourrés, une servante vient déposer deux plats. Le premier plat se compose d'un « riz gras » fait avec des choux, de la carotte et de la viande de mouton. Dans le second plat, il y a une « soupe » de poulet dans laquelle immergent beaucoup de légumes. Le dessus de la soupe surnage une huile rouge, couleur de la tomate. La servante ouvre le réfrigérateur et dépose un bidon d'eau fraîche, et deux verres. Elle pose deux cuillères et deux fourchettes. Au cours du repas, nous discutons des choses banales de la vie et par moment, un bruit familier vient troubler nos échanges. Un enfant d'environ trois ans (son petit-fils) se met à pleurer. Il appelle la servante et lui dit de lui donner de la viande. Celle-ci tire l'enfant qui résiste ; elle le soulève pour sortir et notre causerie reprend. C'est l'heure du journal télévisé. Après le repas, la servante vient ramasser les plats ; je prends congé de lui et il entre pour faire « *la sieste* ». Depuis qu'il est admis à la retraite, il passe une partie de son temps (la matinée) pour assurer ses fonctions de chef traditionnel et tous les après-midi, il joue à la pétanque. Chaque samedi il joue « *au football avec les jeunes* ». Dans son véhicule, il amène un bidon d'eau minérale « *Laafi* » pour se désaltérer de temps en temps.

En dépit de la « modernisation de l'administration », les citadins continuent d'avoir de temps en temps recours à l'arbitrage des chefs de quartier pour la résolution des problèmes quotidiens. En décalage des pratiques de recours à la

9 Nom Scientifique : Mangifera Indica

justice « moderne », certains habitants se réfèrent à l'autorité du chef pour la résolution de certains conflits sociaux. Aussi me raconte-t-il deux histoires :

> *« Une femme ramasse du sable pour vendre. Un matin, je me suis levé et je vois quatre femmes ; une est venue m'expliquer qu'on veut la chasser ; je lui demande pour quelle raison ? Elle dit qu'elle-même ne sait pas qu'on l'accuse de sorcellerie. Un groupe composé d'un homme et de femmes veulent la chasser ; je les ai convoqué un matin et j'ai dit à chacun d'expliquer ; chacun a expliqué et je leur ai dit que ça ne tient pas ; j'ai dit à l'homme que ce n'est pas vrai ; peut-être qu'il a eu des intentions et la femme a refusé et c'est pourquoi l'homme veut l'accuser. J'ai dit à l'homme de cesser d'agir comme ça. La femme a dit qu'elle est la première à occuper le bas-fond pour le ramassage du sable. Elle vend et elle s'occupe de sa famille ; ça doit être une veuve ; j'ai dit à l'homme ne de plus faire cela, je l'ai mis en garde ; je dis à la femme que si toutefois, il recommence, elle n'a qu'à revenir m'informer ; depuis là, ils ne sont pas encore revenus ; ça date de 2007 ou 2008 par-là » (Entretien du 12 déc.12)*

Il poursuit :

> *« Il y a une autre histoire. Un homme vivait avec sa femme et avec son père dans la même concession. Il y a une mésentente entre eux et la femme a mordu le bras du mari. Le papa du mari dit qu'il faut qu'on répudie la femme ; ils sont venus un samedi midi ; je dis à chacun d'expliquer ; la femme a expliqué et puis l'homme aussi ; je dis à l'homme que ce que la femme a fait, elle ne sait pas car elle n'est pas âgée ; elle devait avoir 22 ou 23 ans ; si elle savait elle n'allait pas mordre le bras de son mari… ils doivent faire pardon. Le papa du mari ne voulait pas. La réconciliation s'est faite et une semaine plus tard, ils sont venus me donner un poulet » (Entretien du 12 déc.12)*

La mise en scène des rôles politiques s'inscrit dans une forme de continuité de la figure du chef dans la société moose. L'histoire politique montre la prégnance de leur présence dans les sphères de décision. Quelles sont les ressources qui leur permettent d'exercer leur pouvoir aussi bien dans les cadres restreints comme dans des espaces plus larges ?

La ressource principale de la chefferie est la coutume. Elle signifie la « parole qui dure » (Leenhardt, 1971 : 225). En langue locale Moore, elle est traduite par *rogmiki* (litt. né trouvé). Cette parole est une réalité solide, construite sur plusieurs générations dans la société mosse où les rapports sociaux sont hiérarchisés. Pour Jacky Bouju (2004), la coutume est définie « à partir des critères de continuité et d'identité d'une construction sociale particulière de la réalité » (Bouju, 2004 : 122). C'est ainsi que le *rogmiki* des moose traduit d'une part « l'immuabilité et à l'invariance des signes témoignant d'une conception singulière de l'ordre social » (Ibid., p. 122) ; d'autre part la continuité suppose l'existence d'un

mécanisme qui reproduit le pouvoir de régulation de l'ordre social (Ibid., 2004). Afin de comprendre le rôle de la coutume dans le pouvoir des chefferies locales, il convient de rappeler le maintien d'une forme organisation traditionnelle de l'espace urbain. Bien que sur le plan administratif, la ville soit découpée sur en secteurs, et que les lotissements semblent avoir effacé les limites des quartiers et des villages, les ouagalais localisent leur habitat à un quartier et non à un secteur. Or le quartier renvoie à une forme d'occupation spatiale structurée en groupes de « *yiiya* », ou en « *zakse* » [famille] placée sous l'autorité du *yirisoba* ou *zaksoba* (chef de famille). Le substantif *soba* a un sens de « maître », de celui qui a le contrôle (Izard, 1985). Les chefs de ménage se connaissent mutuellement dans les quartiers populaires. Le recours au chef du quartier, en lieu et place de l'administration moderne rend compte de cette identification collective à une autorité morale locale. L'autorité de la chefferie repose « tout entière sur le prestige de la parole » (Leenhardt, 1971 : 226). Quand le chef de quartier dit dans sa médiation que la femme ne connaît pas qu'elle ne doit pas mordre son mari, il incarne les traditions. Sa parole acquiert une valeur symbolique par cette tentative d'expliquer les significations de la morsure. Cependant, la coutume change, contrairement à une certaine fiction voulant qu'elle demeure ce qu'elle a été (Bouju, 2004). En effet, soutient l'auteur : « les juges villageois d'une affaire sont plus attentifs aux conséquences locales et à la résonance sociale de leurs décisions qu'aux liens de celle-ci avec une quelconque conformité coutumière » (Ibid., p.129). C'est pourquoi, en demandant d'excuser la jeune femme pour son ignorance, le chef «s'appuie sur cette capacité d'autojustification propre à la coutume : ses règles effectives changent, mais la coutume demeure » (Ibid., p.129). Cette capacité d'ajustement continu de la coutume pour « préserver l'ordre social du groupe plutôt que de proclamer des droits et des obligations de chaque individu » (Ibid., p.129) qui explique son recours des citoyens et des politiques.

Vaast (2010) a fait les mêmes constats dans la commune de Kaya, une ville secondaire du Burkina. Les habitants sollicitent les chefs pour divers besoins (matériels et financiers). Cette fonction du chef du quartier ne peut se comprendre qu'en prenant en compte le contexte de démocratie à double façade du Burkina Faso (Hagberg, 2010). La double façade renvoie à l'ambivalence de la coutume qui fonctionne comme une synthèse de l'ordre ancien et de l'ordre nouveau. Ce

fonctionnement fabrique une identité double de l'habitant. Tantôt il se reconnait comme un sujet du chef, tantôt un citoyen, revendicateur de droits publics. Dans ce contexte, les autorités coutumières deviennent des acteurs stratégiques dans l'espace politique. Elles vont se voir confier des rôles politiques.

2. Les usages politiques de la vieillesse

Les ainés sociaux désignent par extension les notables, les chefs des sociétés méta-lignagères et étatiques exerçant une exploitation plus large des cadets sociaux, (Bayard et al, 2008). La définition des catégories de cadets sociaux prête à discussion. Claude Meillassoux (1975) ne considère pas que les cadets « constituent une classe exploitable, c'est à dire entretenue et reproduite comme telle » (ibid., p.85) car la plus part d'entre eux sont appelés à devenir aînés. Aujourd'hui, dans le paysage politique burkinabè, les révolutionnaires, jadis désignés comme des cadets (Otayek, 1996) sont traités comme des ainés politiques par la génération des pionniers de la révolution. Ces derniers étaient constitués par les jeunes de six à dix-huit ans. Toutefois, les notabilités coutumières et religieuses, considérées comme les structures de l'ordre ancien coexistent avec les acteurs politiques de l'ordre nouveau. Dans le processus de partage des rôles politiques, les élites vieillissantes vont se voir confier les missions de médiation lors des crises sociopolitiques. Les pratiques de médiation se calquent à trois périodes de la vie politique nationale.

2.1. De la première à la troisième république (1960-1980): réticence et autocensure des anciens dans la prise de décision politique

La première expérience de recours à la personne âgée remonte à la première crise politique majeure de l'après indépendance. Le contexte se caractérise par les récents conflits entre la chefferie traditionnelle et les jeunes politiques. Le *Moogho Naaba Saaga* et un de ses ministres le *Baloum Naaba* tentent de garder un contrôle sur le pouvoir politique moderne. La jeunesse représentée par le mouvement des « jeunes mossi », fondé par Joseph Ouédraogo sous la forme d'un club de jeunes catholiques cherche à contrecarrer le pouvoir des chefs traditionnels (Savonnet-Guyot, 1986). Qui présidera le nouvel Etat ? Allons-nous vers une monarchie constitutionnelle avec le nouveau Moogho Naaba Kougri, âgé de 28 ans qui vient de se succéder à son père au trône ? Le 15 octobre 1958, ce jeune monarque réclame

un gouvernement d'union nationale. Cette demande ne trouve pas un écho favorable. Il organise alors une contestation publique devant l'Assemblée Territoriale le 17 octobre pour intimider les jeunes leaders politiques. Cette démonstration de force prit fin avec le rappel des troupes par un ministre du Moogho. Ce coup de force est fortement désapprouvé par l'opinion locale. Le monarque est mis à l'écart des affaires de la nouvelle république. Cette déroute de l'ordre ancien (indépendamment de l'âge des hommes qui dirigent la structure) consacre la formation de la première république avec un régime présidentialiste. Maurice Yaméogo en est le président de 1960 à 1966.

Après la prise de pouvoir par le Général Lamizana le 3 janvier 1966 à la suite du soulèvement populaire contre le régime de Maurice Yaméogo, le pays doit faire face à une crise sociopolitique. La guerre de 1975 entre le Burkina et le Mali a engendré un effondrement économique et financier. Néanmoins, le syndicat organise une grève le 17 et le 18 décembre 1975 pour réclamer une augmentation des salaires. Celle-ci s'est vite transformée en une remise en cause des institutions politiques. Le Général Président organise une série de consultation large en vue de trouver des solutions à la crise à travers le conseil consultatif national pour le renouveau (CCN-R). Les concertations vont réunir les structures sociales naguère considérées comme anciennes.

Les attentes du Président

La rencontre du chef de l'État avec les membres du CCNR débute le jeudi 22 janvier 1976 sous la forme d'un forum. Le président commence par rappeler les fonctions de l'organe de concertation en ces termes : « en tant que institution, votre rôle est de donner des avis, des conseils au gouvernement » et ensuite, il justifie l'intérêt de la rencontre en ces mots « chacun sait que depuis la grève du 17-18 décembre dernier par les syndicats, que les revendications ont été examinées avec bienveillance par le gouvernement. Il m'est apparu cependant, de dépasser le cadre de l'organisation des travailleurs et d'ouvrir aussi largement que possible, la concertation avec toutes les couches sociales de la nation » (Archives nationales, HV3.1 p.1). Il formule ses attentes vis-à-vis des participants : « le fait d'avoir été désignés comme membres de cette institution est une preuve de confiance de la part du gouvernement et de nos compatriotes. Il est nécessaire que je vous consulte, puisque on a tellement parlé du problème. Il est bon que vous aussi, vous donniez

vos avis et vos suggestions, voire même vos conseils » (Ibid., p.1). La rencontre met en présence d'un côté, des profanes politiques et de l'autre côté, des professionnels politiques. L'asymétrie de compétence peut détourner cet espace de consultation de ses objectifs car le savoir profane peut se révéler peu productif dans ce dialogue. C'est ainsi que l'espace de consultation va se transformer en une tribune de revendications corporatistes.

Un espace de revendications corporatistes

La réunion restreinte avec les anciens combattants est tenue le 23 janvier 1976 de 10h 35 à 11h10. Le président introduit l'entrevue en ces termes « je voudrais vous informer de la situation qui prévaut. Je ne serai pas très long car vous êtes tous au courant de ce qui se passe » (Ibid., p.2). Quand il donne la parole à Monsieur Vicens, celui-ci demande un remaniement ministériel « nous sommes venus en délégation pour vous dire notre pensée. Nous demandons, Monsieur le Président de donner satisfaction aux aspirations du peuple et des syndicats » (Ibid., p.2). Il continue en ces mots « un remaniement complet. Le peuple a demandé quelque chose, il faut le satisfaire ». Il poursuit en demandant « au président de la république de faire ce qui est en votre pouvoir pour donner satisfaction au peuple voltaïque » (Ibid., p.2). Cette intervention insiste sur les revendications matérielles syndicales, alors que le président s'attend à des propositions techniques de nature politique, économique pour juguler la crise.

Les commerçants, par l'intermédiaire de Monsieur Hamadou Ouédraogo dénonce le fait que des hauts fonctionnaires mènent des activités commerciales à l'encontre des dispositifs réglementaires. Puis il évoque la cherté de la douane à partir d'un exemple familial « l'imam avait trente bonnets et quelques mètres de tissu pour les membres de la famille, mais il était obligé de payer six mille francs (10€) de frais à la douane ; quand on veut parler, ils disent qu'ils ont un barème » (Ibid., p.5).

Les leaders religieux à savoir la confédération des églises et assemblées de Dieu participent à la rencontre du 21 janvier 1976. Après l'exposé préliminaire du Président, le pasteur Daniel Compaoré, chef de la délégation demande au pasteur Samuel Yaméogo de lire « le chapitre cinq » de la bible pour montrer le « *chemin à suivre* » au président. Celui-ci après lecture fait le commentaire suivant « Étant

donné que nous représentons une partie de la population qui croit en Dieu, nous pensons qu'il serait sage que toutes nos décisions soient basées sur sa parole […] notre devoir est de prier pour que Dieu vous aide dans votre tâche si difficile » (Ibid., p.6). Il suggère de fonder les décisions de la république sur la bible et avant de partir à 17 heures 52, il remet le passage dactylographié de la bible au Président.

La rencontre avec les chefs coutumiers se déroule dans le même climat de monologue. A cette entrevue, participent le Moogho Naaba (Ouagadougou), le Tenkodogo Naaba, le Boussouma Naaba et le secrétariat de la présidence. Après une présentation de la situation nationale et l'incompréhension au sein des acteurs nationaux, le chef de l'Etat souhaite une solution consensuelle pour instaurer la démocratie. Le Moogho Naaba reconnait son mérite pour avoir su préserver la dignité du pays (en référence à la guerre avec le Mali). Par conséquent il lui appartient de « trouver la solution qui convient ». Le Tenkodogo Naaba commence par dire que les citadins les traitent de « broussards » (celui qui vit en brousse), il se plaint du fonctionnement des hôpitaux, qui connaissent des ruptures de stock de médicaments, des écoles qui manquent de cahiers. Le président donne des réponses à ses préoccupations, mais il n'est pas satisfait des contributions en ces mots « dès lors qu'il y a une situation catastrophique, il faut demander l'avis de tout le monde. Vous me dites de faire ce que je veux ». Le ministre de l'information, des postes et télécommunication Charles Bambara présent à cette rencontre précise les attentes du président à la délégation en ces termes « il faut que les décisions politiques venant du gouvernement rencontrent votre agrément […] ; en ce sens, votre avis est indispensable ainsi que vos suggestions et vos critiques ». Le moogho Naaba esquive la question en disant « nous avons entendu tout ce que vous avez dit. Nous n'avons pas grand-chose à vous dire » (Ibid., p.8). Il termine par une critique des gouvernants qui vivent comme « de vrais bourgeois ». Lamizana reconnaît les limites de leurs compétences politiques en ces termes «ces décisions je ne peux pas les prendre tout seul. Peut-être que vous n'êtes pas à mesure de me donner des suggestions […] je ne peux pas les prendre tout seul sans consulter les uns et les autres » (Ibid., p.6). Au bout de cinquante-trois minutes d'échange, la réunion prend fin sans qu'une solution efficace ne soit donnée au président.

Ces participants peuvent être de bonne foi pour aider la résolution des conflits mais ils semblent ne pas avoir de l'expertise pour analyser des problèmes politiques. Les écarts entre les attentes du politique et les personnes consultées montrent bien que l'intégration des personnes âgées aux processus décisionnels suppose de disposer au préalable des compétences spécifiques qui vont au-delà de la connaissance des coutumes. La pertinence des interventions des représentants, montre que le savoir profane, c'est-à-dire l'expérience quotidienne n'est pas suffisante pour une délibération efficace sur des problèmes politiques. Quatre ans plus tard, le président est renversé par un coup d'état militaire et les ainés vont progressivement être relégués à la périphérie de l'espace politique par les jeunes révolutionnaires.

2.2. La révolution (1983-1987) : l'exclusion des anciens des processus de prise de décisions politiques

La révolution survient après une succession de crises politiques. De 1980 à 1983, trois coups d'état militaires rythment la vie politique nationale. Après le comité militaire pour le redressement national (CMPRN) de 1980 à 1982 présidé par le colonel Saye Zerbo, suivi du conseil national pour le salut du peuple (CSP) de 1982 à 1983, dirigé par le médecin commandant Jean-Baptiste Ouédraogo, la révolution du capitaine Sankara survient dans la nuit du 4 Août 1983.

Les nouveaux jeunes dirigeants, ayant un âge moyen de trente ans font preuve de volontarisme politique à travers de nombreux « mots d'ordre » (Guissou, 1995). La volonté de rupture d'avec l'ordre ancien se manifeste non seulement par le changement de nom du pays (la Haute-Volta devient le Burkina Faso) mais aussi par une option claire et précise d'une politique de décentralisation qui consacre l'organisation du territoire en quatre catégories de collectivités : le village, la commune, le département et la province (Ouattara, 2007). Chaque collectivité territoriale est dotée d'instances et d'organes élus : le comité de défense de la révolution (CDR) chargé respectivement de collecter les besoins des populations, de résoudre au niveau local les problèmes liés à l'accès aux services sociaux de base ; le tribunal populaire de réconciliation (TPR) s'occupe de juger les délits mineurs (Fournet, et al, 2008). Les indicateurs de développement connaissent une

nette progression dans les domaines de la santé, de l'éducation, et de l'économie (Sissoko et al, 1999).

Cependant, la cohésion sociale prend un coup avec la conflictualisation quasi permanente des rapports sociaux entre les cadets (révolutionnaires) et les aînés (les anciens dignitaires et les chefs traditionnels). Les nouveaux organes de gestion se substituent aux aînés et aux chefs traditionnels en matière de résolution des conflits familiaux. Les chefs traditionnels sont qualifiés « […] de simples camarades […] de forces rétrogrades, tenues pour responsables de la situation d'arriération économique et culturelle » (Beucher, 2010 : 44). Les aînés sociaux, incarnés dans la bourgeoisie, la chefferie coutumière, les syndicats et les partis politiques sont qualifiés d'ennemis de la révolution (Marie, 1999).

Le discours politique met en lumière les stéréotypes et métaphores animales associés à la vieillesse. L'extrait du discours du président du Faso, rapporté par Valère Somé dit ceci: « il faut comprendre qu'à l'intérieur même des anciens se trouvent des tortues à double carapaces, des hiboux au regard gluant, des caméléons équilibristes. Leur sport favoris : les intrigues, les complots, les règlements de comptes, les calculs » (Somé, 1990 : 56). On assiste à toutes les formes de discriminations fondées sur l'âge construites sur fonds de peur et d'ignorance de ce groupe social.

Dans les discours publics, les « nin-kêemse » et les « pug gnãse» sont scindées en deux catégories : les bons et les mauvais. Somé écrit : « si après avoir croisé le fer contre les mauvais anciens, qui généralement sont tenaces parce qu'ils ont le cœur dur, les bons anciens n'ont pas réussi, qu'ils fassent appel au CDR (comité de défense de la révolution), qu'ils nous accordent la permission : nous saurons ce qu'il faut faire » (Somé, 1990 : 56). Ces avertissements sont adressés aux personnes âgées traitées de réactionnaires, de contre-révolutionnaires, de laxistes et d'absentéismes (Kaboré, 2002). Les anciens dignitaires accusés d'enrichissement illicite sont jugés par des tribunaux populaires de la révolution. Les plus emblématiques sont le jugement de l'ancien Président Sangoulé Lamizana pour détournement de 400 millions des fonds spéciaux. Il fut acquitté. Par contre le colonel Saye Zerbo et Gérard Kango Ouédraogo furent condamnés respectivement à quinze ans et à dix ans d'emprisonnement (Ibid., 2002). Quelques-uns d'entre eux

sont licenciés de la fonction publique aux motifs souvent légers et non fondés. Les plus anecdotiques de ces sanctions sont le licenciement du syndicaliste Adama Touré et du politicien Arba Diallo le 31 octobre 1984 pour propos subversifs vis-à-vis de la révolution (Ibid., 2002).

Le discours politique violent à l'endroit des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » s'internationalise à travers l'anecdote rapporté par Valère Somé. Au cours d'une rencontre, Pierre Ouédraogo, Secrétaire Général des CDR aurait traité le Président Houphouët Boagni de « *vieux crocodile* ». Celui-ci lui aurait répliqué : « un crocodile qui dort les yeux ouverts [et] qui se nourrit de jeunes capitaines » (Somé 1990 : 30). A la chute de la révolution, le nom de ce président serait cité comme un des instigateurs de l'assassinat du président Sankara.

La période de la révolution demeure dans la mémoire collective, un moment de dévalorisation du pouvoir de la personne âgée et de leur mise à la périphérie de la sphère politique. A l'opposé, la jeunesse fut investie de pouvoirs exorbitants à travers le comité de défense de la révolution. L'on assiste à « la marginalisation des élites notabilaires et gérontocratiques issues des luttes pour l'indépendance et l'hégémonie des cadets sociaux propulsés pendant la révolution » (Otayek, 1996 : 47). Au-delà de cet affichage institutionnel, l'Union Nationale des Anciens du Burkina (UNAB) se révèle être dans la pratique une institution confinant les gérontes dans un rôle de sages respectés mais muets. David Gakunzi, rapportant le discours du Président Thomas Sankara le 4 avril 1986 devant 1300 délégués, lors de la clôture de la première conférence nationale des comités de défense de la révolution écrit : «l'UNAB nous apporte une contribution importante. Elle est importante parce que tactiquement, nous savons que si nous ne mobilisons pas les anciens, nos ennemis les mobiliseront contre nous » (Gakunzi, 1991 : 23). Des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » se souviennent et en parlent avec une certaine amertume en ces termes :

> *« À la révolution, on est venu faire croire aux gens que les chefs traditionnels ne sont rien ; que le chef traditionnel doit mettre son bonnet de côté et creuser le trou […] on a cassé le tissu social » (Président d'une association de personne âgée, entretien du 27 Nov.13)*

Le traitement politique à l'égard de la vieillesse est perçu comme la cause du désordre social actuel. Aussi, cet ainé interprète le comportement de la jeunesse comme les conséquences lointaines de la révolution en ces mots.

> *« Vous savez avant la révolution ; peut-être que ce n'était pas total ; mais il avait un respect scrupuleux des enfants pour leur grand frère, toute personne plus âgée et surtout les « nin-kêemse » ; c'est notre culture » (Président d'une association de personne âgée, entretien du 28 Nov.13)*

Pour conclure avec la période révolutionnaire, retenons qu'elle constitue une période de bouleversements générationnels avec l'émergence de cadets sociaux (Gosselin, 2012) contre l'élite dirigeante de la génération charnière. La fin de la révolution va coïncider au niveau international à l'appel à la mise en place des démocraties plurielles en Afrique par le Président François Mitterrand lors de ce discours de la Baule. Le régime de Blaise qui cherche une légitimité internationale adhère aux principes de la démocratie.

La première élection législative de Mai 1992 consacre une lutte pour le contrôle du pouvoir entre deux générations de politique. L'analyse de la biographie des candidats montre que l'inégalité de distribution des ressources intellectuelles joue en faveur de la jeune génération. En effet, les caciques des régimes antérieurs, moins instruits vont se voir distancés des postes électifs. La marginalisation des anciens et l'affirmation des modernes sont symbolisées par la lutte électorale entre Gérard Kango Ouédraogo et Salif Diallo dans la région du Nord (Otayek, 1996). Sans remettre en cause le positionnement des cadets, on va assister à une réhabilitation de la vieillesse en conférant un nouveau rôle politique aux aînés.

2.3. La réhabilitation politique de la vieillesse

Tirant expérience des tensions intergénérationnelles pendant la révolution, le Président Blaise Compaoré va mettre en place un mécanisme informel pour faire participer les élites âgées dans la gestion du pouvoir, avant de créer une structure formelle. Blaise Compaoré commence par une réhabilitation de la chefferie traditionnelle, des leaders religieux (catholiques, musulmans et protestants), puis les élites politico-administratives en retraite. Il mobilise ainsi l'expertise politique (retraités) et le pouvoir symbolique (chefferie coutumière et religieux) des élites âgées chaque fois que son régime est menacé par les révoltes sociales.

Le collège des sages

La mise en place de ce collège est consécutive au drame de Sapoui que l'on a qualifié de « l'affaire Norbert Zongo ».

Bref rappel des faits : David Ouédraogo, chauffeur de François Compaoré, petit frère de Blaise décède au « Conseil de l'Entente » (camp de la garde présidentielle) à la suite de multiples tortures. Norbert Zongo, journaliste d'investigation, directeur de publication de l'hebdomadaire *L'indépendant* qui enquête sur le décès du chauffeur est objet de menaces. Le 13 décembre 1998, il est assassiné à *Sapoui*, localité située à environ cent kilomètres de Ouagadougou. Le véhicule est criblé de plusieurs balles ; le corps du journaliste et trois de ses compagnons sont calcinés. Dès le 15 décembre 1998 des manifestations de protestation de grande ampleur éclatent spontanément dans plusieurs localités du pays. Le régime vacille et la cohésion sociale est mise à rude épreuve. Une commission d'enquête internationale identifie « six suspects sérieux » tous membres du Régiment de la Sécurité Présidentielle (RSP). Le Président du Faso décide la mise en place d'un « collège de sages » le 21 Mai 1999[10]. Son but est « d'œuvrer à la réconciliation nationale en vue de rétablir la paix sociale » et également « de passer en revue […] tous les problèmes pendants de l'heure et de proposer des recommandations à même d'emporter l'adhésion de tous les protagonistes de la scène politique nationale » (Rapport du Collège des sages 1999). Composés de trois anciens chefs d'État, de huit notabilités coutumières et religieuses et de cinq personnes ressources, ces personnalités, selon le chef de l'État sont « *créditées pour chacun d'entre elles de vertus d'intégrité et de droiture morale* ». Le rapport remis au bout de 45 jours reçoit une adhésion de la population et la crise sociopolitique baisse. Une journée du pardon est organisée en grande pompe au stade du quatre août en 2001 au cours de laquelle, le Président demande « *pardon au nom de la nation pour les crimes politiques commis par des burkinabè à l'encontre d'autres burkinabè* ».

Un comité national d'Éthique, présidé par le Ouidi-naaba, un ministre du Moogho Naaba et composé de personnalités bien respectées est créée pour être une structure de veille morale. Le pays retrouve la paix et Blaise Compaoré préconise

10 Décret n°99-158/PRES portant création, composition et missions du Collège de Sages

au cours du discours annuel du 31 décembre 2010[11] la formalisation d'une structure d'échange :

> *« La construction de cette nouvelle architecture institutionnelle exige également l'exploitation des expériences capitalisées par les personnes du troisième âge. A cet effet, il sera organisé au cours de l'année 2011, à l'instar des autres espaces de dialogue déjà bâtis, un forum des anciens afin d'offrir à la jeunesse, de solides sources d'inspiration dans l'accomplissement de leur mission générationnelle » (discours du 31 déc.2010).*

Dans cet extrait, il réactualise le discours ancien sur la valeur de la vieillesse, comme une période d'expériences à partager avec la jeunesse. Malheureusement, cet engagement politique ne pourra pas se tenir à cause d'une seconde crise politique.

En 2011, la stabilité du régime est menacée par une révolte des militaires. Tout est parti d'une banale histoire de mœurs. Un homme aurait été déshabillé et obligé de circuler nu dans une rue de la ville par un groupe de militaires au motif qu'il a été pris en flagrant délit d'adultère avec la copine d'un des leurs. L'affaire est jugée et cinq militaires (un sous-officier et quatre soldats) sont condamnés à quinze mois de prison ferme pour atteinte à la pudeur. Peine jugée lourde, puisqu'elle entraîne le licenciement des mis en cause. Dans la nuit du 22 au 23 Mars 2011, les militaires mécontents tirent plusieurs coups de fusils et libèrent leurs camarades détenus à la maison d'arrêt et de correction de Ouagadougou (MACO). Le lendemain, les militaires pillent les commerces et occupent les rues. Quelques jours après, les autres camps des diverses localités prennent le relais. Fait rare, le régiment de sécurité présidentielle tire et le président est obligé d'abandonner la présidence. Cette fois encore, Blaise Compaoré engage des consultations avec les différentes couches sociales. Le pays retrouve une certaine accalmie. Les élites âgées sont mises à contribution. A ce titre, un représentant d'une association de personne âgée raconte :

> *« Il y a beaucoup de choses qu'on nous demande de faire et nous aussi par nos relations, on essaie de faire quelque chose ; mais c'est informel. L'important pour nous est de nous investir pour que la paix sociale et la cohésion sociale reviennent ; ça fait partie de notre mission en tant que retraité ; tant qu'il n'y a pas de stabilité, on ne peut pas construire. En 2011 ; ce qui s'est passé ; vous pensez que c'est ce que vous voyez officiellement qui a résolu les problèmes ? Ce sont les démarches souterraines, nocturnes qui*

11 Bendré-Hebdomadaire d'information et de réflexion-N° 650 du lundi 4 juillet 2011

ont abouti à l'accalmie ; sinon c'était l'anarchie totale ; d'autant ils étaient nombreux, ce qui trouvaient juste la revendication des militaires » (Entretien du 28 Nov.13)

Un autre renchérit :

«Nous avons été sollicité dans le cadre des résolutions de la situation que tout le monde a connu en 2011, à dire ce que nous pensons ; à faire des propositions de réformes politiques ; nous sommes réunis, nous avons produit un document et c'est en cela que nous avons été membre du conseil consultatif pour les reformes politiques. C'est en cela, que nous sommes membres du comité de suivi de mise en œuvre des décisions consensuelles ; nous avons été sollicités en tant que maillon et segment de la société » (Entretien du 27 Nov.13)

Tirant profit de cette expérience des élites âgées dans la résolution des crises, le Président du Faso, dans son discours du nouvel an de 2012, revient sur la nécessité d'organiser des espaces d'échanges avec la jeunesse. Il écrit :

«La participation accrue et enthousiaste de la jeunesse aux chantiers de développement, est un gage certain pour façonner avec sérénité notre destin commun. C'est pourquoi, il nous importe d'assumer notre responsabilité dans leur éducation, leur formation professionnelle et d'organiser des cadres de partage d'expériences articulés autour des personnes de troisième âge, qui incarnent nos valeurs humaines et sociales les plus élevées » (Extrait du discours du Président du Faso, 31 décembre 2011)

A ce niveau d'analyse, les « nin-kêemse » et les « pug gnãse » occupent de manière forte les sphères de décision dans l'espace politique. Les aînés seraient dotés d'une force magico-religieuse sur laquelle ils s'appuient pour exercer leur pouvoir dans la résolution des conflits. C'est ainsi que la vie politique est rythmée par la consultation des élites âgées pour construire à la paix sociale jusqu'à l'échelle du quartier. Par exemple, lors des manifestations de rue qui ont accompagné le déguerpissement des habitants du centre-ville vers la « trame d'accueil de Ouaga 2000», l'iman Bangré Saidou, chef religieux devient le coordonnateur des résidents (Le Bris et Biehler, 2010). La nouveauté est l'utilisation des aînés comme des représentants de la tradition à même d'apporter des solutions aux problèmes contemporains (Gosselin, 2012).

L'intégration politique des «nin-kêemse » et les «pug gnãse » dans le processus de la prise de décision prennent la forme d'une modalité de conquête et de conservation du pouvoir politique. Cette stratégie est la source d'une certaine dévalorisation de la chefferie aux yeux de la jeunesse qui aspire à une alternance

démocratique. C'est ce que je vais développer à partir d'une ethnographie d'un jeu de pétanque. Le lieu du jeu est un espace de libération de la parole politique.

3. Vers une crise de l'autorité coutumière ?

Le club de pétanque est situé dans l'enceinte d'une école primaire sur un terrain de football d'un club de la ville. Bien clôturé par un haut mur, cet espace de football est également utilisé par les élèves des lycées environnants pour l'éducation physique et sportive appelée couramment « EPS ». Aussi, rencontre-t-on vers seize heures une file d'élèves, faisant la gymnastique à même le sol, ou courant le long du pourtour du terrain. Dans cet espace isolé du bruit de la ville, une petite surface située sous l'ombre des *neem*, il y a un club informel de pétanque. Quotidiennement quelques trente personnes se retrouvent pour le jeu. Depuis environ trois ans et de façon régulière, vers seize heures, les habitués « du coin » viennent des quartiers périphériques pour voir ou pour jouer à la pétanque. Les joueurs traduisent une certaine diversité de la population urbaine. En plus de Naaba que j'ai décrit plus haut, je m'arrête sur quelques figures.

« *Ladji* », un commerçant de 69 ans, toujours habillé en boubou. Il se déplace avec une moto « Mat », qui à la vue de la peinture montre qu'elle a pris de l'âge. Marié à trois femmes, dont la plus jeune a moins de trente ans, il vit dans une grande famille avec de nombreux enfants. Sa cour est ce qu'il y a de plus ordinaire dans les vieux quartiers centraux. Sa maison de trois chambres, localisée au fond de la cours fait face aux deux maisonnettes, construites respectivement sur chacun des deux murs mitoyens latéraux. La seconde et la jeune épouse occupent chacune une chambre dans la maison de « *Ladji* ». L'aînée dort dans une des maisonnettes. Sur le terrain de pétanque, il ne joue pas, il regarde et autour de 18 heures, il dirige la prière du soir au terrain.

Ensuite, un déflaté du programme d'ajustement structurel, âgé de 67 ans qui a réussi sa reconversion dans le commerce de céréales dans un marché de la place et surnommé « *Gbagbo* » dans l'équipe de pétanque. Il doit son surnom du fait qu'il est un fervent supporteur de l'ancien président de la Côte d'Ivoire, actuellement détenu à la Haye pour crime contre l'humanité. Il est marié à deux femmes âgées respectivement de 59 ans et de 61 ans. Il a douze enfants, dont trois sont toujours

scolarisés au lycée. Il était chauffeur à « *Fasoyaar* », une société nationale de commerce général. En 1996, il est mis à la retraite anticipée à l'issue de la privatisation des sociétés. Il reçoit une compensation financière, équivalent à deux ans de salaire. Avec « sa prime de licenciement », il s'investit dans le commerce de céréales, de haricots, et maïs. Durant les deux premières années de sa retraite, il vit des conditions sociales et économiques très difficiles. Ce n'est que plus tard, qu'avec l'essor de ses activités commerciales que son niveau de vie s'est amélioré. Se déplaçant avec une motocyclette de marque « *Yamaha Y B 100* » réputée résistante pour transporter des grosses marchandises, il vient tous les soirs vers 16 heures assister au jeu de pétanque et voir les joueurs de son club. Il me dit qu'il est un supporter de « Union sportive de Ouagadougou » (un club de football) depuis plus de trente ans. Dès qu'il arrive, il s'assoit sur le long banc avec les autres personnes de son âge. Avec le « *programme* » à la main, ils discutent du pari mutuel urbain (PMUB), un jeu très prisé par les personnes âgées, en l'occurrence les retraités. Dans les kiosques PMUB, elles passent leur temps. De temps en temps, le déflaté se lève, rejoint le groupe de jeux, et revient s'asseoir. Le 16 octobre 2013, il est absent du groupe. Le lendemain, quand il arrive, à peine descendu de sa moto, il se met à expliquer la raison de son absence. Un de ses voisins serait mort, et en tant que « nin-kêema » du quartier, il est resté pour les cérémonies funéraires.

Pour terminer, un jeune retraité du ministère de l'agriculteur participe régulièrement à la vie du groupe. Il vient de prendre sa retraite à la fin de l'année 2012. Ancien joueur du club, il est moins bavard et préfère être dans le groupe des jeunes que dans celui des aînés. Il roule avec une motocyclette de marque « JC », considérée comme une moto à la mode, bien prisée du reste par les jeunes. Toujours en pantalon et chemise, il est de petite taille, très svelte. Il joue régulièrement à la pétanque et son partenaire préféré est un jeune, instituteur qu'on appelle « *karamsaba* ».

Parmi les jeunes joueurs, en plus de l'instituteur, il y a un jeune mécanicien surnommé « *Dadis* » âgé d'une trentaine d'années ; il est très bouillant, discute tout le temps tant qu'il ne tient pas une boule dans sa main. En plus, il y a un jeune d'environ vingt-cinq ans, qu'on appelle affectueusement le « pasteur ». Il ne vient que les fins de semaine (vendredi, jusqu'à dimanche). A eux trois, ils incarnent une

certaine figure de la jeunesse de la société urbaine. Un fonctionnaire, un travailleur du secteur informel et un jeune religieux.

En ce jour du 20 octobre 2013, quelques vingt joueurs sont réunis pour le jeu de pétanque. La constitution des équipes de trois joueurs se fait selon l'ordre d'arrivée, indépendamment de l'âge. Chaque joueur dispose de trois boules. Le reste du groupe suit la direction du cochonnet ; une personne tient un mètre métallique pour les mesures de vérification. L'équipe perdante est remplacée automatiquement par une autre. Quand un joueur a soif, il envoie un plus jeune chercher de l'eau dans le logement de l'instituteur de l'école. L'ambiance est rieuse et joyeuse. *Naaba* que je présente plus haut rit aux éclats ; quand son équipe perd, il va s'asseoir avec les autres ainés sur un banc. A un moment donné, une dispute naît entre les joueurs parce que « *karamsaba* » (l'instituteur), un jeune enseignant d'une école primaire ne veut pas respecter l'ordre de passage. Les autres joueurs refusent et les voix montent. *Ladji,* avec une barbe blanche intervient : il explique l'intérêt de respecter l'ordre et l'organisation du jeu. Le calme revient ; l'instituteur obéit. Demain encore, le groupe se réunira pour jouer et discuter de la vie de la cité.

Le 22 octobre, la composition du groupe n'a pas sensiblement changé ; les joueurs habituels sont réunis. Comme à l'accoutumée, le lieu du jeu est l'espace où se diffusent les rumeurs de la ville. Ce jour, un jeune raconte l'histoire d'un double assassinat : après avoir agressé mortellement un homme, un jeune malade mental aurait été à son tour tué par la population. Un autre jeune parle d'un homme qui se serait pendu dans la cour d'un service. Ces rumeurs qui prennent leurs sources des radios communautaires sont unanimement écoutées et commentées par les jeunes et les « nin-kêemse». Les divergences naissent entre ces deux catégories d'individus sur les sujets de politique. L'incident est né d'une discussion sur la construction d'un nouvel échangeur. Un jeune tente de donner l'emplacement du nouvel échangeur ; il s'abaisse au sol et utilise une brindille pour schématiser le lieu. Un « nin-kêema » s'approche et lui raconte que c'est grâce au Président Blaise Compaoré que la capitale Ouagadougou se construit. L'ainé fustige la jeunesse qui revendique le changement de président. Le débat devient houleux entre les ainés et les jeunes. Un jeune s'approche de *naaba* et lui reproche le soutien de la chefferie traditionnelle au pouvoir. Celui-ci garde son calme et reste silencieux. Les voix

montent entre une partie des aînés qui argumentent la nécessité du Président Blaise de rester au pouvoir jusqu'à sa mort et les jeunes qui défendent une vraie démocratie en citant les exemples de pays qui nous entourent. Pendant un court instant, le jeu s'est arrêté et les discussions se cristallisent autour du politique jusqu'au moment de la prière du soir. Un groupe de joueurs avec à sa tête *Ladji* se détache pour faire leurs ablutions pour la prière. Les uns vont dans le champ de maïs, les autres utilisent les toilettes de l'école. Quelques minutes plus tard, les jeunes et les « nin-kêemse » sont réunis sur les nattes entrain de prier. *Naaba* ne participe pas à la prière ; il démarre son véhicule et retourne chez lui. Après la prière, le groupe se disloque : les uns en moto, les autres à pieds. On range les boules dans un sac de riz et on le dépose chez l'instituteur. Il est bientôt dix-neuf heures.

Cette discussion porte sur la coutume, comme un enjeu politique dans les sociétés démocratiques. Les discours contradictoires entre les jeunes et les anciens dans cet espace de jeu montrent que l'individualisation économique et l'individualisation juridique qui ont accompagné la démocratisation ont affecté les formes multiples et diverses de droit coutumier (Bouju, 2004). Pour les ainés, le « naam émane d'un principe divin de nature céleste» (Izard, 1985 : 78). De ce fait, le chef est le personnage central de la vie politique et sociale chez les *moose*. Pour se faire comprendre, il importe de rappeler quelques traits de l'organisation politique de la société pré coloniale à partir des travaux de Michel Izard dans le royaume du Yatenga. C'est un système pyramidal ayant au sommet le *ringu* (roi central) et en bas des chefs locaux (Nakombse). Le *naaba* (chef) se caractérise par trois éléments : le naam (pouvoir), le commandement (solem) et le fait de commander (so). Le *naam* se transmet de *naaba* à *naabiga* (prince). Pour réduire les luttes fratricides pour la conquête du pouvoir, le roi crée pour les fils des commandements nouveaux (*solem*) ; ceux-ci deviennent des *naam* périphériques mais ils sont subordonnés au *naam* central (Izard, 2003).

Ces royaumes fonctionnaient selon les codes coutumiers. L'analyse du « *dogo odu* », la coutume Dogon montre que celle-ci est un « repertoire très général de normes, tant juridiques que morales » (Bouju, 2004 : 126). Elle a pour finalité de préserver la solidarité entre les membres de la communauté en assurant l'ordre, la paix des relations humaines (Ibid., 2004). C'est pourquoi, la rhétorique de la paix

sociale apparait dans les discours politiques du Président Blaise Compaoré. Pour ce faire, les anciens sont perçus comme des faiseurs de paix, source de stabilité politique. Il y a une forme de continuité puisque le droit coutumier demeure un enjeu politique pour « les prétendants au pouvoir » (Ibid., p.130). C'est ainsi que les élites politiques modernes transposent le modèle traditionnel du pouvoir à la gestion du pouvoir dans le système démocratique. Le comportement électoral des élites coutumières s'inscrit dans les mêmes logiques de captation des ressources de l'Etat. En 2001, cinquante-six députés sur cent onze étaient directement liés au pouvoir traditionnel (Hilger et Loada, 2013). La «monarchisation et à la mossification du régime » (Ibid., p.201) de Blaise Compaoré se traduisant dans les prestations publiques qui « intègrent des rituels moose » (Ibid. p., 201). L'absence d'alternative de transmission du pouvoir dans un processus démocratique n'est pas fermée aux seuls partis de l'opposition (Hilgers et Mazzocchetti, 2010), elle l'est également au sein du parti majoritaire. Blaise organise son pouvoir à l'image du « *ringu* » (le pouvoir central moose). Il procède à une distribution du pouvoir comme dans le royaume traditionnel en transformant les « *nakombse* » (celui qui n'a pas le pouvoir) en des « *naaba* » (chefs locaux) périphériques. Ainsi à chaque élection, il procède à un renouvellement des chefs périphériques, comme cela se faisait au cours de chaque génération de dévolution du pouvoir royal. Par ce mécanisme de roulement du personnel politique, il se maintient au pouvoir en éloignant progressivement du cercle du pouvoir les prétendants. Ceux-ci deviennent des « *talse* » (gens du commun) politique mais conservent leur statut « big men » sur le terrain économique. Cependant, en milieu urbain « le rôle ambigu des pouvoirs coutumiers, de leur soutien indéfectible au régime contribue à éroder leur influence » (Ibid. p. 2013). Les contestations violentes ont conduit à la chute du régime de Blaise. Est-ce le temps de la jeunesse ?

4. La chute du régime: le renforcement du pouvoir des ainés

Le rapport du collège des sages a suggéré la limitation des mandats présidentiels. Cette recommandation est mise en œuvre à travers une loi en 2000. Mais, en 2010 le parti du Congrès pour la démocratie et le progrès (CDP) au pouvoir juge cette « loi anti-démocratique ». Il remet en cause la parole sacrée des aînés dans un contexte d'une gouvernance décriée par les jeunes. Des personnes ressources, des élites vieillissantes comme l'ancien ministre et président du conseil supérieur de l'information, Adama Fofana, au cours d'un entretien dans la presse[12] dit ceci : *« plaise à Dieu que la confiance nourrie par Ablassé [un opposant politique] envers Blaise de l'éloigner de toute tentation de révision de l'article 37 […] j'exprime mon étonnement et mon agacement devant la récurrence de la modification de cet article depuis 1997, puis en 2000 et peut-être en 2015. Au total, même si une modification intervenait avec le déverrouillage de la durée du mandat présidentiel, l'élégance suprême consisterait pour le président Compaoré, à ne pas en jouir et à le laisser pour l'avenir* ». Au fil du temps, la tension politique devient vive. L'opposition multiplie des marches auxquelles, le parti au pouvoir répond par des contremarches. Le concept de « *recto-verso* » pour traduire la capacité de remplir des stades de partisans de chaque camp politique apparait dans le vocabulaire politique. L'ancien président Jean-Baptiste Ouédraogo, l'Iman Sanou, tous anciens membres du collège des sages en vie avec d'autres dignitaires religieux (archevêque Paul Ouédraogo de Bobo-Dioulasso, Pasteur Samuel Yaméogo) s'autosaisissent du problème et proposent leur médiation entre l'opposition et le parti au pouvoir pour une transition démocratique apaisée. Ce groupe composé de « nin-kêemse » et « pug gnãse » recommande de ne pas procéder à une modification de l'article pour donner au président Blaise une *« sortie d'honneur* » du pouvoir. Même si l'opposition admet la légalité de la modification de la constitution, elle récuse sa légitimité politique parce que Blaise n'aurait pas respecté le consensus national, en l'occurrence la parole sacrée des anciens.

12 Ly Abdoulaye, mutations N°25 du 15 mars 2013. Bimensuel burkinabè paraissant le 1er et le 15 du mois

Le 30 et le 31 octobre, la jeunesse est dans la rue. Les rancœurs accumulées pendant une décennie qui n'arrivaient pas à trouver un lieu d'expression explosent (Mazzocchetti, 2009). En effet, deux générations de jeunes (programmes d'ajustement et pionniers de la révolution) se sentent mises en marge « d'une vie réussie, la réussite étant de plus en plus associée à la possession de biens et d'argents » (Ibid. p.93). L'insurrection populaire fait chuter le régime de Blaise après 27 ans de pouvoir. Alors que l'on pouvait s'attendre à trouver un jeune au pouvoir, parmi les trois candidats proposés à la présidence de la transition, figurent deux retraités (Michel Kafando et Joséphine Ouédraogo) et un journaliste en activité (Sy Chériff Moumina). Le représentant de l'Union Africaine pour le Burkina après le choix de Michel Kafando comme président de transition dit « *le sage est la tête du pays ; la jeunesse se situe dans l'esprit et je pense que le Président Kafando a la jeunesse dans son esprit et il saura parler à la jeunesse* ». Surnommé « *M ba Michel* » (litt. Expression de reconnaissance de l'aînesse) par la presse locale, plus que jamais, les ainés occupent une place importante dans le jeu politique.

C'est dans ce sens qu'il faut comprendre le conflit de succession entre Émile Paré et Professeur Joseph Ky Zerbo au sein du parti politique : le Parti pour la Démocratie et le Progrès (PDP). Le Professeur Joseph, né en 1922 est président de ce parti depuis 1994. En 2002, Émile Paré né en 1958, un jeune membre influent du parti estime que le temps de passation de la gestion du parti à une jeune génération est arrivé. S'engage un bras de fer entre les deux. Pour justifier son refus d'alternance au sein du parti, le professeur aurait dit « *le vieillard assis voit plus loin que le jeune debout* ». Finalement, en 2005, il cède la succession à une autre personne de la même génération : le professeur Lankoandé Ali, né en 1930. Le sigle du parti PDP/PS est caricaturé alors par le journal satirique « JJ » du « parti des papys parfaitement séniles » (Gosselin, 2012). Se pose alors l'épineuse question de l'équilibre du pouvoir entre les générations dans un contexte de vieillissement du pouvoir. Les élites actuelles ont la soixantaine et veulent gouverner 75% de la population qui a moins de cinquante ans (Hilger et Loada, 2013). Ce débat qui dépasse le cadre du Burkina Faso semble s'inscrire comme une lutte intergénérationnelle dont les exemples sont le printemps arabe, les protestations sur l'âge électif du président sénégalais Abdoulaye Wade. Cette situation appelle à une

réflexion sur les droits politiques, aux rôles des aînés dans la société. Il s'agit poser le débat public sur l'âge et le pouvoir sous la forme des revendications citoyennes d'une catégorie de la population, numériquement faible, mais qui a un poids politique.

5. Peut-on parler d'un pouvoir gris au Burkina Faso ?

Le concept de pouvoir gris conçu pour penser l'expérience de la vieillesse dans les pays industrialisée ne résiste donc pas à l'épreuve anthropologique des sociétés africaines. Les conditions de vie difficile et leur faible poids numérique (Viriot Durandal, 2003) font que la nature de leur pouvoir n'est pas comparable à celle des plus âgés dans les sociétés du nord

Le concept de « pouvoir gris » est apparu autour des années 1980. Il désigne « l'expression d'un niveau de ressource politique des retraités et de son instrumentalisation dans les processus de décision politique » (Viriot Durandal, 2003 : 4). L'image de la coloration du pouvoir fait « référence à la marque du temps [et] entretient une certaine opacité dans la définition des contours de la population qu'il recouvre » (ibid., p.6). L'histoire de la construction de cette catégorie politique est à relier aux multiples revendications des retraités dans l'espace public et à leur capacité d'influencer les élections politiques. Après avoir fait de nombreux travaux comparatifs sur ce concept en Amérique et en Europe, l'auteur va élargir le sens de cette notion pour prendre en compte « l'ensemble des ressources mobilisées par les [personnes âgées et/ou retraitées] individuellement ou collectivement dans les relations micro, méso et macrosociales pour agir sur leur environnement politique, économique, social, médiatique et culturel» (Viriot Durandal, 2012 : 7). Dans quelle mesure, ce concept est-il transposable dans les sociétés du sud ?

La prise en charge de la vieillesse, se doit d'être orientée vers le renforcement de la capacité des institutions à organiser une prise en charge des plus âgés. Dans cette perspective, le pouvoir est un instrument d'interaction entre les composantes d'un système social dont la fonction est de favoriser l'intégration et de l'adaptation des individus à leur milieu de vie (Abélès, 2005). Les enjeux associés au pouvoir apparaissent clairement dans le processus de construction des problèmes publics (Olivier de Sardan, 1995). Le pouvoir apparait comme la source

et la sous-jacente de l'émergence et de la mise sous agenda d'un problème public. L'intérêt du pouvoir dans les rapports politiques est de comprendre si les acteurs disposent de capacité à contrôler les décisions qui leur permettent de satisfaire leurs propres préférences. Citant Lemieux, Ride écrit que c'est par « l'exercice du pouvoir que se réalisent ou non les politiques publiques» (Ridde, 2007 : 97). Le pouvoir est défini comme un élément « fondamental de tout processus décisionnel en tant que sous-système politique et du sous-système économique » (Abélès, 2005 : 58). En d'autres termes, le pouvoir est un instrument d'interaction entre les composantes d'un système social dont la fonction est de favoriser l'intégration et de l'adaptation des individus et des groupes sociaux à leur milieu de vie. Cependant, l'auteur reconnaît la nature conflictuelle du pouvoir, comme une ressource dans les rapports quotidiens. Pour Abelès, ils relèvent de deux ordres. D'abord, les contraintes et les dysfonctionnements des institutions politiques qui sont incapables de répondre de manière adéquate aux demandes sociales (ou inputs) des individus. Ceux-ci sont de plus en plus insatisfaits de constater que leurs demandes seront filtrées, sélectionnées. Les «nin-kêemse » et les «pug gnãse » ont-ils le pouvoir pour influencer les politiques publiques en leur faveur ?

Les rôles politiques des leaders se limitent à une occupation des sphères de décision. La question du pouvoir des ainés est abordée dans la sphère publique à partir de leur implication dans les résolutions des crises politiques. Dans ce cas, il me semble difficile de parler de l'émergence d'un pouvoir gris. En effet, les retraités qui sont à l'avant-garde des revendications ne sont pas représentatifs de l'ensemble des personnes vieillissantes. Dans ce sens, ils n'ont pas un pouvoir lié au nombre qui ferrait d'eux un poids électoral (Viriot Durandal, 2003). Cependant les groupes stratégiques, qui formulent les actions publiques ne peuvent ignorer « les ressources de ceux qui portent et relaient » (Hassenteufel, 2010 : 53) les problèmes des personnes vieillissantes afin de se conformer aux valeurs dominantes attribuées à la personne âgée dans les discours politiques.

Comparativement aux pays occidentaux, où l'émergence d'un pouvoir gris a favorisé des reformes essentielles dans les politiques sociales (Viriot Durandal, 2003), la contribution des associations de personnes âgées à des innovations sociales est marginale. Les retraités sont réprésentés dans le conseil

d'administration des caisses de prévoyance sociale (CNSS et CARFO) en tant qu'« observateurs » et non en tant que « membres à part entière ». Tandis que les derniers contrôlent le fonctionnement de toutes les commissions (contrôle interne, recouvrement, permanente) les observateurs sont seulement informés de la vie des commissions. C'est ainsi, qu'un ancien réprésentant au conseil d'administration déplore le fait que leurs avis ne sont pas suffisamment pris en compte lors des réunions des conseils d'administration :

> *« Je pense que nos requêtes ne sont pas suffisamment prises en comptes ; Nous ne sommes pas intégrés dans les différentes commissions qui composent le conseil d'administration. Pourtant, on aurait pu avoir notre mot à dire si on était dans ces commissions ; par exemple, la commission permanente ; c'est elle qui gère les problèmes ; alors que c'est souvent des problèmes importants, qui engagent la vie des retraités. Le contrôle interne a pour objet de voir toutes les étapes du fonctionnement de la maison ; là aussi on aurait notre mot à dire ; ce qui était intéressant. Si on était un membre à part entière, si on pose nos problèmes, ça ne sera pas vu sous le même angle qu'un simple observateur. Notre souhait est qu'on est plus de considérations » (retraité, ancien membre du conseil d'administration de la CNSS).*

Toutefois, les retraités ont réussi avec d'autres acteurs de défense des droits de l'homme à une émergence complète de la question du vieillissement dans l'espace politique (chapitre 9). L'émergence complète s'oppose à une émergence achevée. Elle est complète quand le champ politique se met en action et que le débat public s'instaure entre les décideurs politiques et les acteurs sociaux. Par contre, elle n'est pas achevée parce que le vieillissement ne semble pas pas encore être un enjeu politique (Fabre, 1992) et social puisque la majorité (non pensionnés) est toujours exclue des programmes publics.

C'est ainsi que les conditions d'existence des personnes vieillissantes sont marquées par une insécurité sociale et spirituelle, par une diversité de privations (chapitre 1. p.74). Cette réalité quotidienne est masquée par l'usage des indicateurs démographiques, par la pluralité des définitions de la « personne âgée » et par une analyse structuro-fonctionnaliste de la vieillesse. Au « ras du sol », la pauvreté constitue la toile de fond commune d'une situation collective au sein de la population âgée. Certes tous les acteurs ne sont pas exposés au même degré, et tous ne disposent pas d'atouts semblables pour résister aux chocs. Les ressources varient en fonction de leur parcours professionnel et leur histoire de vie qui participent à distribuer des positions sociales différentes. Une élite de «nin-kêemse » et des « pug

gnãse » parvient à s'enrichir en tirant avantage d'une position de pouvoir, d'un monopole économique ou d'un niveau d'éducation supérieur à la moyenne. Alors que d'autres se trouvent enfermer dans un cycle d'appauvrissement difficilement réversible. Quelques-uns parviennent à mobiliser des ressources de leur environnement pour faire face à l'incertitude quotidienne. Aujourd'hui le blocage des jeunes fait que la logique de la dette ne fonctionne plus systématiquement, et elle s'est accompagnée d'une difficile émergence de la sphère privée (Mbembé, 2012). Cette situation brouille les relations d'entraide. Certes, le jeu des solidarités familiales peut masquer ou atténuer les difficultés pour un temps court, mais elles finissent par se manifester dans une situation chronique surtout à l'endroit des femmes qui représentent une frange importante des plus âgés. Dans ce contexte, comment les familles organisent-elles la prise en charge des parents âgés ?

DEUXIÈME PARTIE

VIEILLIR EN FAMILLE : PARCOURS DE VIE ET CARE DOMESTIQUE

La « modernité insécurisée » dans laquelle, vivent les « nin-kêemse » et les « pug gnãse » fabrique des vieillesses hétérogènes. Il s'agira dans cette deuxième partie de la thèse de décrire cette expérience du vieillir en les articulant aux différentes formes de prise en charge familiale. Qui s'occupe des parents âgés ? Comment sont-ils pris en charge ? Comment se prennent-ils en charge ?

Appréhender l'expérience ordinaire du vieillir suppose qu'on devrait inscrire le parcours de vie à l'intersection de trois temporalités. D'abord le temps biologique renvoie à l'âge de l'individu qui est appréhendé comme un sujet en développement. Ensuite, le passé de l'individu qui est le produit du contexte de vie. Enfin, le présent résulte de l'auto-interprétation du sujet-acteur (Gastron et al, 2013). Pour ce faire, il importe d'étudier des vies individuelles en les inscrivant dans un horizon d'intelligence élargie sans abolir la spécificité de chaque expérience (Martucelli, 2010). Il s'agit de saisir le rapport à soi, c'est-à-dire la reconnaissance de soi « comme quelqu'un, différent des autres, porteur d'une forme plurielle d'unicité et d'unité » (Martucelli, 2010 : 51). Ce n'est pas alors « l'originalité mais la singularité, l'affirmation d'être quelqu'un d'autre» (Ibid., p.52). A ce titre, le paradigme du parcours de vie qui s'intéresse au « déroulement des vies humaines dans leur extension temporelle et dans leur cadrage socio-historique » (Gastron et al, 2013 : 64) permet de comprendre les itinéraires vécus.

Les travaux de Berger et de Luckman sur la socialisation secondaire sont d'un intérêt pertinent pour appréhender les expériences du vieillir inscrites dans des trajectoires individuelles. La vie quotidienne est faite de routines et de crises (Berger et Luckman, 2003) qui s'intègrent à la fois dans une dimension spatiale et dans une dimension temporelle. Les routines relèvent des activités de care qui se font au quotidien en faveur des personnes âgées. Par contre les crises renvoient aux différents évènements qui engendrent des ruptures biographiques. Les routines et les crises fabriquent une biographie et sont déterminées par la place de l'individu à l'intérieur d'une histoire familiale.

Aussi est-il important d'analyser le jeu stratégique des individus placés dans des situations de contraintes matérielles et économiques (Weber, 2013). C'est pourquoi, l'auteure accorde une importance aux pratiques de la parenté quotidienne. Celle-ci est définie comme « les liens crées par le partage de la vie

quotidienne et de l'économie domestique dans leurs dimensions matérielles (co-résidence, tâches domestiques) et affectives (partage du travail, soins donnés et reçus)» (Ibid., p.35). N'étant pas fondée sur une loi mais sur le partage, la parenté quotidienne permet de décrire les solidarités familiales à l'œuvre dans la prise en charge des personnes âgées (Ibid. 2013). L'apport de la parenté quotidienne pour saisir les expériences de vieillir est qu'elle permet de comprendre le décalage entre les obligations légales et les pratiques des acteurs engagés dans le care domestique.

C'est pourquoi que je me suis inscrit dans une « ethnographie des cas exceptionnels » (Weber, 2013 : 34). Les cas n'ont pas pour ambition de conduire à une généralisation des conditions sociales des « nin-kêemse » et des « pug gnãse» vivant à Ouagadougou. Ils sont choisis pour leur exemplarité et en ce sens qu'ils permettent de dépasser la dichotomie pauvres riches et la dualité exclu/inclus dans l'analyse des inégalités. A ce titre, ils appréhendent les processus de production de la vulnérabilité et de la souffrance sociale (Fassin, 2010). Ces cas concrets sont des histoires intelligibles par elles-mêmes ; mais ils sont nourris de fragments de récits de vie d'autres individus âgés rencontrés dans le milieu afin de saisir la cohérence structurelle de la société urbaine.

Les cas exceptionnels appartiennent à des configurations familiales. Pour saisir l'expérience de vieillir dans le cadre des mobilités résidentielles je choisis de traiter le cas particulier des changements résidentiels consécutifs aux expropriations des habitats, communément appelées les déguerpissements. Cette discussion permet de penser la vieillesse à travers l'espace en l'articulant à l'histoire des politiques urbaines. Comment s'organise au quotidien la prise en charge en cas de changement subi de domicile ? Comment fonctionnent les solidarités familiales quand les enfants profitent de ce déguerpissement pour s'installer dans d'autres localités ?

La deuxième configuration concerne les vieillesses immigrées. Les migrations de retour à la vieillesse sont de plus en plus nombreuses depuis la guerre civile de la Côte d'Ivoire. Comment les sujets vieillissants de retour de migration luttent-ils pour s'intégrer dans les réseaux de sociabilité familiale et lignagère ? Comment choisissent-ils leur résidence ? Quel est le rôle des enfants dans ce choix ?

La troisième s’intéresse au grand-âge à savoir les conditions d’existence du «nin-kεεm-kʊdre» (litt. Vieillard très âgé). Comment le grand-âge est-t-il vécu par la personne âgée et par son entourage ? Quelles contraintes les familles rencontrent-elles dans la prise en charge de ces cas inédits?

Je termine les études de cas, par la figure de la vieillesse active. L’expérience de vieillir en famille doit être articulée à la préoccupation plus globale de l'autonomie de la personne âgée au travers des descriptions des activités économiques, des définitions de soi, des rôles familiaux et des pratiques d’esthétisation.

Chapitre 4 : Les mobilités résidentielles

Pour Jean-Baptiste octogénaire, le déguerpissement est le dernier de ses soucis. « Je vous dis, mon fils, je ne suis pas prêt à quitter cet endroit qui m'a été attribué, en 1967, par le Ouidi-Naaba, aujourd'hui décédé », a indiqué le vieux Romuald d'un ton catégorique. Et de préciser que la zone lui porte chance, du fait que depuis qu'il y vit, il n'a jamais rencontré de problème, preuve que c'est un bon endroit. Le dédommagement, selon lui, est sans importance du moment qu'il n'y a jamais eu, à son avis, « une somme confortable ». « Même si on vient à me proposer 20 milliards de FCFA, d'un moment à l'autre, cette somme va finir », a-t-il soutenu. (...) « C'est une question de bien-être. Aller jusqu'à nous isoler, cela nous conduira à la dépression et à la mort certaine. Donc, il faut que nos autorités songent à bien faire les choses et je sais qu'elles en sont capables », a signifié le retraité, Joseph Compaoré. « Ce qui est encore navrant dans tout ça, c'est qu'on va te déplacer de ta parcelle de 950m2 pour un lopin de 200 à 250 m2 », a ajouté un des fils vieux Ilboudo. M. Ilboudo préconise que l'Etat prenne le soin de bien aménager les barrages et le réseau de canalisation au lieu de chercher à faire partir les gens, « car au bord de l'eau, sinon même de la mer, la vie est aussi possible ».

L'extrait du quotidien gouvernemental « *Sidwaya*[13]» en date du 30 Août 2013 a traité du projet de déménagement des riverains des barrages de la capitale. La question de la mobilité résidentielle est un problème d'une brûlante actualité. Leurs formes et leurs modalités sont très diverses. En d'autres termes, les changements de résidence de convenance ou de confort lorsqu'une personne quitte un logement moins qualifié pour un autre plus confortable. Cette pratique se remarque dans les spéculations foncières. Un résident vend sa cour, construite en banco, mais bien située sur une grande rue pour aller s'acheter ou se bâtir une nouvelle villa dans un quartier périphérique. La seconde modalité est le retour définitif au village d'origine à la retraite. Enfin, la bi-résidence entre le milieu rural et urbain concerne généralement les retraités pour de multiples raisons. Les mobilités résidentielles, dont il est question ici, portent d'abord sur le changement de résidence subi, forcé du fait de la mise en œuvre d'une politique publique et enfin sur les instabilités résidentielles après le retour au pays natal.

Le concept d'intégration locale (*place integration*), utilisé en gérontologie environnementale (Johansson et al, 2009), rend compte de l'expérience territoriale du vieillir. En effet, le lieu de vie doit être compris comme un territoire intégré sur le plan socioculturel et physique qui change continuellement (Ibid, 2009). Pour ce

13 http://www.lefaso.net/spip.php?article55674 [consulté le 30 Août 2013]

faire, les expériences du vieillir vont être façonnées par les nouvelles situations auxquelles les individus vont rencontrer. Le changement de la place d'un sujet peut conduire à « une désintégration des liens familiaux, une situation indéterminée produisant des problèmes ou à l'émergence d'opportunités qui stimulent des idées créatives et des actions pour restaurer l'intégration » (Ibid., p.51). A ce titre, l'intégration locale se doit d'être décrite comme une « spirale de transactions de nouvelles situations, et non comme un processus linéaire dont les causes et les conséquences suivent un modèle unidirectionnel » (Ibid., p. 51). Penser alors la vieillesse à partir du territoire implique de comprendre les dynamiques de l'espace urbain, les modifications des relations familiales et l'accès aux services publics de la ville.

A partir des cas ethnographiques, je cherche à rendre compte de la trajectoire individuelle après un changement de résidence. C'est moins pour témoigner de son originalité que pour souligner l'exemplarité des mobilités: exemplarité de désaffiliation sociale, de déclassement, de conflits avec la famille lignagère mais surtout l'exemplarité de la réinvention d'une nouvelle identité à la vieillesse. C'est ainsi je propose de discuter à partir des cas concrets, d'abord de l'expérience du déguerpissement d'une femme âgée, ensuite de l'expérience de retour d'immigration à la vieillesse et enfin de l'expérience de mobilité résidentielle dans un contexte de ruptures conjugales.

Je commence alors par le cas de Sarata [ce cas a été l'objet d'un article publié dans la revue Citades] (Rouamba, 2015), que je rencontre dans la trame d'accueil. Sa situation est exemplaire de l'expérience du vieillir dans un contexte de mobilité forcée dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique urbaine violente.

1 Chronique d'un déguerpissement

L'histoire récente de la capitale du Burkina Faso donne un intérêt politique à la question des mobilités. Le premier septembre 2009, Ouagadougou se réveille avec une inondation faisant quelques 150.000 victimes. Ce drame a été l'occasion d'une mise en scène publique de la solidarité nationale. Le président du Faso, Blaise Compaoré en premier plan, devant les caméras nationales et internationales organise une cotisation financière pour assurer la prise en charge des sinistrés.

Depuis cette date, une partie de la ville, abritant les anciens quartiers comme Dapoya, Paspanga est déclarée zones submersibles et les résidents doivent être délogés pour d'autres lieux qui leur seront aménagés par la commune.

Les déguerpissements forcés ne sont pas en soi, un phénomène nouveau, puisqu'ils s'inscrivent dans une politique urbaine, dont le début remonte à la période révolutionnaire. La dernière grande expropriation de 2003 dans le cadre de la mise en œuvre du projet ZACA va occasionner l'installation des anciens résidents à la trame d'accueil de Ouaga 2000. L'objectif de ce projet vise à transformer la « vieille ville » en un centre commercial et administratif moderne afin de renforcer le pouvoir politique de la capitale (Marie, 1999). Le terme « *Zaca* » signifie en langue locale *Moore* la concession, la maisonnée. Pour ce faire, au nom de l'utilité publique, quelques 12500 individus occupant les 1600 parcelles (Biehler, 2006) des vieux quartiers de Kiedpalogo, Zangouettin, une partie de Koulouba et de Kamsaoghin (Biehler, Le Bris, 2010) sont déguerpis pour être installés définitivement dans un site d'accueil nommé « *trame d'accueil Ouaga 2000* ». L'opération de déguerpissement commence en septembre 2003 et se termine en janvier 2004. L'État rachète les terrains entre 25.000 F CFA (40€) à 50.000 F CFA (80€) le mètre carré. Les parcelles qui sont au bord d'une grande rue ont plus de valeur que celles se trouvant à l'intérieur du quartier. Le montant équivalent à la valeur de la parcelle est versé dans le compte bancaire du propriétaire direct ou d'un représentant de la famille. Les règles de partage entre les ayant-droits ou la définition d'un commun accord de l'utilisation de l'argent incombent à celui qui reçoit le chèque. Parallèlement, les habitants des anciens villages de *Lanoaga yiri* et de *Kosyam* sont à leur tour déguerpis et installés sur des parcelles nues dans le village de *Balkoui*. La plupart des déguerpis sont des autochtones ou des néo-citadins (fonctionnaires de l'administration, commerçants) installés dans cette zone au lendemain de l'indépendance de 1960. Les cours familiales implantées sur des parcelles de grandes superficies, regroupaient plusieurs générations de pères et de fils et abritaient les tombeaux familiaux des générations précédentes, et de « *zan boko*[14] » (litt. trous du placenta) de la descendance. Dans ce contexte, il importe d'interroger non seulement les conditions dans lesquelles, les mobilités sont

14 Le placenta du nouveau-né est enterré par les vieilles femmes dans un trou creusé derrière la maison du père pour marquer la paternité et l'identification à la résidence

entreprises et négociées mais également les recompositions familiales, tout comme les ruptures professionnelles et relationnelles.

Le quartier Ouaga 2000 est localisé au sud de la capitale, dans la partie correspondant à l'outre-pays. Cette zone située entre le milieu rural et le milieu urbain met à jour les nouveaux rapports entre la ville et la campagne. En effet, derrière la présidence du Faso et les grands centres commerciaux on rencontre un paysage hétérogène et continu alternant le bâti et le non bâti. Des champs d'arachides, des fermes d'élevage poussent sur cette surface englobant les anciens villages. Dans cette bande, la capitale semble ne plus avoir de frontière. Seule la présence de fontaines publiques et de l'obscurité de la nuit viennent rappeler au visiteur qu'il est toujours dans une autre partie de la ville. Les « *nouveaux riches* », terme qualifiant la nouvelle classe des riches issus du milieu politico-administratifs, de la haute hiérarchie militaire et des grands commerçants acquièrent de grandes surfaces de la terre pour des unités économiques de production agropastorale. Une véritable économie périurbaine se développe dans cet espace. Pendant la période de production de légumes et de fruits (novembre à mars), les deux routes nationales, traversant le quartier « Ouaga 2000 » sont prises d'assaut le matin de bonne heure par plusieurs vendeurs de fruits et légumes dont la majorité est constituée de femmes. Les uns en bicyclettes ou en motocyclettes, les autres en véhicules « Peugeot bâché » ou en charrettes tirées par des ânes, transportent leur marchandise vers la capitale.

En termes d'infrastructures publiques de soins, « Ouaga 2000 » est sous équipé. Un centre de santé et de promotion sociale est situé au centre du quartier. Plus loin, l'infirmerie militaire de la présidence offre des soins aux travailleurs, et à leurs parents et connaissances. L'hôpital national Blaise Compaoré « ultramoderne » est localisé dans la partie ouest du quartier. Bien que réputé pour offrir des soins de haut niveau, les habitants préfèrent se rendre toujours à l'hôpital Yalgodo Ouédraogo, malgré la distance. Il est frappant de relever la cohabitation entre une population pauvre, rurale occupant la périphérie et une classe de privilégiés résidant au centre. Témoignage de l'émergence d'une classe bourgeoise, Ouaga 2000 évoque aux yeux des pauvres de la ville le symbole de la corruption au même titre qu'un autre quartier appelé « *cité de l'impunité* ». Des anecdotes font

état de propriétaires de grosses villas qui préfèrent toujours habiter les autres quartiers pour masquer leur richesse. C'est dans la partie Est du quartier « Ouaga 2000 » que se trouve la trame d'accueil du même nom.

En ce vendredi 2011, je marche dans ce quartier, et je me souviens qu'il n'y a pas longtemps, ce lieu s'appelait « *Lanoaga-Yiri* », un village comme tant d'autres situé à la périphérie de la capitale. Localisé dans la zone C du quartier Ouaga 2000 (subdivisé en trois zones en fonction du standing de construction : zone A, zone B et zone C), la trame d'accueil est située à moins de cinq kilomètres de la présidence du Faso. Aujourd'hui, dans ce quartier la plupart des chefs de ménage sont des «nin-kêemse » et des « pug gnãse », ayant occupé des fonctions administratives (première génération de fonctionnaires) ou d'anciens notables, et commerçants du centre-ville. Dans la journée, les rues sont silencieuses puisque les jeunes qui habitent toujours avec leurs parents vont travailler au centre-ville. Les terrains inoccupés et destinés à des infrastructures publiques (réserves), sont spontanément occupés par des mosquées et des églises évangéliques. Certaines maisons d'habitation sont transformées en temples. Le marché s'est installé progressivement au milieu du quartier. Un centre de santé et de promotion sociale est également érigé pour la prise en charge sanitaire des habitants depuis le 27 février 2006. Sur le plan de la localisation géographique, deux rues principales encadrent le quartier au Nord et à l'Est (la nationale 5 et la rue 15*)*. Sur le long de la rue 15 conduisant vers l'Ambassade des Etats-Unis à Ouagadougou, se dressent des immeubles de plusieurs étages servant de services privés. Sur la même rue, se trouve le légendaire bar « *le lido bar* » accueillant une clientèle de toute catégorie sociale. Ce bar fondé en 1964 par un vendeur de glace était une simple buvette appelée « *Sougrinooma* » (litt. Le pardon est une valeur). En 1972, la buvette est transformée en bar du nom de « *lido bar* », un des premiers cabarets de la capitale et jadis localisé en centre-ville. A gauche de la route nationale N°5 communément appelée « route de Pô », se trouve le village *Guinsa*, un bidonville. Les maisons en ruine rappellent l'inondation du 1er septembre 2009, dont les citadins se souviennent. Une forte animation règne les jours de marché du village. Les gargotes de dolo (bière locale), les étalages de condiments, les restaurants de fortune, le son des tam-tams et des balafons donnent l'image d'une fête foraine à la localité. Une bâtisse en construction depuis plus de trente ans, est transformée en bar, où l'on trouve du

porc au four, un mets très prisé des ouagalais. Un peu plus à l'intérieur de la zone non lotie, l'école du village qui a résisté à l'inondation accueille des bambins venant de tous les coins. Cette partie de la « trame d'accueil » présente l'aspect d'un village. Cet espace social contraste avec les grands bâtis de l'autre côté de la voie. La boulangerie, le bar « *la capitale* » s'ouvrent sur de grandes villas et des habitats de différents standing. Le centre de formation des aveugles et mal voyants « *nongtaaba* » (litt. Aimons nous les uns les autres) est le seul vestige de l'ancien village de *Lanoaga-Yiri*. D'ailleurs, celui-ci est transformé en une auberge moderne dotée d'une connexion Wifi pour Internet, comportant une salle de formation, une piscine qui reçoit les enfants de la nouvelle classe des riches les après-midi de jeudi et les jours non ouvrables (samedi et dimanche). Contrairement aux quartiers populaires, où l'on rencontre des bars, des kiosques et un « *yaar* [marché], à l'intérieur c'est un silence et on a le sentiment d'être dans une autre ville.

C'est dans ce nouveau quartier que je fais la connaissance de Sarata, une veuve née en 1944, déguerpie après 60 ans de vie passée dans le quartier Zangouettin. De taille moyenne, de corpulence normale, elle porte les scarifications qui l'identifient au groupe ethnique *« moose »*. Elle s'habille habituellement en (boubou) communément appelé *« soutra fani »* (litt. en langue locale dioula, un habit qui cache la honte) et qui descend jusqu'aux chevilles ; un foulard sur sa tête marque son adhésion à la religion musulmane.

L'habitation de Sarata présente l'aspect d'une cour toujours en construction sur deux parcelles contiguës. Les murs ne sont pas encore enduits de ciment et laissent voir les briques en parpaing. Une retenue d'eau construite en briques pour les travaux de maçonnerie est toujours visible dans un coin de la cour. Un peu plus loin, quelques pieds de maïs, de gombo et d'oseille occupent la partie nue de la parcelle où une première entrée principale est fermée par un empilement de briques. Dans la partie construite, plusieurs bâtiments forment une habitation collective. La deuxième entrée principale est munie d'un portail de couleur rougeâtre. A l'intérieur, à droite se trouve un tas de foin pour les animaux. A gauche, se trouve la maison du fils aîné, âgé de 52 ans, un cadre de l'administration publique qui travaille dans une autre ville. La maison occupe une grande superficie, laissant présager deux ou trois chambres à l'intérieur. Dès le portail, le visiteur aperçoit les

fauteuils rembourrés, qui sont dans le salon. Un peu plus avant, se trouve une maison de dix tôles servant de magasin. Au moment de l'enquête, elle est transformée en maison d'accueil pour un jeune sans domicile. Juste au dos de cette petite maison, se trouve l'enclos des brebis. Un espace libre servant de cuisine jouxte ce dernier. Vers l'avant de la cour, se trouve un bâtiment, où est logé un couple de locataires. Une vieille voiture, de marque *Toyota* qui semble ne plus être en état de marche est déposée dans une partie de la cour. A droite de ces bâtiments, se tient la maison de Sarata. Avant d'accéder à l'intérieur, le visiteur traverse une terrasse entourée d'un muret en ciment. Cet aménagement a été fait après le retour de la Mecque pour une cérémonie d'action de grâce à Dieu, appelée le *Doua.* Elle constitue un moment de grande fête pour « remercier Dieu de l'assistance durant le pèlerinage » et également pour communier avec les parents. Elle est également une mise en scène publique d'une nouvelle nomination de la personne qui change de statut social et religieux. Sarata est appelée désormais dans la communauté « *Adja Sarata* » et elle est considérée comme une « *personne sage* ». Une grande porte métallique s'ouvre dans le salon d'où l'on voit les rideaux blancs aux deux entrées des chambres. Pas d'équipement spécial : une photo de Sarata est fixée au milieu du mur, des nattes enroulées et déposées dans un coin et une vieille table sur laquelle sont disposés des plats empilés.

Sarata vit avec ses deux belles-filles. La première, Kaditiatou, 23 ans a interrompu ses études en classe de quatrième. Elle s'occupe aujourd'hui des travaux de ménage. Mariée au troisième garçon de Sarata, le couple a une fille de deux ans. La seconde belle-fille, Samira, âgée de 22 ans a été déscolarisée dès le cours moyen. Elle gagne sa vie en vendant des habits de nourrissons. Elle est mariée au quatrième garçon de Sarata, un commerçant de vêtements au grand marché de Ouagadougou. Ce couple a un garçon de trois ans. Deux petits-enfants de son défunt fils, âgés de onze et quatorze ans sont respectivement au cours moyen et au collège. Le fils cadet, issu du second mariage de Sarata (après le décès de son mari) que je rencontre rarement à la maison vient d'échouer au baccalauréat. Un garçon d'environ vingt-cinq ans que Sarata présente comme un sans-abri qu'elle a accueilli complète les membres de la cour. Ses deux filles qui sont mariées vivent respectivement à *Goughin* (quartiers de Ouagadougou) et en « *France* » (elle est mariée à un français depuis cinq ans). Pour se rendre à *Goughin*, il faut mettre environ trente à quarante

minutes avec une motocyclette et un peu plus s'il s'agit d'un véhicule à cause de l'étroitesse des rues et le nombre de plus en plus croissant des véhicules d'occasion appelés « *au revoir la France* ». Ses deux garçons (28 ans et 26 ans) toujours célibataires vivent respectivement dans les zones non loties de *Saaba* et *Taabtinga*. Les quatre autres garçons sont mariés et trois résidents dans d'autres quartiers de la ville.

L'enfance de Sarata comme la plupart des femmes âgées de sa génération s'inscrit dans le modèle traditionnel de l'éducation de son temps. Elle est née dans une famille commerçante, polygame de trois épouses qui gèrent ensemble un restaurant familial. Un hangar fait de paille, tient lieu de restaurant au marché central appelé « *naroogho* » [La maison du roi]. A cette période les lampes à pétrole sont rares et ses « *ma-raâba* » (Litt. ses mères) utilisent des *« nonbeugo » [sabot]* pour l'éclairage de la nuit. À la place de la grande mosquée actuelle, se trouvait une boucherie et la viande se vendait à 5 F CFA le plat « *legre*[15] ». Elle est confiée à la coépouse de sa mère qui est la fille-ainée du *Moogho Naaba-Koom* pour son éducation. Elle s'occupe de faire la cuisine pour ses parents depuis son enfance. Elle me décrit avec une précision déconcertante la manière de préparer la sauce. Elle ne met pas des « *cubes Maggi* », mais seulement de la viande, du *soumbala (*assaisonnement fait à base de graine de néré[16]) et une grande quantité de légumes. Quelques fois, pour rendre la sauce plus appétissante elle met de la poudre de grains de coton. Les graines sont d'abord lavées, pilées, filtrées avant son introduction dans la sauce. Puis, elle ajoute du beurre de karité et du piment. Durant les nuits, elle n'est pas autorisée à sortir. Après le travail, c'est la lecture du coran. Aussi dit-elle : « *on se couche tôt et on se lève tôt pour aider nos mamans* ». La phase d'adolescence et l'âge du mariage se confondent. Ainsi elle n'a pas connu beaucoup de choses du monde « *douni yeela* » (litt. Problème du monde) en évoquant sa sexualité. Le mariage « précoce » était une pratique valorisée de l'époque et elle dit ceci : « *si tu as quatorze ou quinze ans, on te donne en mariage* ». Effectivement, elle est mariée à l'âge de quatorze ans à un commerçant de son quartier avec lequel elle a eu quatre enfants.

15 Plat fait en bois
16Nom scientifique : Parkia biglobosa

A cette époque, le dispensaire urbain offrait la consultation prénatale gratuitement. Au cours de cette consultation, la matrone leur donnait gracieusement de la « *nivaquine* » (un antipaludéen) dans un cornet de papier. Elle ne prenait jamais ces produits qui lui sont donnés car elle n'avait pas de grossesse compliquée. Très engagée dans son activité de commerce, elle ne respectait pas non plus les conseils de santé portant sur le repos pendant la grossesse. Elle conclut qu'en cette période, il n'y avait pas beaucoup de maladies « *comme maintenant* ».

Devenue épouse, elle poursuivit avec la restauration au marché central dans la continuité des activités commerciales de ses « *ma-raâba* » (mères) quand celles-ci avaient arrêté. Sa vie quotidienne continue à ce rythme jusqu'au décès de son mari dont elle ne se souvient pas de la date. En effet, celui-ci souffrait de drépanocytose (*kam werse* en langue *Moore*), à une époque où cette maladie était méconnue des praticiens. Après le décès de son époux, elle est donnée en mariage au petit frère de son mari, mais au bout de quelques années, elle le quitte pour « *mieux s'occuper de ses enfants* ». Aujourd'hui, elle déclare que celui-ci ne l'aidait pas et elle ironise en disant qu'elle ne « *fait qu'accoucher des enfants* ». Cette prise de liberté a un coût social. Les aides dont elle est en droit d'attendre de la famille conjugale pour l'éducation de ses enfants se tarissent et elle est obligée d'avoir recours à l'aide de son père pour supporter les charges familiales.

Afin de mieux comprendre les conditions actuelles de la femme, il convient de rappeler l'organisation familiale avant le déguerpissement. Le modèle familial s'inscrivant dans la ligne droite de l'organisation traditionnelle de la famille est fait d'un regroupement des descendants autour de l'ainé du lignage. Sarata parle d'une concession composée au minimum de trente personnes regroupées autour de quatre chefs de ménages (elle a du mal à se souvenir de tous les noms). Cette grande famille occupe un espace fait de quatre parcelles juxtaposées, donnant l'image d'un « *yiri* » (quartier) traditionnel. Dans un tel univers familial, les conflits rythment la vie quotidienne, mais le plus douloureux de ses souvenirs demeure le décès de son fils. Le partage de l'héritage paternel (décès de son mari) entre les frères consanguins a été un motif de tensions et de conflits. Aussi se plaint-elle que ses enfants n'ont pas eu de legs car le fils-aîné (enfant de sa coépouse) aurait accaparé tout l'argent de son défunt mari. Ce conflit qui date d'une vingtaine d'années est toujours vivace dans la mémoire familiale puisqu'elle raconte que ce dernier

ressentirait toujours la honte au point qu'il vient rarement lui rendre visite. Bien longtemps après le décès de son mari, elle perd en 2002 un de ses garçons, âgé de vingt-cinq ans. C'est à demi-mot que Sarata associe le décès de son fils à l'épouse de l'aîné. Celle-ci est une « *gourounsi de Pô* » (elle insiste sur le mot), perçue comme une étrangère pour son ethnie. Elle donne une description de l'état de la maladie en ces termes :

> *« Il avait maigri, il faisait la diarrhée, il était devenu (silence, elle secoue la tête)…. les autres enfants ne voulaient pas que je le vois. Et un jour, j'ai pris la décision et je me suis rendu à l'hôpital. Quand je l'ai vu, Ouh ! Je me suis évanouie » (Entretien, novembre 2011)*

La mort de ce fils se situe avant l'introduction du traitement antirétroviral dans la prise en charge du sida au Burkina. La description de la pathologie évoque le sida. Pourtant, en aucun moment de nos entretiens, Sarata n'évoque cette maladie. La profondeur de la douleur est toujours vivace (de longs silences ponctuent nos échanges) au point de remettre en surface les querelles familiales.

Le déguerpissement fait suite à une série de difficultés professionnelles qu'elle rencontre avec la modernisation du centre-ville. Tout commence avec la reconstruction du grand-marché en 1987. Elle arrête la gérance de son restaurant et change d'activités commerciales. Très combative et poussée par la nécessité de s'occuper de ses enfants, elle s'installe dans le marché de Zangouettin et se spécialise dans la vente des condiments des *ibos* « *ethnie nigériane* ».

En 2003, *« le déguerpissement est venu* » et la famille est installée à la « trame d'accueil de Ouaga 2000 ». La délocalisation s'est accompagnée d'une compensation financière pour permettre une meilleure réinstallation des habitants. Dans ce contexte, comment la vieille femme donne du sens à l'ancien quartier qui a perdu sa fonctionnalité et sa matérialité première ?

2 Zangouettin : le déracinement

Le quartier Zangouettin, renvoie au concept de *localisme,* défini comme « une tendance à centrer loisirs, relations, stratégies sociales sur la localité et les réseaux sociaux locaux » (Bozon, 1984 : 48). La particularité de ce quartier pour Sarata, est certainement la proximité du noyau familial. L'implantation durable et l'ancienneté dans cette localité participant à la fabrication d'une identité sociale s'expriment dans un réseau de solidarités locales. Le déracinement n'engendre pas seulement une crise du lien social avec les vivants mais également bouleverse les liens symboliques avec les morts. Dès lors, le déguerpissement s'accompagne de l'expérience de déracinement social, qui peut être saisie à travers la relation complexe entre les souvenirs individuels des lieux et les représentations qu'ils génèrent selon deux niveaux.

D'une part, la dimension matérielle et construite du territoire : elle questionne l'aspect esthétique du lieu qui devient une catégorie politique. Pour la femme, le bien-être au territoire se construit autour de ses activités commerciales, de l'histoire de sa famille et de ses réseaux de sociabilités. La disqualification du territoire par le pouvoir public est argumentée par le fait que la zone serait devenue un milieu insalubre, peu propice à une qualité de vie. L'image politique de la ville est alors ternie, d'où la nécessité de la reconstruire. Dans cette posture, un territoire esthétique sur le plan politique renvoie aux conditions matérielles de logement, au niveau de la qualité des infrastructures. Pourtant le silence observé par la femme sur ces conditions matérielles au cours de nos entretiens, rappelle que l'expérience vécue du territoire se réfère plus aux liens sociaux tissés sur une longue durée, qu'à l'insertion dans une communauté. Pour elle, la dimension esthétique du territoire met la primauté de l'existence de liens sociaux durablement tissés au niveau local que sur le cadre physique dans lequel les relations humaines se construisent. C'est au prisme de cette identification au territoire, qu'il faut interpréter sa fierté de dire qu'elle « *est née et a grandie à Zangouettin* ». Elle revendique par ces mots son appartenance à un territoire qu'elle connaît et où elle est connue non seulement par certains habitants mais également par le pouvoir politique traditionnel. N'a-t-elle pas été confiée à son enfance à la fille aînée du « *Moogho Naaba* »? Dans une telle situation, le déguerpissement engendre une crise de l'habitabilité du lieu.

D'autre part, la dimension habitable d'un territoire questionne la circulation des hommes et des biens à l'intérieur. Le concept de l'habitabilité développé par Michel de Certeau à travers la marche dans la ville nous semble être un intérêt pour penser la vieillesse à travers le territoire. Pour l'auteur, « habitable est ce qui permet un jeu dans un système de lieux définis et de classer les identités » (De Certeau, 1990 : 67). Cette définition met en exergue deux dimensions de l'habitabilité : la mémoire et le rapport à autrui. La mémoire renvoie au fait que chaque lieu habitable se caractérise par les noms propres, des légendes[17] et des récits de certains espaces familiers, à l'exemple de Sarata qui parle du « vieux marché central », de « la mosquée », du « dispensaire ». Le récit sur le fonctionnement du dispensaire se combine à celui de sa propre expérience de l'accouchement, de son état de santé et à l'idée d'un meilleur état de santé de la population de cette époque. Ces contes de son enfance, de sa jeunesse et de ses activités commerciales se privatisent et s'enfoncent dans les recoins des quartiers Zanguettin, Tiedpalogo et des familles voisines pour participer à la fabrique d'un esprit du quartier que l'on peut évoquer. En ce sens, le lieu habitable explore la mémoire et les pratiques signifiantes. Le rapport à autrui fait de l'espace habitable, un lieu ouvert qui permet des issues, des moyens de sortir et de rentrer. L'espace habitable est un lieu social, qui s'ouvrant à l'autre, maintient la proximité entre les individus. L'habitabilité du territoire englobe alors l'ensemble des espaces d'interaction quotidienne qui favorisent la pleine reconnaissance des individus. Les « *mitba* » (les connaissances) dont elle évoque ne se simplifient pas uniquement à sa famille d'une trentaine de personnes, mais aussi au voisinage, aux camarades du marché, à ses amis d'enfance qui forment un ensemble d'opportunités de ressources. A ce titre, l'habitabilité renferme également l'offre « des possibilités suffisantes de création et d'adaptation aux individus pour se l'approprier » (Blanc, 2010 : 170). Cette construction imaginaire et symbolique de son ancien quartier comme une zone d'opportunités participe à la fabrique d'une localité habitable et dont le déguerpissement vient remettre en cause l'autochtonie. Elle se manifeste au quotidien dans les rapports sociaux par certaines routines de contacts informels et par la familiarité des individus que l'on rencontre dans la rue. La transmission des activités commerciales

17 De legenda : ce qu'il faut dire et aussi ce qu'on peut lire

de générations en générations au sein de la famille en est également une composante (Bozon, 1984). Dès lors, le déguerpissement ne remet pas seulement en cause l'autochtonie, c'est-à-dire l'appartenance à un territoire et à une communauté locale (Bresse et al, 2010) mais également, il participe à la marginalisation sociale.

3 De la marge spatiale à la marge sociale

L'habitat et le quartier ne sont pas seulement un logis, un espace physique, mais ils sont chargés d'une histoire, d'une valeur, d'un symbole et surtout d'un sentiment fort de propriété. A ce titre, changer de résidence après plus de soixante ans, dans une localité apparaît comme une remise en cause de la propriété foncière (Bresse et al, 2010). La représentation de « chez-soi » est bouleversée. En dépit de la compensation financière, le déguerpissement s'est accompagné de certaines formes de ruptures professionnelles (activités commerciales) et une expérience de déclassement socio-économique pour cette femme âgée.

3.1. Le déclassement socio-économique

La notion de déclassement signifie le fait « de faire sortir de la classe sociale, de la catégorie où était un individu pour le classer dans une catégorie inférieure » (Rey, 2005 : 1256). Le déclassement rend compte de la dégradation de ses conditions économiques et un sentiment de régression de sa position sociale. A ce titre, le déclassé se retrouve dans une situation de perturbation identitaire. Au cours de nos entretiens, Sarata répète sans cesse : « *quand on est arrivé ici, on a souffert*». L'expérience de l'appauvrissement apparaît tout au long de nos entretiens. L'apparition de nombreuses contraintes financières fait naître en elle, un sentiment de régression de sa position sociale au point qu'elle se qualifie de « *talga »* (pauvre) que les riches (*rakanré)* ont exproprié de sa terre natale. Les termes « *rakangre (litt. Homme qui rassemble), ligdisoaba (litt. propriétaire de l'argent)* » sont des formes de désignation de la grandeur, de la richesse, de dominants. Par opposition les mots « *nongo (souffrance), talga* » sont utilisés pour caractériser une situation de manque, d'infériorité, de dominés. Pour montrer sa nouvelle condition socio-économique, elle compare la qualité de son repas en ces mots :

« Je vendais de la farine, du gari18, de la potasse, des oignons, des choux, de l'huile de palme, beaucoup de choses…. du poisson fumé ; j'avais une grande table de commerce. Avant je mangeais ce que je voulais, ce que je mangeais, je ne peux plus avoir cela. Un enfant ne peut pas me donner, moi je ne peux m'offrir cela, je n'ai pas l'appétit : je ne veux pas le tô ; tu sais que le tô est bon, si la sauce est bonne. Tu sais que le riz est bon si la sauce est bonne. Comme je ne peux manger, alors je préfère boire ça (fuura)19 pour que ma vie soit meilleure » (Sarata, 67, Novembre 2011)

Cet extrait sur le repas révèle une forme de souffrance qui accompagne une nouvelle expérience de la pauvreté. La délocalisation provoque un effondrement de ses activités commerciales après celui vécu lors de la construction du marché central en 1987. La précarité menace les dimensions identitaires (rôles sociaux), et engendre la perte des réseaux de sociabilité et de l'identité économique (perte d'emploi). Ce ressenti renvoie à ce que Kessel (1999) a nommé « l'auto-classement social » dans l'expérience sociale de l'appauvrissement. Pour l'auteur dans les conditions de paupérisation, les individus ont tendance à se classer dans une catégorie sociale donnée. Il définit l'auto-classement comme « une localisation imaginaire dans la structure sociale et un positionnement par rapport aux autres groupes qui constituent le monde social » (Kessel, 1999 : 85). Cet auto-classement de Sarata en pauvre, fait dire à Kessel qui a travaillé en Argentine sur les individus de la classe moyenne que la différence dans la perception de la sévérité de la pauvreté se construit : « entre ce qu'on avait et ce qu'on n'a plus aujourd'hui, entre les lieux que l'on fréquentait auparavant et ceux que l'on fréquente aujourd'hui, entre la qualité d'un produit dans le passé et celle d'un autre produit à l'heure actuelle » (Kessel, 1999 : 87). A ce titre, elle raconte :

« Je ne peux pas manger le matin très tôt…. A midi, si les enfants ne préparent pas, il va falloir attendre le soir… en dehors du babinda (plat à base de feuilles et de farine) je ne peux pas manger le repas vendu (les restaurants populaires), je ne peux pas… si je vois le babinda, je mange et si je ne vois pas, je croque des arachides jusqu'au soir ».

Dans ses propos, elle déplore la dégradation de sa situation financière qui a conduit à une mauvaise alimentation. Le sentiment de relégation sociale se mesure dans l'incapacité de satisfaire les petits plaisirs de la vie, et de disposer des ressources financières satisfaisantes pour répondre à ses besoins. La pauvreté de Sarata pourrait être mise en résonance avec le concept de contrainte constante au

18Couscous de manioc
19 Boulettes de farine délayées à l'eau

changement, développé par Gabriel Kessel. Dans cette étude, l'auteur décrit la spécificité de l'appauvrissement de la classe moyenne en tant qu'expérience sociale. Il écrit : «en bouleversant l'univers signifiant des individus, la paupérisation affecte profondément la vie quotidienne au point d'entraîner un réexamen, une modification, voire une suppression, de toutes les habitudes directement ou indirectement liées à la vie économique » (Kessel, 1999 : 75). Fort de sa longue expérience dans le commerce, Sarata pense que le déclin de ses activités commerciales serait imputable à la qualité du territoire. Elle se demande comment développer une activité génératrice de revenus rentable dans une situation où « *tout le monde est parti, [et se demande] c'est quelle femme qui est ici pour payer le charbon ?* » Cette interrogation de « *quelle femme ?* » porte aussi sur sa propre place dans la catégorie sociale des femmes. Les femmes deviennent celles qui sont capables de se rendre au centre-ville, et qui y sont parties. Celles-ci appartiennent seulement au groupe du « monde », qui a un statut socio-économique enviable. Quant à elle, elle ne fait plus partie de ce « tout le monde » puisqu'elle s'exclut du « monde ». En effet, elle a le sentiment d'avoir vécu une mobilité sociale descendante. Elle, la fille éduquée par la fille-aînée du défunt *Moogho Naaba*, se retrouve réduite à cultiver pour satisfaire ses besoins de base. Cette expérience sociale de l'appauvrissement a conduit à la multiplication de nouvelles initiatives pour s'adapter. L'incertitude sur les moyens demeure car pour couvrir les besoins insatisfaits, les ressources sociales ne se reconvertissent pas facilement (Kessel, 1999).

Cependant, ce sentiment de déclassement socio-économique se doit d'être nuancé car elle bénéficie de multiples aides provenant des solidarités familiales. Elle raconte qu'elle reçoit de l'aide de ses enfants qui lui auraient interdit de cultiver. Son voisin, un cadre de l'administration publique qui l'appelle affectueusement « *ma mère* » lui donne de temps en temps, cinq cents francs CFA pour « *sa cola* ». Au cours de l'année 2013, un de ses neveux lui paie un billet d'avion pour son pèlerinage à la Mecque. En dépit des soutiens sociaux dont elle bénéfice, son discours sur sa situation met à jour la perte « du respect de soi » (Kessel, 1999 : 84) et de l'estime de soi car elle est passée d'un statut d'aidante à un statut d'aidée. Le passage d'une position sociale supérieure à un statut inférieur engendre une forme de mélancolie, dont Certeau (de) décrit comme « une

expérience spéculative du monde, des choses qui vous quittent [et que l'on est] surpris par leur caractère éphémère » (Certeau (de), 1990 : 89). Le discours idéalisant la vie dans l'ancien quartier révèle la difficulté de faire le deuil de sa maison, de ses amis et de son quartier.

3.2. Les recompositions résidentielles

Pour revenir à Sarata, le déguerpissement engendre une nouvelle configuration de la famille selon deux modalités. D'une part, la famille lignagère (de plus de quarante individus) se subdivise en plusieurs ménages « *éparpillés* » dans les divers quartiers de la ville *(« Patte d'oie », « Pag-la-yiri », « Sinyiri », «Karpala »*). Les foyers se sont formés autour des mères, puisque pour la plupart des femmes, leurs maris sont décédés. Elle raconte la dislocation de la famille en ces termes :

> *« Dans la cours, nous étions nombreuses. Le nombre de femmes pouvaient atteindre 8 ou 9 [elle tente de compte mais s'arrête]. Les parcelles étaient de grande taille. Maintenant, on ne peut plus se voir, sauf quand il y a un doua. Le samedi, je vais demander à un enfant de m'amener là-bas » (Entretien, 10 décembre 2013).*

A travers cet extrait, *Sarata* évoque les séparations des familles consécutives à la délocalisation. Du jour au lendemain la cour familiale qui était un bien collectif se transforme en un bien individuel sous la forme monétaire. Certains résidents réalisent leur nouveau statut de « *sans logement* ». Certes, la femme n'évoque pas les conflits de partage de la compensation financière, mais d'autres témoignages rendent compte de l'accaparement du prix de la parcelle par un seul membre de la famille. Des disputes, des querelles autour du partage de cet argent engendrent des déchirements familiaux. Dans notre cas, avec le montant obtenu, des parcelles sont achetées dans différentes localités de la ville au nom de chaque chef de ménage. Les enfants ayant un statut économique favorable s'achètent des parcelles en leur nom personnel pour installer leur famille conjugale. La « *Vieille* » parle d'un fils de sa coépouse qui a construit une maison en étage comme son nouveau habitat.

D'autre part, les unités de ménages vont se rétrécir à leur tour car le déguerpissement, a été une occasion pour les jeunes enfants de s'affranchir de la tutelle des parents. Ainsi elle déclare ceci :

« Nous ne sommes pas ensembles. Comme ce n'est pas facile; chacun se cherche rires ! D'autres sont dans les non loties, mariés… mais ils n'ont pas encore eu des parcelles… si on ne se sépare pas, ça va être difficile» (Sarata, 67 ans)

Ce discours qui renvoie à ses enfants ayant un statut socio-économique faible, évoque les stratégies d'obtention des parcelles dans la capitale qui consistent à s'installer dans des zones non loties avec l'espoir de bénéficier un jour d'une parcelle lotie. C'est le cas de ses deux fils qui logent dans des habitats spontanés.

C'est pourquoi, la dislocation familiale est perçue comme un bouleversement des modèles traditionnels de vie, générant ainsi une souffrance sociale dont elle attribue l'origine non pas aux hommes mais à Dieu ; elle dit ceci :

« C'est Dieu qui a amené cela. Dans le Coran il a été dit qu'à l'approche de la fin du monde, ceux qui vivent en brousse viendront à la maison et ceux qui sont à la maison iront en brousse. C'est comparable à notre situation. Nous étions en centre-ville, nous sommes maintenant en brousse, ceux qui sont en brousse, s'ils ont l'argent, ils occupent la ville ; dans le coran, il est écrit ainsi. Je rends grâce à Dieu et je sais que c'est la volonté de Dieu, c'est lui qui a amené ce problème…Personne n'est responsable. C'est Dieu seul » (Sarata, 67 ans)

La qualification du déguerpissement comme un prélude à « *la fin du monde* » n'est pas seulement mise en relation avec sa situation personnelle mais aussi avec le monde qui l'entoure. En effet, le recours à l'explication de sa situation par la logique religieuse révèle en fait qu'elle ne trouve pas de réponses dans les expériences collectives, encore moins dans son histoire familiale.

La distinction des urbains en « *ceux de la brousse* » et « *ceux de la maison* » renvoie en réalité aux notions de l'étranger et de l'autochtone. Ces frontières symboliques renforcent une certaine hiérarchisation de la valeur des lieux de vie. Pour saisir le discours de classification de Sarata, je convoque les travaux de Jaglin sur le peuplement de la capitale.

L'auteur distingue les autochtones installés au cœur de la ville près des cercles de pouvoir politique et les ruraux, attirés par la ville « nouvelle » qui à défaut du centre se sont installés dans la périphérie, espaces naguère « méprisés » (Jaglin, 1995a). Leur venue des villages en ville remonte aux années 1960-1970 à un moment donné où le contexte économique était propice. Bien que n'ayant pas été scolarisé, ils ont su au prix d'un travail laborieux acquérir un revenu suffisant

pour se construire une maison, fonder un foyer (Roth, 2010). Dans ce contexte, Sarata perçoit son installation à la périphérie comme une dépréciation de son statut social. Cette perception défavorable de la périphérie est renforcée par le fait qu'elle ne peut plus se déplacer vers le centre-ville sans une aide. Le risque de la solitude des individus relocalisés se renforce quand les capacités de mobilité de la personne vieillissante s'amenuisent.

3.3. La relégation urbaine

Reléguer signifie « envoyer, placer, maintenir en un endroit médiocre ou rejeter dans une position inférieure » (Rey, 2005 : 1255). L'expérience du déguerpissement est vécue avant tout comme une forme de relégation urbaine par Sarata. Une des questions primordiales que le déguerpissement pose est l'accessibilité aux services publics. Ce quartier possède en tout et pour tout un équipement public, un dispensaire implanté en 2007, un marché mis en fonction en 2013. Pas d'espace public, encore moins un service bancaire ou un service de poste alors que la plupart des personnes âgées sont des retraités ou des commerçants. Quelques aînés que je rencontre en plus de Sarata déplorent constamment l'éloignement de la ville alors qu'ils n'ont ni les moyens financiers pour prendre régulièrement un taxi ou encore moins le bus qui ne va pas à l'intérieur du quartier. Aussi, Sarata raconte-t-elle, qu'elle va rarement au centre-ville car le déplacement occasionne des coûts financiers et humains. Il lui faut le prix du taxi ou bien trouver une personne qui va l'y amener en motocyclette. Elle raconte qu'elle peut passer un mois sans se rendre « *en ville* » et ce d'autant plus qu'elle commence à ressentir des douleurs au niveau de la cheville droite qui l'oblige à une automédication. Les dynamiques à l'œuvre dans le territoire urbain, créent des exclusions spatiales pour certains groupes vulnérables qui ont un accès difficile aux services urbains de base.

Ce sentiment d'être en marge de la ville est exprimé par une femme de 62 ans, une retraitée logeant dans un quartier périphérique de la ville. Au cours de notre entretien, elle ne cesse d'utiliser la phrase « *je suis allée en ville* ». Et quand je lui demande ce qu'elle pense de sa localisation, elle me répond qu'elle « *n'habite pas Ouagadougou, mais à Y (non du quartier*) ». Elle s'identifie comme habitante d'une localité n'appartenant pas à Ouagadougou. Ce sentiment de marginalisation est également à mettre au compte des lotissements qui ne sont pas accompagnés

d'équipements collectifs marchands, de structures de santé, d'infrastructures éducatives et de transport en commun. Pour les personnes âgées, cette situation renforce leur vulnérabilité dans un contexte où leurs ressources physiques et financières sont une phase descendante pour une majorité.

La relégation urbaine questionne la mise en œuvre et les effets des politiques urbaines sur le devenir des territoires. Au fur et à mesure que le temps passe, Sarata s'interroge sur le rôle de la mairie dans sa nouvelle condition de vie. La commune de Bogodogo devient la cible des critiques au cours de nos entretiens. En effet, la mairie avait prévu la construction d'un marché dans le quartier. Une dizaine d'années après leur installation, le marché n'est toujours pas mis en place. Après avoir payé les taxes d'occupation d'un hangar, elle pense que la mairie les a oubliés. Dès lors, elle se rend plusieurs fois à la mairie pour demander la suite à donner au projet de construction du marché. Des sentiments de rébellion et de colère l'animent au point qu'elle me répète que « *la mairie ne sait pas qu'elle existe et que par conséquent, elle ne veut plus participer aux activités politiques quand elle est invitée* ». Elle traite du reste, les politiciens de « *menteurs parce qu'ils ne tiennent pas leurs promesses* ». Le sentiment de l'abandon par la commune renvoie à la solitude civique (Cavaillé, 1999) se définissant comme le manque de reconnaissance, le sentiment d'être mise au bas des autres citoyens par le pouvoir politique. Dans le cas ci, la préoccupation de la femme soulève la question de l'accessibilité des services publics en cas de mise en œuvre de politique urbaine. Dès lors la capacité d'intégration territoriale va dépendre de l'agentivité (agency) de l'individu à s'insérer dans une relation dynamique en fonction du contexte en évolution. A ce titre, Sarata apparaît comme un exemple de réinvention d'une nouvelle vie en réactualisant les ressources ultérieures cumulées, et mobilisables de la part des solidarités familiales.

Cependant les dynamiques du territoire urbain invitent à comprendre les nouvelles conditions de vie des déplacés dans le contexte où les familles sont disloquées, voire éclatées à cause des ruptures conjugales.

4. Mobilités résidentielles et déprise de l'espace urbain

Le concept de déprise reprend l'intuition centrale de la théorie du désengagement mais dans une perspective compréhensive. La déprise est définie comme un « processus de réaménagement de la vie [où] les activités et les relations délaissées sont susceptibles, en effet d'être remplacées par d'autres qui exigent moins d'efforts » (Caradec, 2004 : 28). Ainsi, la déprise est liée à l'histoire des individus et au contexte de vie.

Les « nin-kêemse » et les « pug gnãse » modifient leurs pratiques spatiales dans une situation de mobilité résidentielle. Cette déprise ne signifie pas un abandon mais une sélection de nouveaux espaces, des lieux et des parcours journaliers. Ces modifications des usages de l'espace s'inscrivent dans les temporalités du vieillissement et traduisent un déplacement des centres d'intérêt. Que ce déplacement résulte de la force des contraintes financières ou d'une économie de force (parce que le corps ne répond pas), la mobilité résidentielle dans un contexte de rupture conjugale apparait comme un déclencheur de déprise dont il convient de comprendre les effets sur les ainés. A partir de deux exemples concrets, je me propose de montrer que les ruptures conjugales doublées de mobilité résidentielle peuvent être des facteurs déclenchant la solitude et l'isolement social auxquels les individus tentent de trouver des réponses adaptées en fonction de leur capacité.

4.1. L'isolement social

Les ruptures conjugales sont un des facteurs d'accélération à l'émergence d'une sphère de vie privée. Dans un contexte de pauvreté généralisée, où les soutiens de « la grande famille » sont de plus en plus compromis, vieillir en situation de mobilité résidentielle dans un contexte de rupture conjugale expose à la solitude, et à l'isolement social. C'est l'exemple de Romuald.

Je fais sa connaissance à l'hôpital. Ancien instituteur dans le privé, il ne bénéficie pas d'un système de retraite. Il réside dans la cours paternelle jusqu'à l'âge de la retraite à 60 ans. Les conflits avec les autres frères consanguins et le sentiment d'avoir « *un chez soi pour les enfants* », l'obligent à s'installer dans un quartier périphérique. N'ayant pas anticipé ce changement de logement, il se trouve dans une situation de précarité sévère.

Le logement de Romuald fait face à une route principale goudronnée située dans « une pente coupée »[20]. Le mur qui fait face à la route est faite en paille. Les murs des toilettes en banco sont rongés par les eaux de pluie et sont à moitié délabrés. Deux maisons sont construites en banco (matériaux non définitifs). L'une au fond de la cour et l'autre vers la rue. La cour n'a pas de portail métallique. Il n'y a ni eau courante, ni électricité. L'équipement de la maison se compose d'un lit menu d'un matelas, une vieille chaise métallique, une chaise en plastique, un tabouret au-dessus rembourré, un banc en bois et un poste radio. Sur une table est déposé un téléviseur qui ne fonctionne pas. Il dispose d'une natte sur laquelle, il dort parfois à l'ombre de la maison certains après-midis. Comme moyen de déplacement, il dispose d'une moto L2 (moto des années 1990) qui est du reste en panne et sur cale. La précarité des conditions matérielles de logement se conjugue avec un accès difficile à l'alimentation de qualité pour donner une situation de misère quotidienne.

Mon carnet de note du 27 octobre 2012.

Il est assis tout seul dans son fauteuil comme d'habitude. Son poste radio diffuse de la musique. Il ne porte pas d'habit. Sa culotte me parait très sale. Néanmoins, il s'est coupé les cheveux. Entre temps, une petite-fille (enfant de sa première fille), qui est en classe de cours moyen première année revient de la catéchèse. Le « Vieux » lui demande d'aller payer de l'eau à la fontaine. La fille répond que Raogo (fils aîné) n'a pas laissé de l'argent. Quand la fille prend l'étui des verres correcteurs de son grand-père (il en porte depuis plus de 10 ans), 10 F CFA tombent. Alors, il dit que c'est tout ce qu'il a et je me vois contraint de remettre 100 FCFA (1centime €) à la fille pour aller chercher l'eau à la fontaine. Ce jour, avant de prendre congé de la famille, je lui concède 500F CFA (1€). Une autre fois, il me demande ouvertement de l'argent en ces termes « *tu n'es pas fort aujourd'hui* ? », [tu n'as pas beaucoup d'argent]. Quand à la fin de ma visite, il m'accompagne jusqu'à la porte et je lui donne 2000F CFA (3,5€). Au fur et à

20 C'est un terrain situé dans un angle formé par le croisement de deux rues. Chaque côté de la parcelle fait face à une route. C'est l'un des modèles de parcelle, le plus prisé car on peut l'exploiter facilement pour en faire des boutiques sur les deux rues

mesure que le temps de guérison se prolonge, sa situation financière ne fait que se dégrader et un jour, il propose de me vendre son poste radio cassette.

Cette précarité financière va se manifester à travers le rétrécissement de son espace de vie et par une contraction des contacts individuels. Il convient de situer la vie actuelle de Romuald dans un contexte familial de son enfance car les petites inégalités de tous ordres s'enchevêtrent et se combinent pour produire sur le long terme des trajectoires très inégales à la vieillesse. Une accumulation de désavantages à l'enfance, renforcée par certains modes de vie pendant la phase adulte affecte significativement les conditions d'existence à la vieillesse.

L'enfance de Romuald se déroule dans deux familles : il est issu d'une première relation amoureuse entre un travailleur de la « CFAO » (structure privée commerciale) et sa mère, alors que celle-ci avait été promise en mariage comme cela était de règle à cette époque. Après sa naissance, il reste environ deux ans avec sa mère biologique, qui entre temps est mariée à un autre homme dans une localité située à 35 km de Koudougou. Romuald est confié à la nouvelle épouse de son père. La famille réside à Ouagadougou dans le quartier *Paspanga* où naquirent des demi-frères et sœurs (deux garçons et quatre filles). De sa famille paternelle, Romuald me parle plus de deux personnes : son frère cadet (fils aîné de la nouvelle union) qui est un maire d'arrondissement et de sa demi-sœur, qu'il accuse d'avoir contribué à casser son mariage. Inscrit à l'école *Paspanga A*, Romuald parle de lui comme un élève très intelligent. Il obtient le brevet d'études du premier cycle (BEPC) en 1962 au Lycée Philippe Zinda Kaboré. En classe de seconde, il décide d'arrêter les études pour les concours de la fonction publique. Il échoue au concours de recrutement de la garde républicaine, un test de niveau Certificat d'Etudes Primaire Elémentaires (CEPE). Il se révolte et décide de ne plus jamais passer un concours de la fonction publique car il estime qu'il a été victime d'une injustice. Pour lui, son échec à un concours qu'il qualifie de facile est une nouvelle injustice, qui s'ajoute aux mauvais traitements vécus. Au cours d'un entretien à son domicile, il me dit avec une profonde amertume :

> *« Écouter, je n'ai pas eu une vie facile ; j'ai souffert (très long silence) ; surtout quand vous n'êtes pas de même mère ah !!…de même père mais pas de même mère ; aie !!»*

Sans donner de détails, il admet que la vie n'a pas été facile pour lui durant son enfance. Ces évènements qui structurent la biographie marquent très profondément les choix de vie et la sensibilité individuelle. Il impute son échec à un membre de la famille qui ne *« voulait pas le voir réussir »* et qui aurait manigancé pour son échec. L'échec apparaît alors comme le prolongement des conflits au sein de la famille, puis qu'il se plaignait du traitement que sa « belle-mère » lui réservait. En réactivant le cadre imaginaire de la relation « sorcière », il entre dans une rébellion contre le reste de la famille. Il les accuse de tous les malheurs qui ont jalonné sa vie, depuis son échec au concours jusqu'à ses multiples séparations conjugales. Or la façon dont l'individu perçoit la situation initiale justifie les solutions qu'il tente de mobiliser pour y faire face. Les liens réels conscients et inconscients ou douloureux tissés depuis l'extrême enfance sont bien présents au moment de la vieillesse. La situation d'enfance difficile constitue un moment particulier de bifurcation sociale qui conduit à une transformation identitaire. La bifurcation renvoie à « un contexte dans lequel les règles du jeu ne sont plus claires et les normes sociales plus cohérentes » (Bessin et al, 2010 : 281). Les séquences bifurcatives peuvent être porteuses de stabilité, d'inertie ou porteuses de changement, de rupture et d'instabilité sur le domaine de la vie familiale.

Pour compenser ce sentiment de désinsertion familiale il s'engage d'abord dans la vie religieuse en tant que « cœur vaillant » à l'église catholique du quartier, puis en tant que responsable des éclaireurs de la Haute-Volta. Libéré du joug familial, il se jette dans une quête de l'épanouissement de soi à travers la multiplication de rencontres amoureuses. Romuald connut une jeunesse frivole qu'il qualifie de « *ce n'a pas été facile* » après un rire aux éclats suivi immédiatement d'un silence de regret. Dans son album photo, il me montre ses nombreuses relations amoureuses qui lui font dire « *je ressens le temps, le plaisir, la joie ; je revis un peu* ». C'est pendant cette période que Romuald dit qu'il a été heureux dans sa vie. Ces relations finissent généralement par des séparations consécutives aux nombreux conflits. Dans une de ses cartes postales, qu'il a reçue d'une de ses copines, celle-ci se plaint de sa trahison et termine *« je te maudis pour le reste de ta vie »*.

Au moment où je rencontre Romuald, il passe toute la journée assis tout seul. Son premier mariage fut une catastrophe. Il me raconte que la femme serait venue lui remettre le jeune nourrisson à la maison dans la cour paternelle quand celui-ci avait moins de trois mois en 1980. Ce garçon fut confié à sa « marâtre ». Ensuite les mobilités de travail ont contribué à ébranler la cohésion du foyer après son second mariage. Le couple et les enfants vivent dans la famille paternelle de Romuald à Ouagadougou tandis qu'il séjourne à Koudougou pour son service. Là-bas, il contracte une relation amoureuse avec une jeune fille avec laquelle, un enfant est né en 1987. Mais ils se séparent et cette femme réside toujours dans cette localité. De cette seconde union, la plus longue (dure de 1981 à 2000) naquirent quatre enfants (un garçon et trois filles dont une mourut à son enfance). A la retraite, le couple se disloque et la femme réside dans un autre quartier de la capitale.

Aujourd'hui, la famille de Romuald se compose de ses deux garçons, sa fille benjamine et sa petite fille. La situation économique des enfants et la nature des rapports entre les parents participent à renforcer cet isolement du parent âgé. Le fils aîné, né en 1980 est un célibataire avec un enfant, il est ouvrier « électricien en bâtiment et climatisation », il a fait l'école jusqu'au CM2 (cours moyen deuxième année). De multiples conflits naissent entre le beau-père et la bru (épouse de son fils) au cours de la cohabitation. La bru se sépare de son conjoint et retourne dans sa famille et son fils après un long soupir me dit « *tout cela, ce sont des choses à arranger* ». Dans la journée, le fils aîné n'est pratiquement pas à la maison. Le deuxième enfant est une fille, qui vit en union libre avec un homme. Elle a trois enfants. Elle revient de temps en temps rendre visite à son père et effectuer des travaux domestiques (production de la farine). Femme au foyer, elle n'a pas un revenu conséquent. Elle « se débrouille » comme elle le répète chaque fois que je lui demande comment va son travail. La petite-fille qui a 12 ans est en classe de cours moyen première année (CM1) et suit des cours de catéchisme les jeudis et les samedis après-midis. Elle se charge d'enlever de l'eau à la fontaine pendant ses jours libres. Le troisième enfant est un élève gendarme. Il venait de finir ses cours de formation à Bobo. Quand il apprend que son père est malade, il n'est venu lui rendre visite qu'à la fin de sa formation. Depuis son retour, il vit en location dans un autre quartier de la ville. La benjamine, une jeune fille, couturière dans un atelier de la ville est chargée de faire la cuisine, le matin avant d'aller à son travail. De

temps en temps, elle passe la nuit chez un de ses copains (que j'ai eu l'occasion de rencontrer à l'hôpital).

La rupture des alliances principales constitue une menace pour la sécurité sociale à la vieillesse. Vieillir seul a des effets sur la qualité de vie. Les rapports d'entraide et les visites aux membres de la famille sont susceptibles de devenir, fragiles et choisis. La vie familiale bruyante ne reprend parfois que la nuit. Au cours de mes visites, à maintes reprises, je vois Romuald, assis sur un fauteuil tout seul, portant une culotte, le torse nu à côté de sa maison en construction. Les pieds posés sur un banc. Il écoute alternativement une des chaines des multiples radios communautaires. Au fil du temps, son réseau social et familial se rétrécit et s'effrite, il sort de moins en moins hors de la maison et du quartier ; son poste radio devient son compagnon quotidien. La reconstruction du lien social dépend du degré d'intégration des individus à la famille et de la qualité des relations interpersonnelles qu'ils entretiennent alors que pour lui, ses rapports avec les demi-sœurs et frères sont teintés de défiance et de méfiance. Après sa maladie, s'instaurent dans la vie au quotidien des formes de retrait vis-à-vis de certaines activités. Il va de moins en moins jouer aux cartes avec ses amis et voir ses parents dans son ancien quartier. Cette attitude de retrait (choisi ou forcé) de la vie a été interprétée comme une logique d'économie des forces (Clément et Membrado, 2010 ; Caradec, 2004) car il s'agit d'abandonner certaines activités pour conserver d'autres qui constituent les centres d'intérêt. Pour ces auteurs, ce comportement est lié à l'univers relationnel de l'individu. Bien qu'il soit le fils aîné, il a le sentiment que la famille lui en a dessaisit. Il avance ceci

> *« Quand vous êtes l'aîné et vous n'aviez rien… si financièrement, vous n'avez rien…prrr !!! Vous n'êtes plus considérés […] toutes les décisions sont prises là-bas avant que je ne sois informé. Je cherche un organisme qui va m'aider, mais malheureusement, je ne vois pas. Je veux rentrer définitivement au village, celui qui a besoin de moi, n'a qu'à se pointer au village ».*

Le sentiment de ne plus être respecté par les frères cadets montre bien que l'argent occupe une place importante dans la vie quotidienne des plus âgés. Il permet d'établir les liens familiaux et de garantir une meilleure prise en charge (Van Der Sjaak, 2001). Cet auteur pense que le respect est une dimension de la reciprocité. A ce titre, à partir de ses travaux chez les Akans du Ghana, en milieu rural, il montre que le fait d'inscrire ses enfants à l'école, de disposer d'une maison

confère le respect (Ibid., 2001). A contrario, les personnes âgées pauvres n'étaient pas respectées et recevaient moins de visites de leur entourage. C'est ainsi que Romuald est de moins en moins sollicité pour les activités sociales. La solitude devient une nouvelle façon de se réapproprier la vie au quotidien et il me répète régulièrement « *rien ne m'intéresse* ». Le sentiment d'être abandonné par ses amis et sa famille transparaît dans les discours de Romuald. C'est dans ce sens que, le regard « porté sur la vieillesse s'impose comme une dimension de complexification de la relation des personnes âgées [entre elles et] de leur relation aux plus jeunes » (Clément et Membrado, 2010 : 112). Cette logique d'économie des forces suppose un deuil de soi et un deuil des familles lignagères au sein de laquelle, Romuald semble avoir perdu son pouvoir d'action. Le souhait d'aller vivre au village traduit « un sentiment diffus de gêne et de honte sociale » (Ibid. p. 112) vis-à-vis des autres membres de la famille. Cette honte est un sentiment relationnel. Commentant la définition de Vuarin, Claudia Roth écrit que « la honte est une constellation complexe de sentiments qui sanctionne inévitablement le fait de pas honorer les devoirs propres à son rang » (Roth, 2010 : 103). Pour faire face à la solitude, à l'isolement, certaines personnes âgées mobilisent leur famille religieuse. La situation de Sabine, une divorcée est assez éloquente d'une tactique de rebond ou de reprise du monde à la vieillesse.

4.2. Construire des nouveaux liens pour survivre

Marguerite, une femme maigre porte toujours son foulard marquant son adhésion à l'église évangélique fondamentale. Le foulard symboliserait la soumission de la femme à son mari. Elle a deux sœurs utérines (mabissi) et un frère utérin (mabiiga), issus du deuxième mariage de sa mère. Née en 1951, elle est recrutée comme une animatrice rurale dans le cadre de la vulgarisation de la technologie agricole en 1974. Une année après, elle se marie à un comptable d'une entreprise minière sous le régime de la monogamie à la mairie (elle insiste sur le mot). Au cours de cette même année, elle met au monde sa première fille en 1975, puis deux garçons en 1977 et 1979. La dernière fille vient au monde en 1982. Entre temps, le deuxième garçon meurt en 1985. Le couple vit d'abord dans la famille paternelle. Après le décès de ses beaux-parents, « *chacun s'est cherché* » comme elle le dit. C'est ainsi que le couple déménage dans un nouveau quartier. Le mari est très actif dans le comité de défense de la révolution. Ainsi, il est élu conseiller

municipal lors des premières élections en 1992. Au cours de ce mandat, son époux prend trois femmes en plus d'elle. Malgré la demande de l'époux pour modifier le régime matrimonial afin de se marier officiellement, la femme aînée refuse cet arrangement. Alors elle se retire du couple car dit-elle, « *elle n'aime pas trop parler* ». Elle s'organise et vit avec ses enfants dans son poste en milieu rural où elle dispose d'un logement administratif. Entre temps, elle achète une parcelle non lotie où elle construit une maison en banco de vingt tôles. Lors de l'opération de lotissement de 2006, elle obtient une parcelle. Elle commence alors à construire une villa en 2008 avec ses économies. Il met également son indemnité de départ à la retraite dans cette construction. Au moment où je mène les enquêtes, la villa n'est pas encore achevée ; elle dort dans la même maison avec son garçon de trente-sept ans. Celui-ci déscolarisé en classe de cinquième apprend dans le tas, l'électricité. Sa mère dit de lui qu'il « *se balade pour chercher du boulot* ». Plusieurs fois, je le rencontre à la maison, affairé à ne rien faire. Cette brave dame paie une formation pour sa fille. C'est ainsi qu'elle devient une institutrice dans une localité du pays. Elle me précise que c'est « *un crédit car elle va rembourser* ». la deuxième fille « *ne fait rien* » et elle vit avec son époux dans une autre localité. Depuis sa séparation, commence pour cette femme, une mise à l'écart de la part de la famille de son époux. Le soutien de ses frères consanguins (babissi) est irrégulier et elle précise « *je ne leur demande pas de l'argent. Depuis que mon foyer ne marche pas, ils ne viennent plus me rendre visite* ». Situation inconfortable, avec laquelle, la femme doit composer pour avoir leur participation au mariage de ses filles. Actuellement, la femme est malade ; elle souffre de perte de mémoire et elle dit qu'elle manque de l'argent pour aller rendre visite à une de ses filles qui vient d'accoucher comme le veulent les normes sociales. Au quotidien, elle partage sa vie entre l'église et la maison. En effet, elle va à la prière du mardi, du vendredi et du jeudi. Régulièrement, elle bénéficie de la prière de guérison et elle déclare après une hospitalisation dont les frais sont supportés par l'église, qu'« *avec le Seigneur, ça va* ». Elle ajoute que c'est par le biais du pasteur qu'elle est mise en contact avec un médecin, fils de pasteur pour son suivi médical.

Dans un contexte où les solidarités familiales sont les principales pourvoyeuses de la prise en charge de la vieillesse, les deux derniers cas mettent en évidence les effets des ruptures conjugales sur la sécurité sociale. Ces personnes au

cours de leur vieillesse se retrouvent à recevoir moins d'aides matérielles et immatérielles de la part des réseaux familiaux dans un contexte d'insertion difficile au monde de l'emploi par les jeunes. L'appauvrissement frappe de façon intense les aînés en situation de séparation et qui continuent de supporter des charges familiales. Cette situation conduit au cercle vicieux de la pauvreté qui « provoque une dépendance précoce [car] les ressources familiales ne suffisent pas » (Roth, 2010 : 101) pour se faire offrir une vie de qualité.

Dans le registre des mobilités urbaines, je voudrais aborder maintenant une autre étape : la vieillesse immigrée. Les personnes résidant hors de leur pays pendant qu'ils sont en activité y reviennent à la vieillesse Elles voient leurs parcours de vie marqués par une rupture territoriale. Ces mobilités déstabilisent le fonctionnement de la famille et affectent les rapports entre les générations et par conséquent, l'expérience de vieillir présente des spécificités.

5. Le « *kosweogo* » ou la vieillesse immigrée

Le terme de « *kosweogo* » (litt. Durer en brousse) est employé pour désigner les parents qui reviennent au pays natal après un séjour relativement long dans un pays étranger par opposition aux jeunes nés à l'étranger qui sont qualifiés de « *diaspo* » ou de «*tabouga*» (litt. Tirer la chèvre). De façon extensive, la notion de « *kosweogo* » qualifie les migrants âgés (les adultes) de retour de la Côte d'Ivoire.

Je suis arrivé à aborder ce problème à cause du nombre important des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » qui sont concernées. Ces retours au pays natal s'inscrivent dans l'histoire des migrations économiques. Dès le début de la conquête coloniale, le colonisateur a fait des burkinabé une réserve de main d'œuvre pouvant être employée dans les pays à forte potentialité économique. Aussi pas moins de 100.000 hommes et femmes participent aux grands travaux des chemins de fer de la Côte d'Ivoire, de Thiès-Kayes et dans les grandes plantations agricoles ou forestières naissantes en 1920 et 1931. Les premiers déplacements des voltaïques (burkinabé) vont s'orienter vers la *Gold Cost* (actuelle Ghana) avant les années 1919, puis se diriger par la suite vers la Côte d'Ivoire entre 1936 à 1944. Il est historiquement admis que le façonnage et le décollage économique de ce pays sont imputables à la main d'œuvre burkinabè. En effet, entre 1950 et 1965, ce pays

hôte enregistre une croissance moyenne de 9%, atteignant 12% au début des années 1960. Performance que l'on ne trouve pas dans les autres pays nouvellement indépendants (Lejeal, 2002). Aussi, les exodes saisonniers ou les migrations massives vers ce pays sont des faits inscrits dans les réalités historiques à cause de la position centrale que la Côte d'Ivoire occupe dans le commerce ouest-africain. En l'absence de débouché maritime, les habitants du Burkina sont utilisés pour valoriser ce pays d'accueil afin d'espérer en retour les fruits de la croissance. Pour ce faire, il est créé dans les années 1950 le syndicat interprofessionnel pour l'acheminement de la main d'œuvre (Siamo). Ce syndicat devient l'instrument de migration, et de 1952 à 1959 environ 163 009 burkinabé immigrent en Côte d'Ivoire (Sissao, 2012). Aujourd'hui, il parait difficile de rencontrer une famille burkinabè où il n'y a pas un immigrant de la Côte d'Ivoire. En effet, en 1998, on estimait que plus de deux millions de burkinabè vivaient dans ce pays (Lejeal, 2002). Le tournant important dans les migrations de retour se situe vers les années 1980 avec la crise économique qui sévit en Côte d'ivoire. Cette crise va engendrer la mise en place progressive de mesures discriminantes à l'égard des étrangers. En Novembre 1999, plus de 20.000 burkinabè sont chassés de la région de Tabou suite à un litige foncier entre les autochtones « *kroumen* » et les étrangers. Plusieurs personnes sont tuées. Craignant une aggravation des sentiments de xénophobie, quelques 12.000 ressortissants regagnent par eux-mêmes le pays (Lejeal, 2002), en attendant l'organisation en urgence de l'opération de rapatriement sous le nom de « *opération Bayiri* » (le retour à la Patrie). A partir de cette violence qui a marqué la diaspora burkinabè, plusieurs personnes âgées sont retournées volontairement dans leurs localités d'origine ou simplement dans la capitale. Le retour au pays natal consacre une figure de l'étranger dont l'intégration locale est influencée par de multiples facteurs sociaux et économiques.

Je fais la connaissance de Marie-Juliette à l'hôpital à la suite de son intervention chirurgicale. A sa sortie, je prends un rendez-vous avec sa fille benjamine qui m'amène chez elle. Elle réside dans le quartier communément appelé à Ouagadougou « *Quatorze Yaar* ».

Cette localité tire son nom du déguerpissement des résidents du secteur 14 (ancien quartier Kalgodin, St Camille) pour la construction de la cité « 1200

logements » en 1987. Les anciens résidents, travaillant majoritairement dans le secteur informel, et qui ne disposent pas de salaires pour garantir l'acquisition des nouvelles villas sont accueillis à la trame d'accueil du secteur 28, une zone nouvellement aménagée. Installés autour du nouveau marché, celui-ci devient le seul lieu de rencontre entre les anciens habitants du secteur 14 et au fil du temps, le marché est baptisé « *Quatorze Yarr* » [marché du secteur 14]. L'importance du marché assure une renommée au quartier qui finit par prendre le nom « *Quatorze Yarr* ».

Aujourd'hui, c'est un quartier très animé, dont les frontières se confondent à celles des zones non loties de la commune de *Saaba*. L'organisation architecturale du quartier est agencée autour du marché. Une officine pharmaceutique est située au sud du marché, un centre médical islamique se trouve au sud-ouest et un centre de santé et de promotion sociale est localisé à l'Est. De part et d'autre du marché, se trouvent deux lycées public et privé d'où convergent des centaines d'élèves. Non loin du marché, se trouvent la chapelle du quartier et un espace réservé au jardinage. Quelques petites mosquées sont disséminées sur le territoire du quartier. Un bar où tonne la musique borde le marché sur la principale route poussiéreuse.

Marie-Juliette loge dans une habitation collective, appelée « célibatérium » située à quelques 200 m du marché. Ce domicile se compose de quatre résidences : un grand bâtiment hébergeant quatre ménages: une femme d'un certain âge appelée « *Samogo*» en référence à son ethnie « *samo* » (ethnie du sud-ouest du Burkina). La vieille femme est aussi surnommée la femme de Blaise (Président du Faso) ou la femme du « *moogho naaba* » en référence à la parenté à plaisanterie entre cousin dans l'ethnie *moose* et de l'ethnie *samo ;* elle vit avec sa fille benjamine, une adolescente d'environ 15 ans, déscolarisée ; un homme adulte appelé « *bobogha* » indiquant également son ethnie « *bobo* », et Robert un des fils de Marie-Juliette. Quand celui-ci est absent, sa fille benjamine occupe la chambre de son grand frère. Dans le petit bâtiment il y a trois ménages qui se partagent chacun un studio de superficie d'environ 10 m^2. Un couple désigné par Marie-Juliette par « *boussanga nè paaga* » (litt. Le *Bissa* et sa femme) occupe le premier studio. Le deuxième est occupée par la grande fille (dépigmentée, de grosse corpulence) de la femme « *samo* ». Marie-Juliette occupe le troisième studio. Le

troisième bâtiment est une cuisine, utilisée fréquemment par la vieille « *Samo* » et une de ses filles qui tient un restaurant. Enfin à l'entrée se trouve une construction à ciel ouvert qui sert de toilettes.

Les loyers mensuels sont de 12500 francs (20€) pour les grandes maisons et de 5000 francs (8€) pour les studios. Dans la journée, un calme règne dans la cour. Les occupants vaquent à leur ouvrage en ville et ne reviennent que la nuit tombée. Seules les deux « pug gnãse » (Marie-Juliette et *samogho*) sont en permanence à la maison. Plusieurs fois, je constate qu'elles sont assises ensemble à l'ombre des deux « *melinas* ».

La maison de Marie-Juliette est appelée «*entrée-coucher* » par les *ouagalais* à cause de la petitesse de l'espace. Elle est construite en brique de banco, enduite de ciment. A l'intérieur, est disposé au centre un matelas de faible épaisseur. Au-dessus duquel, pend une corde pour accrocher les pagnes et les habits. Tout autour, sont disposés des plats (grands plats appelés « *makoila*), une barrique contenant diverses choses (condiments secs, céréales). Une sensation d'étouffement règne à l'intérieur bien que la fenêtre en persienne, soit placée dans le sens de la circulation de l'air. La porte est faite de tôle. Le seul point lumineux de la chambre, représenté par une seule ampoule d'éclairage est fixée au mur de l'intérieur. Les conditions matérielles de logement sont de loin satisfaisantes. La petitesse de la chambre l'a contrainte à confier une partie de son matériel à usage domestique à ses filles. Aussi, elle ne possède que deux tabourets en bois et les quelques rares fois, où elle reçoit plusieurs visiteurs, elle est obligée d'emprunter le long banc en bois de sa voisine.

Depuis qu'elle vit dans ce faubourg, elle passe la majeure partie de son temps toute seule car elle ne connaît pas beaucoup de personnes dans son quartier, situé à l'autre bout de la ville, loin de son village d'origine. Aussi occupe-t-elle sa journée autour de trois événements et dans trois lieux différents. La devanture de la porte correspond à la rue appelée «six mètres ». C'est une rue très animée où l'on trouve un atelier de soudure, une boutique de divers articles. A la fin de la rue, une station d'essence. Dans la journée, la rue grouille de monde : des passants, des enfants qui jouent au football. Le matin, la vieille femme sort pour vendre des balais et du charbon. Là, assise sur un petit tabouret, elle vend ses marchandises tout en papotant avec les passagers. Ainsi, elle contemple la ville et les enfants qui viennent

pour acheter les balais l'appellent affectueusement « *yaaba* » (grand-mère). Elle raconte qu'une femme qui loge dans la cour voisine vole souvent à son secours en lui donnant quelques pièces d'argent. Quand le soleil monte et que la chaleur devient tenace, Marie-Juliette rejoint l'ombre du Mélina dans la cours. Elle y étale un pagne sur sa natte. Quelque fois, la femme « *samogho* » s'approche avec son tabouret et assises ensembles, elles parlent le *dioula* et se partagent le repas journalier. Quand un jour, j'offre quelques bananes et des oranges à Marie-Juliette, elle en donne une partie à son camarade en disant « *si je ne lui donne pas, c'est sûr que sa bouche est déjà ouverte* ». Cette phrase laisse penser à l'existence des échanges réguliers des repas et de cadeaux, exprimant ainsi la solidarité et la confiance entre ces deux locataires. Au cours d'une de mes visites, je la trouve sous le même arbre et après les salutations d'usage, Marie-Juliette rejoint son *« simande* » (espace nu situé dans la devanture de la case moose). C'est le lieu où nous avons généralement tenu nos longues conversations. Dans cette cour collective, cet espace symbolise pour elle un « chez soi » où elle retrouve sa famille pour le temps d'une visite. Ce jour, après que sa fille benjamine fut rentrée de la ville, une autre fille revenant de l'église pour une répétition de chorale nous a rejoints. La conversation est fort animée Jusqu'à 17H30. La causerie porte sur la sécurité dans le quartier. Elle raconte comment elle a été victime de vol d'argent.

> *« M (son fils) était passé me donner l'argent, 2000F ; j'ai payé quelque chose et il me reste environ 1750 F. Un jour de pluie, je me suis endormie et le voleur est rentré subtiliser son porte-monnaie. Après s'être emparé du contenu, il l'a jeté dans l'eau. La cour était inondée d'eau » (Entretien du 12 novembre 2012).*

Entre temps, les discussions s'orientent sur le coût de la vie et elle se met à comparer le prix des fruits entre la Côte d'Ivoire et le Burkina. La causerie tourne également autour de la qualité de son repas. Elle est particulièrement remontée contre sa fille benjamine. Malgré les récriminations de la mère, la fille est silencieuse. Le débat devient houleux quand Marie-Juliette évoque le problème des nouvelles conversions religieuses. Elle commence à se plaindre que sa fille ne veut pas la conduire à l'église du quartier. La jeune fille réplique en haussant la voix qu'elle aurait bien voulu le faire, mais malheureusement sa mère ne peut ni monter sur une moto, ni se déplacer à pieds. Devant la voix qui monte et que la voisine lève la tête pour écouter, Marie-Juliette se tait et change de sujet de conversation. Elle

me parle de ses maux de pieds. Quand sa fille va à la boutique, elle exprime ses soucis à son égard du fait qu'elle ne soit pas encore mariée à trente ans. Elle déplore également que son grand-frère de quarante-deux ans soit encore célibataire. La vie quotidienne est ainsi rythmée et une nuit, je me rends chez Marie-Juliette.

Il est bientôt 20 heures. Marie-Juliette est assise dans la pénombre sur sa terrasse qui longe la porte de sa maison. Il fait très chaud. Sa fille benjamine qui s'occupe d'elle est sortie pour aller chez sa copine (cela devient une habitude). Les moustiques pullulent. Elle prend un foulard pour les chasser et me dit qu'elle ne peut pas dormir sous une moustiquaire bien qu'elle ait été attributaire. Par ailleurs, au cours d'une de nos discussions, Marie-Juliette insiste sur le fait qu'il fait très chaud à l'intérieur de sa maison. Elle dit qu'elle transpire énormément et aurait souhaité dormir en plein air mais les enfants s'y opposent. La perception de la qualité du logement influence sur le bien-être de la personne. Aussi quand un accident survient, celle-ci ravive le malaise social. Au cours d'une de mes visites, je constate que sa cheville gauche est enflée et qu'un bâton est posé à côté de sa natte. Quand je m'enquière de la cause de ce traumatisme, elle me répond qu'elle est tombée dans la maison en cherchant un objet. Elle ne cesse de me dire *«Um sein beeka, ka noom ye* » [je ne suis pas contente de vivre ici] et qu'elle vit dans cette cours « *ne paakre* » (litt. par contrainte). Pour comprendre les conditions actuelles de vie de cette femme, il convient de retracer son histoire.

5.1. Une migration ordinaire en Côte d'Ivoire

La plupart des familles localisées dans les villages périphériques de la capitale (30 km), connaissent l'influence de la ville sur les modes de comportement des jeunes. L'attractivité du catholicisme en son temps, comme un symbole de la modernité amène Marie-Juliette à abandonner sa religion musulmane pour le catholicisme, il y a environ une cinquantaine d'années. Malgré l'opposition de ses parents, elle insiste et finit par avoir le soutien d'un de ses oncles pour son nouveau choix de vie comme plusieurs autres filles de son âge. Cette prise de liberté et l'adoption de nouveaux styles de vie qui ne vont pas toujours dans le sens des coutumes ne sont pas sans conséquence pour les choix de mariage. Aussi, rencontre-t-elle sa première véritable tension familiale, quand elle refuse le conjoint que ses parents lui imposent, conformément aux codes culturels. Le choix du

mariage par amour la contraint comme trois de ses camarades à migrer en Côte d'Ivoire avec un jeune d'un village voisin où ils célèbrent leur mariage dans le pays d'accueil après leur baptême. Les jeunes ont d'abord été accueillis par un réseau de connaissances de parents et d'amis installés depuis belle lurette. C'est par la suite, qu'ils prennent leur autonomie en s'installant définitivement dans la localité de Bouaké où son époux obtient un poste de cuisinier dans un collège. Les avantages supplémentaires liés à ce poste et le revenu permettent à la famille de connaître des conditions de vie relativement faciles. Logés au centre-ville et proche du collège, Marie-Juliette met en place un commerce de fruits et légumes et un bistrot de bière devant la concession, qui devient un lieu de rencontres. Le couple recevra à leur tour des jeunes migrants (confiés) du Burkina. Le récit sur le mariage de ce fils, adoptif et de religion protestante met en scène la largesse de son réseau social et son intégration locale. Bien connue dans les rues, elle est affectueusement surnommée « *la « X man » [la maman de X] ou « Y… m'ma » [la maman de Y…] ou « Manga »[le nom de son village]».* Ces appellations courantes marquant non seulement la proximité sociale se traduisent également par une appréciation positive de sa vie à Bouaké. Elle en parle comme un lieu agréable « *ting nongo* » (litt. Terre bonne) car elle se sent bien intégrée et elle dispose d'une activité économique florissante. Durant le temps de son installation à l'étranger, elle est d'abord revenue pour la réconciliation avec la famille et après cela, elle venait régulièrement. La navette entre les deux pays va faciliter un double ancrage dans sa communauté d'origine, tout en préservant son réseau social dans le pays d'accueil. Malgré les meilleures conditions de vie à l'étranger, il nourrissait le projet d'un retour définitif au pays. Pour ce faire, elle met en œuvre une stratégie pour faciliter le mariage des filles avec des burkinabè car les « *gnissi* » (Agni, ethnie ivoirienne) symbolisent l'étranger. A leur adolescence, elle profite d'un retour au pays pour les confier à des parents du village de son mari ou à un parent de la ville. Aujourd'hui, cette pratique se solde par une trajectoire scolaire très catastrophique des filles. Elles ont abandonné toutes l'école au niveau du primaire et se sont mariées de façon précoce. Résultat, aucune des trois filles ne possède un emploi stable actuellement.

La première fille, 49 ans, est mariée à un gendarme polygame de deux femmes. Elle travaille comme fille de ménage dans une entreprise privée et reçoit un salaire à peine équivalant au SMIG (30.000F CFA). Celle-ci vient tous les

quatorze jours voir sa mère après son travail de nettoyage. Elle s'est convertie à la religion protestante et elle a trois enfants. La deuxième fille, jeune veuve d'un pasteur d'une grande église évangélique ne semble pas porter ses quarante-cinq ans. Quand le mari vivait, celui-ci aurait instruit sa femme de se consacrer uniquement aux affaires religieuses. Après son décès, face aux difficultés financières elle décide d'apprendre un métier. Elle réussit à avoir un stage de cuisinière dans un grand hôtel de la place mais au bout de quelques temps, elle abandonne. Elle vit avec ses quatre enfants d'une allocation financière de l'église. La benjamine des filles, reprend les études en cumulant un travail de gérante dans un télécentre. Elle n'obtient pas le brevet. Avec le déclin des télés centres à cause de la multiplication des téléphones portables, elle se retrouve au chômage. Elle suit des cours de soir en bureautique (informatique) et elle obtient à la fin un stage non rémunéré dans un hôpital public de la ville dans l'espoir d'être embauchée. Finalement, elle ne sera pas employée après les trois mois de stage et elle me dit avec amertume « *si tu ne connais pas quelqu'un, ce n'est pas facile d'avoir un emploi* ». Actuellement, elle est au chômage. Elle passe la majeure partie de la journée chez une de ses copines, qui gère un salon de coiffure. Au cours d'un voyage à Bobo-Dioulasso, elle rencontre un homme avec lequel, elle se marie en Mai 2014. Aujourd'hui, elle réside à Bobo, une ville située à plus de trois cents kilomètres de la capitale.

Contrairement aux filles, hormis le fils aîné, les trois autres garçons, ayant poursuivi leur cursus scolaire à côté de leurs parents ont réussi leurs études. Le premier garçon, âgé de 52 ans réside toujours à Bouaké ; il est tailleur. Le deuxième est un employé du secteur de la télécommunication. Il travaille dans une ville secondaire du pays. Toujours célibataire, malgré son âge de 42 ans, sa mère le traite de célibataire « endurci ». Le troisième garçon est un instituteur. Au cours de l'année 2013, par le biais d'un opérateur d'immigration, il part au Canada avec sa femme et ses deux enfants. Enfin, le quatrième garçon, vivant en concubinage avec une fille, est un cadre du ministère des affaires étrangères. Il effectue constamment des sorties hors du pays.

La configuration de la famille favorise la bi-résidence entre ces deux pays. Quand Marie-Juliette revient au pays, elle y reste jusqu'à ce que « *ti yam leogo yii*» (litt. Satisfaction épuisée). Au cours d'un de ses nombreux déplacements, elle est

informée du décès brutal de son mari, retraité en 2006. Après la messe de requiem, elle décide de rejoindre définitivement ses enfants au pays.

5.2. Les facteurs d'influence de l'intégration locale

S'interroger sur les conditions d'intégration au niveau local après un retour de migration à la vieillesse, suppose la prise en compte de plusieurs facteurs. Le premier élément porte sur le lieu de l'habitat d'accueil. En effet, où vit-on après avoir passé plus de cinquante ans dans un autre pays ? La question n'est pas anodine quand on sait la place prépondérante du réseau familial dans le processus d'intégration dans un quartier. En effet, habiter un quartier c'est « s'intégrer peu à peu dans un réseau d'interconnaissance lâche, et partager des connaissances intuitives de quelques personnes-symboles » (Bozon, 1984 : 71). Les moments de la vie et les temps de la vie quotidienne participent à faire de l'habitat, un lieu qui n'est pas neutre. Une des difficultés que va rencontrer Marie-Juliette est l'absence d'un domicile fixe, qui la contraint à une instabilité résidentielle permanente.

5.2.1. L'instabilité résidentielle

Dès le retour, Marie-Juliette connaît une situation d'instabilité résidentielle en fonction des événements familiaux. Elle réside d'abord près de son village d'origine, puis rejoint un quartier excentré et éloigné de son village et termine dans une cité.

Vivre près de son village d'origine

Dans un premier temps, elle habite temporairement chez la sœur de son mari (*siida taon*) pendant trois jours à Ouagadougou. Puis, elle rejoint le village et reste quelques mois dans la maison d'une veuve du frère de son défunt mari. Après un long silence réflexif, elle me dit que si sa belle-mère vivait, il lui aurait été possible de vivre à Toesse, mais « *tond pagba ne taaba, ya toogo* » [entre nous les femmes, c'est difficile]. Quelques temps après, elle s'installe dans un quartier proche de son village d'origine et pas très loin de la famille d'une de ses filles. La location coûte 8000 F (14€) par mois. La cour est dépourvue d'eau courante et d'électricité. Une fontaine publique est située à quelques mètres de son domicile. Aussi, n'est-elle

jamais allée à la fontaine car ses petits-enfants l'approvisionnent en eau avec une barrique (un appareil muni de deux roues, sur lequel est monté un fut de 200 litres que l'on pousse). De par la proximité de son village et de sa fille, elle réussit à se reconstruire un nouveau réseau familial de base qui joue un rôle dans le processus d'intégration dans une localité. Elle raconte :

> *«J'ai beaucoup de connaissance là-bas; les filles, les hommes… beaucoup sont mariés et vivent là-bas… d'autres sont des commerçants aux marchés…Parfois, je suis assise et une personne revient du marché et passe me rendre visite. N'est-ce pas bien ? »*

Cet extrait parle de cette maison avec un souvenir agréable car la proximité de sa résidence avec son village d'origine favorise les visites. Elle reçoit ses *puigdse* (neveux) du village, qui de passage à Ouaga viennent lui rendre visite. Certains viennent lui offrir des céréales (*bèga* [haricot], *naagouri* [arachides], *kamana* [maîs], *Zoom* [farine]). La reconstitution du noyau familial local participe à une consolidation de son identification au groupe d'appartenance. Les moments de partage des repas avec les parents du village et les visites des petits enfants participent à une reconstitution symbolique de son statut de personne âgée valorisée. Le processus d'intégration à la localité (fêtes, petits-enfants, voisinage) va connaître une rupture avec un nouveau déménagement en l'absence d'une maison appartenant à ces enfants qui aurait permis un enracinement local (Bozon, 1984).

La proximité géographique avec les enfants

Contre sa volonté, elle est contrainte de rejoindre un de ses enfants dans un autre quartier pour des raisons de proximité géographique. La mobilité contrainte de la mère peut mettre en lumière non seulement les rapports de pouvoir entre le parent âgé et les enfants mais également les différents statuts économiques des enfants. Elle est rejoint les plus aisés. Bien qu'elle se sente bien dans l'autre quartier, cette fille ne dispose pas de moyens pour subvenir à ses besoins. Cette situation obligeait ceux qui ont les moyens d'effectuer de longs déplacements pour subvenir à ses besoins. Dans une ville qui ne cesse de s'étendre, les enfants ont estimé que cela leur coûtait « *en temps et en argent* ». Cette nouvelle localisation a l'avantage de la mettre près de tous les enfants qui se retrouvent les dimanches chez elle. La proximité géographique est alors assimilable à une proximité affective. Cependant les nombreux déplacements hors de la ville pour des raisons de travail amènent la

femme âgée à vivre avec sa fille benjamine. Aussi, se plaint-elle régulièrement de se sentir seule en ces termes :

> *« Mais ici, ils disent qu'ils ne peuvent pas pédaler un vélo venir ici ; ils ont raison… d'autres sont mariés à Silouk; d'autres à Souridatanghin- qui peut pédaler un vélo venir jusqu'ici pour voir sa connaissance au risque d'attraper la maladie (rires). Qui va laisser sa femme pédaler un vélo….arrivée à Ghingou, se reposer et continuer jusqu'ici… dépasser le grand marché… elle va donner des maladies à son mari ; est ce que son mari va accepter ? Ils (les enfants) ont soutenu que ici, c'est plus proche d'eux…les gens du village aussi ont dit que comme les enfants m'ont éloignée, eux 'ils ne peuvent pas quitter le village et venir jusqu'ici… les hommes eux ont des motocyclettes ; mais les femmes »…*

Cet extrait montre deux types d'isolement. Le premier creuse une distance sociale entre la femme et sa famille du village et le second la conduit à vivre une relégation territoriale. Elle ressent très mal cette situation et c'est avec une voix plaintive qu'elle me raconte sa nouvelle vie dans le quartier. Non seulement, elle ne connaît pas beaucoup d'individus de cette localité, mais également elle ne peut pas se rendre à l'église du quartier. Ce déracinement local se conjugue avec sa figure « d'étrangère » pour renforcer son anonymat dans le quartier. Situation vécue comme un mal-être pour une femme qui avait un réseau large à Bouaké. Aussi connaît-elle des moments de solitude et d'isolement temporaire. Mes notes de terrain, le premier janvier 2014, jour de fête :

La solitude lors de la fête du premier janvier

Si j'insiste sur la solitude le jour de la fête c'est parce qu'elle fait partie des grands moments qui sont à la fois particuliers et valorisés dans la sociabilité quotidienne. Généralement, la fête offre l'occasion aux membres de la famille qui ne vivent pas ensemble de se retrouver assemblés en un seul lieu et en un temps. C'est ce qui fait dire à Bozon Michel (1984) que «les comportements festifs seraient de simples prolongements des comportements sociables quotidiens » (Bozon, 1984 : 145). Elle fournit alors une mise en scène plus poussée des difficultés d'intégration sociale de la vieillesse immigrée.

Il est 16 h 52. Marie-Juliette est couchée sur sa natte sous le « *melinas*[21] » toute seule. Angèle qui s'occupe d'elle est allée à Bobo pour les fêtes de fin d'année.

21 Nom scientifique : Melina arborea

Elle me montre un plat contenant de la viande de poulet que Yannick et sa « femme » sont venus lui donner. Étant donné que le poulet n'est pas dépiécé, elle s'est fait aider par la femme *Samogo* avant de pouvoir mettre les morceaux de viandes au feu pour mieux conserver (cela consiste à mettre dans la marmite chauffée, tourner la viande jusqu'à extraire toute l'eau du poulet). Cependant, elle a reçu de la nourriture des familles voisines. Vers 18 heures, sa fille Hélène passe lui rendre visite.

Toutefois, je ne voudrais pas noircir cette image de solitude de la femme car les occasions de rencontre existent de temps en temps au rythme de la disponibilité des enfants. En effet, elle reçoit tous les quatorze jours, une des filles. Sa venue coïncide avec le temps de renouvellement de la coiffure de Marie-Juliette. Dans mes carnets de notes, je retrace quelques aspects de sa visite.

Concilier le temps de travail et les aides à la mère

Travaillant comme une fille de ménage dans une société privée, sa journée de travail commence à quatre heures et finit au plus tard à huit heures. Il est dix heures quand j'arrive chez Marie-Juliette. Sa fille venait de finir de natter la tête de sa mère. Placée dans un coin de la « cour », de sorte à pouvoir parler avec sa mère, elle lave les habits avec un seau d'eau. Pendant ce temps, la mère est assise sur une natte, les jambes tendues. Elle n'a pas encore pris son petit déjeuner. Quelques minutes après mon arrivée, elle demande à sa fille d'amener son médicament qu'elle prend tous les jours. Avant d'avaler son produit, elle se fait apporter son petit déjeuner, composé ce jour de haricot avec du couscous de maïs. La fille amène également un plat d'eau pour laver les mains, un petit flacon d'huile, un petit bocal de sel. La femme met l'huile dans le plat de couscous, remue avec sa main et se met à manger tranquillement son repas. A peine a-t-elle commencé de manger, que la fille lui apporte de l'eau avec un gobelet. Après elle retourne poursuivre la lessive. La conversation entre la mère et la fille porte ce jour sur les banalités de la vie, des nouvelles de la famille du village. Quand la mère finit de manger et après s'être lavée les mains, elle boit une gorgée d'eau et termine par la prise de médicaments. Immédiatement, la fille ramasse les plats. A la fin de la lessive, elle cuisine le repas de midi. Pendant que la fille pile les condiments, la mère coupe les oignons, les

tomates ; quand bien même, la fille lui suggère de laisser, la mère refuse ; ainsi elle participe à faire la cuisine. L'ambiance est joviale et rieuse.

Les moments de convivialités familiales réduisent les moments de solitude et prennent la forme d'un soin. Cependant leur effectivité n'échappe pas aux contraintes liées aux activités professionnelles des enfants. Dans ce cas-ci, les tâches confiées à la petite sœur sont déléguées momentanément à une autre sœur. Une organisation informelle est mise en place pour les soins de la femme sans qu'on ne sache clairement à qui incombe cette responsabilité. L'aide se fait en fonction de la disponibilité des uns et des autres et quand il arrive que tout le monde ne soit pas libre, la femme malgré ses difficultés de locomotion doit faire la cuisine, chauffer son eau et se laver. C'est dans ce contexte, qu'un nouveau changement de résidence survient puis que la fille cadette va se marier.

Le mariage a lieu au village. La jeune mariée doit rejoindre son mari à Bobo-Dioulasso. M'inquiétant sur le devenir de sa mère, la fille me rassure que la famille va trouver une solution. Elle ajoute que cette situation était prévisible. Effectivement, un des fils, travaillant dans l'administration publique vient de louer une maison dans une cité résidentielle, très excentrée de la capitale. Celui-ci, vivant en concubinage avec une fille qui travaille dans une autre localité consent à accueillir leur mère.

La vie dans la « cité »

Dans le langage courant des ouagalais, le mot « cité » ne renvoie pas à la ville mais à un quartier où on a construit des villas à des fins commerciales. Les logements sont en villas de plusieurs standings en fonction des coûts. Le terme « cité » est devenu populaire avec les constructions des premiers logements de la révolution. Le nouveau logement est plus éloigné de l'hôpital par rapport à l'ancien. La localité est calme. Dans la journée, règne un silence car chaque locataire est enfermé dans sa cour menue de hauts murs. La nouvelle cour de Marie-Juliette est une mini-villa de deux chambres avec un salon et une cuisine. Le confort matériel apparaît au visiteur. Le plancher est revêtu de carreaux. Deux ventilateurs sont fixés au plafond. A l'intérieur, des fauteuils rembourrés sont disposés de façon circulaire autour d'une table au-dessus vitrée. Dehors, le sol est recouvert de cailloux concassés pour se protéger de la boue pendant la saison des pluies.

Dans la journée, Marie-Juliette est seule enfermée dans la grande cour. Il va falloir lui trouver une aide pour la cuisine mais aussi pour lui tenir compagnie. Les rapports conflictuels que les enfants entretiennent avec la famille lignagère (que je décris plus bas) ne facilitent pas l'obtention d'une fille de la famille. Ainsi, les enfants mobilisent leurs amis en ville et obtiennent une fille de l'ethnie « gourounsi », qui ne parle pas très bien le « *Moore* ». Seulement la fille est scolarisée et elle doit cumuler les études et les travaux domestiques. Les motifs de querelles ne tardent pas à survenir. D'abord, elle se plaint de la qualité du repas. La famille prépare des mets qu'elle qualifie de « *nourriture de blancs* ». Au cours d'une de mes visites, elle me répète que sa bru ne connaît préparer que des spaghettis et du riz. Repas qu'elle ne préfère pas comme le *tô*. Par ailleurs, le ménage utilise des réchauds à gaz qu'elle ne sait pas non plus manipuler. La conjugaison de ses éléments contribue à élargir l'assiette de la souffrance de la femme. Enfin, un accident domestique va accroître sa frustration. Je surprends une dispute entre Marie-Juliette et la petite fille. Celle-ci venait de renverser à terre un seau contenant du maïs. En effet, la petite fille que Marie-Juliette qualifie pourtant « de brave » constate que la farine de cuisine tire vers sa fin et décide de vanner le maïs avant de le mouiller. Malheureusement, au cours de cette opération, le récipient se renverse et les céréales se mélangent au gravier de la cour. Marie-Juliette entre dans une colère noire et vocifère ; l'enfant, réfugiée calmement dans un coin de la maison regarde timidement la femme. Loin de la ville, enfermée seule dans une grande maison et incapable de poursuivre ses petites activités économiques, Marie-Juliette se plaint de ses conditions de logement et du repas et menace de rejoindre le village. Cependant les marges de contestation sont faibles puisqu'elle suit un traitement régulier à l'hôpital et en plus, les enfants n'ont pas une cour au village. Finalement, elle se résigne et passe sa journée toute seule en attendant le retour de « l'élève-domestique ». La cour devient plus animée les week-ends avec le retour de la jeune épouse de son fils.

Les plaintes de la femme s'inscrivent dans une stigmatisation sociale plus large des cités qui donnent l'image d'un univers clos. En effet, elles sont perçues comme des lieux de restriction des liens familiaux et des pratiques de voisinage symbolisées par la hauteur des murs. Au contraire des autres endroits, où elle a sa maison bien distincte, ici, elle dort dans une chambre de la villa. Se développe une

certaine forme d'intimité individuelle qui s'accompagnent de la multiplication des règles d'hygiène et des manières singulières de vivre. Cela se constate dans le nettoyage continu par la servante (petite fille) quand une goutte d'eau, un grain de riz, une tâche de sauce tombent sur le plancher du salon. La menace de repartir au village montre bien que son mal-être. Malheureusement, les rapports entre les enfants et la famille du village sont des plus conflictuels autour de la terre et de la religion.

5.2.2. Les rapports avec la famille lignagère

Le rapport au village s'élabore à partir de deux éléments conflictuels. Le différend premier porte sur la gestion de la terre familiale et le second litige concerne les pratiques religieuses.

Le conflit autour de la terre

Les conditions de réinsertion familiales sont sapées par un conflit foncier avec les parents du village d'origine. Lors du lotissement de la localité d'origine, les enfants (les trois garçons) de Marie-Juliette ne sont pas recensés comme des ressortissants de la zone. De ce fait, ils ne bénéficient pas de parcelles. Aussi raconte-t-elle comment cet oubli de recenser son mari a été source de tensions au sein du lignage ? Elle raconte :

> *« Certains membres de la famille ont dit que ce n'est pas normal que « Um ba » (litt. Expression pour désigner l'aînesse) Dieudonné ne soit pas là et que lors de la distribution des parcelles, ni lui, ni aucun de ses fils ne soit attributaires » (Entretien, 25 novembre).*

Aux dires de Marie-Juliette, les enfants ont ressenti ce comportement de la famille lignagère comme une exclusion des liens familiaux. La gestion foncière met en lumière « la fragilisation du monde coutumier et de la déliquescence du *kis-sida rôgom* (la confiance à la parenté) et du *wuum taaba* (l'entente)» (Laurent, 2009 : 273). Dans nos discussions, elle parle moins de la famille de son époux que de ses parents directs. L'enjeu de ce conflit porte sur la sécurité sociale à la vieillesse. La description de la gestion des *pug gnãse* dans la société *moose* faite par Pierre-Joseph Laurent apporte un éclairage pour comprendre les effets de la crise relationnelle avec le village sur le bien-être de la femme au cours du vieillissement. La femme ménopausée (*rogo soyâ me* [litt., celle qui a fini d'accoucher]), la veuve (*pokore)*, la séparée (*welegre*) ne vivent pas seules et ne sont pas renvoyées dans

leur village d'origine. Des solutions existaient pour faciliter leur prise en charge mais également leur insertion dans les solidarités familiales. Une première solution consiste à leur donner une petite fille, comme une aide familiale qu'on appelle « *yir paga ou paga yir paga* » (litt. La femme de la cours de la femme). La seconde solution consiste au lévirat. Ainsi il peut arriver qu'un jeune homme, épouse une femme plus âgée que lui de cinquante ans. Ce mariage « sans sexe » permet à cette dernière de bénéficier d'aides au sein de la famille. Cette situation rend compte des rôles des alliances secondaires dans la sécurité sociale des femmes âgées (Laurent, 2010a). En effet, celles-ci interviennent pour résoudre des problèmes de la vie quotidienne au sein de plusieurs catégories de parents. Dans notre cas, le conflit foncier a contribué à ébranler les alliances secondaires. En se voyant imposée une vie à Ouagadougou, la vielle femme rompt également le système de patrilocalité renforçant de ce fait son statut d'étrangère.

La séparation du corps et de l'esprit

Ce conflit foncier va s'exacerber avec le refus des enfants d'organiser les funérailles de leur père, décédé en Côte d'Ivoire. La famille du village demande aux enfants d'organiser une deuxième fois une messe de requiem (la première étant déjà faite en Côte d'Ivoire). Les enfants sont réticents parce que cela est contraire aux préceptes de la religion protestante. Comme le démontre Laurent (2009), la conversion transforme les relations aux autres à travers l'adoption d'une vision dualiste du monde. C'est pourquoi les funérailles soient-elles catholiques relèvent du registre démoniaque dont il faut avoir « l'audace de se distancier » (ibid., p.275). Or sans ce rite funéraire, la « *vieille femme* » ne peut pas être réintégrée dans la famille de son époux. La messe est une attestation de décès qui déclenche les pratiques coutumières y afférentes. Il en résulte que la femme et ses enfants sont considérés comme des étrangers dans la famille lignagère. L'étranger est défini comme « celui qui n'a pas été formé dans le double cycle reproductif et productif » (Meillassoux, 1998 : 25) au sein de la paternité sociale. Dans son analyse de la solidarité lignagère dans les sociétés domestiques, l'auteur montre qu'il y a un cycle de dettes et de créances qui unit les générations. Les enfants n'ayant pas été associés à ce cycle sont considérés comme des étrangers. Les termes de « *diaspos* » ou de « *tabouga*- en langue locale) pour désigner ces enfants traduisent cette idée de l'étranger. Par opposition, l'ingénu est « celui qui est né et qui a crû dans la

communauté » (Ibid., p.25). L'analyse de Meillassoux sur les esclaves donne encore une clé de compréhension de cette situation de réinsertion difficile. Il montre que le mariage d'une fille dans une communauté facilite son adoption par les cadets ingénus du lignage. Dans notre cas, la vieille femme n'a pas été remariée pour faciliter son réinsertion dans les solidarités lignagères. En outre, toutes les trois filles sont mariées à Ouagadougou et se sont converties au protestantisme alors que la famille lignagère est catholique ou de la religion traditionnelle (j'ai pu le vérifier au cours d'une cérémonie au village). C'est ainsi que les enfants en retour refusent de participer aux événements sociaux comme les décès de son cousin dont elle me parle avec une profonde déception.

> *« Mon cousin ; son père et mon père sont de même père et de même mère… est décédé au village de Saonba ; son « dwa » (funérailles musulmanes) a eu lieu le 20 décembre 2013. Je voulais m'y rendre, mais aucun de mes enfants n'est disponible pour m'amener. Je t'ai appelé la dernière fois au téléphone pour t'informer et te demander de me déposer ; mais si tu me déposes au village qui va me ramener car je voulais profiter y rester quelques jours ? (elle m'a appelé sans me demander le service) ; surtout que je ne peux pas monter sur une moto à cause de mes douleurs à la hanche. J'ai demandé aux enfants de s'y rendre ; ils ont refusé car ils disent que les protestants ne se rendent pas à des dwa ; je regrette que Rigobert soit au Canada car il se serait rendu surtout que le décédé est un très proche de la famille ; finalement à force d'insistance, Joséphine et Pauline sont parties l'autre jour pour présenter les condoléances de façon discrète. Alors que l'important est de participer le jour J pour que tous les membres du lignage les voient. Je me rappelle que dans le passé quand j'étais en Côte d'Ivoire, au décès de son grand frère, j'ai été informé 4 jours avant le doua ; je me suis levée venir au Burkina pour y participer depuis la Côte d'Ivoire. Mais cette fois ci, bien que je sois à côté, je n'ai pas pu aller à cause de mon handicap » (1er janvier2014).*

Cet extrait met à jour les limites du pouvoir de la femme à négocier ses choix de vie avec ses enfants. En changeant de religion, les enfants décodent désormais « les rapports sociaux en termes de mal et de bien » (Laurent, 2009) dans « le respect des principes bibliques » (Ibid., 2009). La vieille femme ne partage pas leur vision du monde. Cette séparation du corps et de l'esprit avec le lignage est une source de souffrance pour la femme qui fustige les adeptes de la religion protestante. Elle les traite de « *nii viido* » (litt. Un être vide) qui le jour de « *ton décès prépare et mange et ne fait pas de funérailles* ». Aussi un jour en évoquant sa propre mort au regard de nombreux décès dans son entourage, elle s'inquiète de l'organisation de ses propres funérailles. Est-ce que les enfants accepteront-ils ? Alors qu'un jour, je ramenais une de ses filles en ville, une discussion s'engage entre elle et moi sur les

messes de requiem. Après avoir rappelé les préceptes de l'église évangélique, elle me déclare qu'elle n'a jamais participé à une telle cérémonie. Pour sa mère, elle dit qu'elle *« n'en pense pas* » pour le moment.

Aussi met-elle en œuvre des solutions pragmatiques quand sa fille benjamine organise son mariage. Tous les frères et sœurs engagent des négociations pour rétablir momentanément les liens lignagers. Situation de duplicité des rapports lignagers qui « voient dans le prochain, tantôt l'allié le plus sûr, tantôt l'ennemi le plus acharné » (Alain, 1997 : 78). En effet, la duplicité apparaît dans le fonctionnement de la logique de la dette. C'est ainsi qu'entre le besoin de se retirer des liens de solidarités familiales du village par les frères (religion et conflit foncier), se greffe l'obligation de maintenir le contact pour la nécessité du mariage de la fille. En effet, dans leur rapport avec leurs aînés lignagers, la génération actuelle tente de négocier dorénavant leurs relations avec la communauté en trouvant la bonne distance : « ni trop loin, ni la soumission dépendante, ni l'indépendance autarcique, mais l'adhésion réflexive et critique du sujet autonome, responsable de soi et de ses proches » (Ibid., p. 98). Cette manière de s'inscrire dans les relations avec le village ne satisfait pas la mère. Elle ressent cette condition d'existence comme une souffrance dont elle résume cela à travers ses besoins :

> *« Ce que je veux vraiment, si j'avais quelqu'un c'est retourner au village vivre. Comme je n'ai pas un enfant comment je vais faire ? Si je dis de me trouver un enfant, ils n'écoutent pas. Si j'avais un enfant, je ramasserais tous mes matériels et je retournerai au village. Je parlais à quelqu'un la dernière fois, que je veux aller vivre au village et il m'a dit que si je rentre au village, les enfants ne vont plus s'occuper de moi. S'il y avait un seul qui voulait aller vivre au village avec sa femme, ouhn (manifestation de joie), je serais partie vivre avec lui au village. Je respecte leur volonté, ou si mon mari était vivant, je serais simplement retourné en Côte d'Ivoire…Ce sont ces deux problèmes… le fait aussi que l'aîné, ne vient pas. Ce problème me dérange trop » (Entretien, novembre, 2014)*

La crise de la réinsertion sociale à la vieillesse après un retour de migration se comprend dans un contexte de changement social. La préoccupation de son devenir post-mortem dans un contexte de conversion religieuse participe à une expérience singulière du vieillir.

Conclusion

En faisant une entrée empirique par les mobilités résidentielles, ce chapitre m'a permis d'explorer plusieurs facettes de l'expérience de vieillir en milieu urbain à partir des trajectoires individuelles. L'expérience du déguerpissement repose sur des données objectives et sur le regard subjectif des conditions de vie d'une femme âgée. En tant que mode d'aménagement du territoire urbain, le déguerpissement façonne la trajectoire de la famille de Sarata qui passe d'un état de « vivre ensemble » à un autre de « vivre séparé ». Changer de domicile à un âge avancé contre son gré est susceptible d'engendrer des phénomènes de paupérisation, tout en soulevant la question de la mixité générationnelle. En plus, les phénomènes de désaffiliation sociale et « territoriale » entraînent une crise de l'habitabilité du nouveau territoire. Loin de la ville avec ses centres commerciaux, loin de certains de ses enfants, le fait de déguerpir, de perdre son statut social participent de la transformation d'une identité sociale. Le changement de logement, pose non seulement la question du rapport de la personne vieillissante à l'espace ancien et au nouveau mais également la quête du sens du vieillir. La mobilité urbaine met à jour l'ambiguïté de la ville, comme lieu des opportunités et des menaces (Simone, 2004) et appelle alors à repenser la politique urbaine. Finalement cette lutte pour la survie se démêle entre espoir et souffrance.

A l'opposé de la mobilité résidentielle interne, qui n'entraîne pas une grande dislocation des systèmes d'affiliation et de solidarité familiale, le retour d'immigration, doublé d'une instabilité résidentielle menace en permanence l'insertion résidentielle. C'est l'épreuve de l'habitat. Le processus d'insertion sociale et familiale est fonction de la capacité de prévenir la dispersion des groupes familiaux et sociaux à l'intérieur du pays d'origine. L'absence d'un logement d'accueil dans le village est un facteur aggravant l'insertion dans les alliances secondaires. Les *ouagalais* ne disent-ils pas qu'un locataire n'a pas de voisin ?

Chapitre 5: «Nin-kεεm-*kʋdre*» [Le grand-âge]

La question du grand âge constitue un des enjeux majeurs de la prise en charge de la vieillesse au niveau de la famille. L'image des sociétés africaines, comme une société de jeunes cache une réalité de la vieillesse: le cas des personnes très âgées. La rhétorique sur la faible proportion de la population de plus de 60 ans et une faible espérance de vie à la naissance cachent certaines réalités vécues. Les espérances de vie sont à 55 ans de 17,4 ans ; à 60 ans de 16,4 ans et à 85 ans de 4,9 (INSD, 2010). Elles traduisent des longévités différentes. La figure du grand-âge, appelé localement en *Moore* [nin-kεεm-*kʋdre*] se justifie par le fait que les individus échappant à la sévérité de la mortalité vivent plus longtemps. Le dernier recensement de la population dénombre environ 5346 personnes de plus de 80 ans dont 1423 âgées de plus de 90 ans dans la commune de Ouagadougou. Étant donné que dans ce dénombrement quelques 8315 personnes ont un âge indéterminé (plus de 50% des aînés ne connaissent pas leur âge), ces chiffres ne donnent alors qu'une vue partielle. Ce qui me préoccupe n'est pas tant leur nombre que les problèmes associés à leur prise en charge tant au niveau de la famille que dans les structures médico-sociales. Les registres des discours les concernant sont divers pour prétendre qualifier un groupe homogène. Cependant leur trait commun est l'exigence de soins quotidiens. Une femme de 52 ans, gestionnaire de projet raconte son expérience en ces termes :

> *« Le problème de ma mère [elle a 89 ans] est grave. Ma sœur et moi, nous nous sommes répartis les jours de visite. Quand je pars, je dois la laver, lui donner à manger avant de revenir. J'en ai pour une demi-journée. Franchement, ça prend mon temps de travail. Si je pouvais trouver une personne pour le faire, même à 300.000 FCFA (500€) le mois, nous sommes prêtes à payer…. » (Entretien, 23 Août 2013)*

Un autre témoignage à l'hôpital vient édifier les contraintes de la prise en charge des plus âgés. Un monsieur de 80 ans est hospitalisé pour un problème cardiaque. Au bout d'une dizaine de jours, pendant la visite médicale journalière, le médecin regarde les bulletins d'examen biomédical, discute des constantes biologiques avec les médecins internes et dit ceci :

> *« Je crois qu'on va le libérer ; ses constantes sont stables ; à son âge on ne peut pas faire plus que cela pour lui » (12 octobre2013)*

Une des caractéristiques du grand âge est l'état de fragilité du corps. Le concept de fragilité apparaît comme une évidence lorsqu'on se propose de décrire la situation de certains individus. Cependant il n'existe pas de définition scientifique consensuelle (Bergman et al, 2004 ; Blanchard, 2004).

Dans la perspective biomédicale, la fragilité est perçue comme un syndrome clinique. Ainsi, elle se développe en fonction du vieillissement physiologique. Les sujets âgés dans ce contexte sont à risque d'hospitalisation en urgence avec des pronostics de décès très élevés. Dans une perspective fonctionnelle, un sujet fragile est celui qui est en équilibre instable. De ce fait, il peut décompenser dans son autonomie et dans sa dépendance à la suite d'un événement banal (Gobert, et al, 2012). La situation de fragilité s'inscrit dans un ensemble complexe de relation entre l'environnement, le mode de vie et la chronicisation de certaines pathologies Les facteurs en cause sont assez bien connus. Les chutes à la vieillesse représentent une part importante mais elles sont peu visibles. Nos données ethnographiques montrent que les personnes les plus âgées (plus de 75 ans) connaissent régulièrement des chutes[22]. Les autres facteurs identifiés sont les syndromes psychiatriques, les traumatismes, les paralysies, les troubles oculaires et l'âge très avancé (Ministère de la santé, 2008). C'est ainsi que la « dépendance lourde » touche une personne sur dix à partir de 80 ans et plus d'une personne sur trois à 90 ans. La fragilité se rapproche du concept d'incapacité. Cette dernière est une notion relative. Dans le droit burkinabè, le terme utilisé est « incapable ». Dans le code de la personne et de la famille (CPF), en son article 552, il est dit ce qui comme suit : « sont considérés incapables protégés les majeurs dont les facultés mentales et corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge et qui empêchent la libre expression de leur volonté » (Présidence, 1999 : 55). Cette définition juridique, inspirée des valeurs biomédicales renvoie au concept de dégénérescence biologique qui réduit l'être humain à son aspect biologique. Dans cette posture, la personne est identifiée comme un objet naturel, véhiculant de ce fait un contenu normatif (Novaes, 1991) alors que de toute évidence dans le cadre de la prise en charge de la vieillesse, l'individu défini comme incapable est un sujet de l'éthique. Plutôt que de poursuivre le débat sur les modèles de fragilités (Dramé

22 Selon le programme national de santé de la personne âgée 2008-2012 il y a 15% de chutes, dont 6% sont traumatiques et invalidantes chez de la population âgée de plus de 60 ans au Burkina Faso)

et al, 2004), il s'agit pour moi de questionner l'expérience de vieillir à cette phase de la vie à partir d'un cas concret. En d'autres termes, cette partie se propose d'analyser le contexte familial composé des acteurs divers, de comprendre le jeu entre les intervenants familiaux, les affects suscités par un corps répugnant et vieilli et les tactiques d'atténuation des émotions. Quelle représentation de la grande vieillesse ? Comment cette phase de la vie est-elle vécue par l'entourage ? Quels discours sur les émotions liées à la prise en charge des cas-limites ? Comment s'organise l'accompagnement en cette phase de vie ? Commençons par une présentation diachronique de l'hétérogénéité de l'univers familial de Paul pour mieux comprendre les tactiques des acteurs et les enjeux associés à la mise en place d'un dispositif de prise en charge familiale.

1 Trajectoire d'un néo-citadin

Le néo-citadin représente la population résidente qui s'est installée dans la capitale depuis plusieurs décennies. Il entretient toujours des relations avec le village d'origine (Marie, 1999). Mes notes de terrain à la date du 10 octobre 2014 :

Cela fait plus de trois ans que je fréquente la famille. Il est dix heures quand j'arrive dans la cour. Le chien aboie pendant plus de deux minutes. Personne ne sort de sa chambre. Bien que j'aie peur du chien, je claque mes mains pour attirer l'attention d'un membre de la cour. Au bout de quelques temps, la femme de Cyrille, fils adoptif, sort pour m'accueillir. Nous discutions quelques minutes du dernier mariage de la fille de Paul. Ce mariage a eu lieu à Doulgou et les membres de la famille du village et des alliés se sont donné rendez-vous chez un des fils du vieillard. Celui-ci m'avait dit : « *compte tenu de l'état du vieux, il est préférable qu'on ne fasse rien chez lui pour éviter que les visiteurs le voient».* La femme de Cyrille, vient d'accoucher il y a de cela cinq jours. Je lui demande quel est le sexe de l'enfant, elle répond *« yamba* » (litt. [Vous- pour signifier le même sexe que vous]). Elle me conduit dans la chambre du *nin-kɛɛm-kvdre* Paul. Quand je rentre dans la chambre, une odeur d'urine me rencontre. Le *nin-kɛɛm-kvdre* est couché dans le sens de la largeur du lit avec un boubou qui laisse voir qu'il ne porte pas de culotte. Les jambes débordent du lit et les pieds traînent au sol. Je remarque que le pied droit est enflé. Aussi, la jeune femme prend une serviette pour couvrir la nudité du *nin-kɛɛm-kvdre*. Il entend difficilement. Celle-ci est obligée de parler très fort

(elle crie à la limite) pour m'introduire. Le *nin-kεεm- kvdre* ne se souvient pas de moi en dépit du fait que ma dernière visite ne date pas de si longtemps. Comme cela commence à devenir une habitude, il me pose toujours les mêmes questions : qui suis-je ? De quelle localité je viens? Un silence s'installe pendant lequel, il essaie d'attraper le drap du lit. Je pense qu'il veut se lever, et je lui propose mon aide. La jeune femme, qui est revenue entre temps pour m'offrir de l'eau avec un gobelet en plastique me dit « *qu'il ne peut pas encore se lever* » pour me dissuader de l'aider à se lever. Elle ressort pour regagner sa chambre. Ma visite est ponctuée de longs silences. Aucune parole n'est échangée entre nous pendant plus de dix minutes. Entre temps sa compagne rentre et me salue. A peine si elle jette un coup d'œil à son mari alité et regagne rapidement l'extérieur. Ce jour-là, l'épouse n'est pas allée au marché comme d'habitude parce qu'elle s'occupe du nouveau-né. Mais qui est celui qui est couché ?

Paul, un *nin-kεεm-kvdre* de 83 ans vient dans la capitale au lendemain des indépendances vers 1961 où l'on constate une grosse vague d'exode rural des jeunes vers la ville à la recherche d'un bien-être. Une vue rétrospective de son parcours met en lumière la capacité d'un jeune homme à créer le profit et une volonté de s'affranchir des liens lignagers en se convertissant au catholicisme. A cette période, cette religion est le symbole de la rupture avec les pratiques ancestrales, emblème d'une modernité. Profitant du décès de son père, il vient pour apprendre la couture au « *daag kansga* » (grand marché). Dans un premier temps, Paul s'installe dans le quartier *Tangzougou* [litt. Au-dessus de la colline], une zone non lotie qui est située à mi-chemin entre la cathédrale et la paroisse de Saint Camille. Il se marie avec une fille que ses parents lui ont donnée selon les coutumes et plus tard il fait un mariage religieux à l'église Saint-Camille. De cette union naquirent sept enfants, dont l'aînée est une fille. Chaque dimanche, il va à l'église avec son vélo et sa femme marche. Cette image du couple catholique devient un modèle de modernité, véhiculé à travers les villages par le biais des catéchistes, véritables relais de nouveaux styles de vie bien encouragés par l'église. Les baptêmes des enfants sont minutieusement préparés dans les familles comme dans les églises et donnent lieu à des réjouissances populaires. Ces pratiques relèvent des politiques de prestiges au même titre que les messes de requiem et les funérailles traditionnelles. Mais en son temps, selon certains témoignages, le caractère spirituel

semblait être plus considéré que le fait festif car l'église semblait avoir un plus grand contrôle social sur les individus. En effet, la cathédrale n'est pas seulement un lieu de culte, mais un espace de diffusion de modèles familiaux, dont l'idéal-typique est le mariage monogame. L'école naguère rejetée, et réservée aux enfants des épouses « mal aimées » *[pug-beogo]* est bien adoptée par les chrétiens. Aucun des sept enfants de la famille ne meurt dans la petite enfance. Cette situation est interprétée comme un signe de bénédiction de la part de Dieu, bien que cette faible mortalité des enfants puisse être liée à l'utilisation par les femmes des services de santé maternelle et infantile. Immédiatement après son mariage, sa femme apprend à faire le tissage avec les sœurs de Saint Camille et ce d'autant plus que l'église promeut la valorisation de la femme. Elle livre des tissus de cotonnade aux commerçants du grand marché. Le mari devient un tailleur prospère en moins de cinq ans au prix d'une imposition de sobriété de vie à tous les membres de la famille. Les enfants rapportent des périodes où ils ne mangent pas à leur faim, parce que leur père est dans une logique d'accumulation. Dans ce contexte, que survient le premier traumatisme familial : le décès de sa femme trois mois après son septième accouchement. Il fait alors l'expérience du veuvage et de multiples mariages successifs.

1.1. Expérience de veuvage et recompositions conjugales

La reconstruction des alliances principales (Laurent, 2010a) au cours de l'avancée en âge est essentielle pour l'organisation de la prise en charge de la vieillesse, à l'heure où les solidarités entre les individus sont éclatées (mobilités accrues) et fortement dématérialisées (téléphone, internet)[23]. Aujourd'hui un certain nombre de «nin-kêemse » et de « pug gnãse » vivent dans des familles éclatées ou recomposées. Comment ces situations sont-elles vécues ?

23 Selon le rapport 2012 de l'autorité de régulation des communications électroniques, le nombre d'abonnés téléphoniques est de 10 117 465 pour une population de 16 millions, soit une densité de 60,30% ; autrement dit deux personnes sur trois disposent d'un téléphone au Burkina Faso

1.1.1. Une famille recomposée

Le décès de l'épouse de Paul l'affecte énormément. Il raconte qu'il a beaucoup souffert pour s'occuper de sa dernière fille, qui est nourrie au lait artificiel. Son grand-frère du village, lui trouve une épouse pour, dit-il, venir « *s'occuper des enfants* » afin qu'ils ne vivent pas le « *kièmdo* (litt. La condition d'*orphelin).* Ce mariage ne dure pas plus de deux ans, le temps juste qu'elle accouche une fille en 1980 ; le couple se sépare à cause de nombreux conflits entre la femme et sa famille du village qui lui reproche de vouloir accaparer les richesses du mari à son seul profit. Effectivement Paul est devenu riche. Au fur et à mesure que ces activités économiques prospèrent, il développe un réseau de moulins à grains dans la ville et dans les villages environnants. Il place judicieusement ses économies dans la spéculation foncière qui se multiplie dans les années 1980. Les conflits deviennent fréquents et le couple finit par se disloquer. Paul se remarie pour la troisième fois, avec une jeune fille. Nous sommes en 1982. Et comme l'idée de la sorcellerie est le côté obscur de la parenté, la réaction aux malheurs ne peut être que dans la proche famille.

Les rapports entre la nouvelle épouse et les enfants sont de plus en plus tendus à cause de la richesse du père. Si le motif du premier divorce provient des plaintes de la famille lignagère, cette fois-ci, c'est avec les enfants, devenus grands que les rivalités se multiplient. Un de ses fils me dit : « *chacun a peur d'être tué par la femme à cause de l'argent du vieux* ». La nouvelle conjointe est perçue comme « *une sorcière hypocrite* » et son aide est perçue « *comme un moyen de mieux les approcher pour les liquider* ». Entre temps, le père ouvre un maquis pour sa jeune épouse. Prise dans ses activités lucratives, le *« Vieux »* commence à se plaindre de ses rentrées nocturnes. Les malentendus se multiplient. Le couple se disloque et Paul se retrouve pour la troisième fois en train de se remarier. Cette fois-ci, le choix se porte sur une femme, plus âgée qui vient de perdre son mari. Après une année de vie commune, elle accouche un garçon en 1995. Ainsi, après avoir vécu avec quatre femmes, Paul a mis au monde onze enfants dont un est décédé en 1990. Ce décès va engendrer une nouvelle configuration religieuse dans le ménage.

Le décès de ce fils à l'âge de 29 ans va raviver les tensions entre la belle-mère et les enfants. Ce garçon qui avait abandonné ses études en classe de seconde

meurt d'une maladie que l'on appelle « *ka pouga* » (litt. mil de ventre[24]). Cette affection se manifeste par un gros ventre. Il est dit que le sorcier remplit le ventre de la victime de liquide. Le malade se rend périodiquement à l'hôpital pour l'extraction du liquide après son hospitalisation. Le décès du frère ainé engendre une peur généralisée parmi les enfants. Les conditions de vie dans le ménage sont jugées très pénibles par les enfants malgré le pouvoir financier du « nin-kêema ». En effet, le père décide de diminuer les charges de la famille en réduisant la ration alimentaire. Un seul repas est offert chaque midi. Pour les autres besoins, il donne une prime mensuelle de 3000 FCFA (5€) à chaque enfant. Un de ses enfants me relate que « *le repas ne suffisait pas et il faut jongler pour vivre* ». Un jour me dit-il :

> *« Il y a eu une bagarre entre ma petite sœur et moi autour de la quantité de nourriture servie. Ce jour-là, elle m'a servi du tô, (silence) c'était vraiment petit… je lui ai demandé comment toi ma petite sœur, tu ne peux pas me servir suffisamment à manger ? »*

Il justifie l'attitude de sa sœur par le fait que la belle-mère aurait « *réussi à l'embarquer dans son camp* ». Les rumeurs sur la sorcellerie de la belle-mère vont influencer les rapports d'intimité dans les relations fraternelles et chaque membre choisit ses alliés et identifie ses adversaires potentiels.

Le deuxième garçon, se sentant plus menacé, sillonne les villages environnants pour trouver les moyens de se protéger. Il me raconte en rigolant qu'il « *n'y a pas un bon tiimsoaba (tradipraticien) dans un rayon de 100 km de Ouagadougou qu'il ne connaît pas* ». Après sa formation professionnelle, il demande à être affecté très loin de la capitale pour se mettre à l'abri d'un éventuelle attaque de sa belle-mère. Il prend effectivement service dans une localité située à plus de 500 km de la famille. Là-bas, il s'adonne toujours à la recherche de moyens de protection, car plus que jamais sa réussite susciterait la jalousie de la part de sa belle-mère. Par contre, un autre fils va trouver dans le protestantisme une stratégie de protection contre les agressions sorcellaires. Cette conversion participe à la fabrique d'une famille pluri-religieuse.

[24] C'est l'image de la tige de mil pendant la floraison quand la forme de l'épi donne une forme grossie à la partie supérieure de la tige

1.1.2. Une famille pluri-religieuse

Le troisième fils de la famille est invité par un de ses camarades de lycée à une réunion d'évangélisation où il *« rencontre le christ »*. Il est en classe de première dans un lycée technique. Il multiplie la participation aux réunions de cultes des mardis, des vendredis et des dimanches. Il rapporte qu'à cette période, il reçoit régulièrement des révélations de la part du christ et par conséquent, il est convaincu que *« rien ne peut lui arriver de mal »*. Il est le seul chrétien évangélique de sa famille et le répète fièrement. Après avoir eu le baccalauréat, il affirme qu'il a eu la révélation du christ sur son avenir professionnel. Il doit exercer dans le commerce. Par coïncidence l'année où il passe les concours de la fonction publique, les épreuves sont annulées. Il se marie en 2000 avec la fille d'un pasteur et le couple possède quatre enfants aujourd'hui. Actuellement, ses activités commerciales connaissent un essor important au point qu'il organise des prières d'action de grâce chez lui « *pour remercier Dieu pour tout ce qu'il a fait pour lui*». Le jour d'action de grâce, toute la cour déborde de monde : la famille lignagère du village, les « *frères et sœurs de l'église* », les pasteurs, la belle-famille et les amis. Au cours de son témoignage, rendu à la suite de la prédication du pasteur, il affirme à demi-mot que « *son argent ne peut plus finir* ». Il m'informe plus tard que pour sa fratrie et les membres de la famille lignagère, sa richesse provient du fait qu'il a reçu un « *wack* » (magie) de son père. Aussi disent-ils que sa richesse n'est pas « *ka zalum* » (litt. Pas vide) pour dire qu'il recourt à des forces mystiques.

Le père assiste passivement à la conversion de son fils au protestantisme sans plainte. Ce dernier ne cherche pas également l'affrontement par une application stricte des préceptes religieux. Bien que les protestants proscrivent officiellement la consommation de l'alcool, il accepte que des boissons spiritueuses soient servies à ses invités le jour de son mariage contre le gré du pasteur. Aussi, il conserve de bonnes relations avec son père. Ce n'est pas le cas de sa petite sœur, la cadette de leur lignée.

Patricia rencontre un jeune musulman sur la route de l'école. Elle est en classe de seconde et elle a dix-neuf ans. Une relation naît entre les deux jeunes et ils décident de se marier. Patricia porte la nouvelle à son père qui oppose un refus catégorique au motif que le garçon est un musulman et par conséquent il va prendre une deuxième femme plus tard. Patricia se révolte, ramasse ses affaires et rejoint le

garçon sans le mariage. La relation entre la fille et le père se distancie au point que le père en parle à son entourage. Il raconte à tout le monde qu'il a tellement dépensé pour que Patricia survive au décès de sa femme et maintenant il souffre de la désobéissance de celle-ci. Après cinq ans de vie commune, au cours desquels, elle accouche deux enfants, Patricia et sa belle-famille sont perpétuellement en conflit à cause de la dissemblance de religion. Sa belle-mère est plus tenace. Patricia accepte de se « *convertir pour la forme* » et va même jusqu'à porter un voile. En dépit de cela, la belle-mère veut que son fils trouve une vraie musulmane qui sait prier. C'est dans ce contexte de tensions permanentes que le mari propose à Patricia une « *inscription sur titre* » à la formation d'infirmière d'État à Fada. Pendant les trois ans que dure la formation, elle se souvient que son mari est venu deux ou trois fois au début lui rendre visite. A la fin de sa formation, quand elle veut retourner dans son foyer, son époux l'informe qu'elle a une coépouse. C'est à ce moment dit-elle que « *les mots du vieux résonnent à mes oreilles* ». Le couple se disloque et elle revient chez ses parents, mais pas dans la cour familiale. Elle loue une des maisons de son père dans un autre quartier. Elle fait des stages dans les centres de santé et plus tard elle réussit à son concours d'intégration à la fonction publique d'où elle est affectée à l'intérieur du pays. Aujourd'hui les rapports entre le père et la fille sont tellement froids que durant le temps de mes enquêtes, je ne l'ai rencontrée dans la famille que lors de la fête annuelle de la famille qui se tient en début de chaque année. L'univers familial de Paul est d'une grande diversité de statuts socio-économiques au niveau des enfants. On est frappé par l'extraordinaire différence entre les filles et les garçons.

Des six filles de la famille, en dehors de l'infirmière, aucune n'a un emploi stable. Elles sont mariées et font de petits boulots comme la vente de l'eau glacée, de gâteaux et de pagnes. Les grands garçons également mariés disposent d'un emploi stable et vivent dans les quartiers périphériques : un riche commerçant, ayant plusieurs véhicules et qui vit dans une villa en étage ; un cadre de l'administration publique logeant également dans une villa avec ses deux enfants et un autre contractuel de l'État ayant pour domicile une villa située dans un quartier excentré et éloigné de la cour paternelle. Le cadet est en classe de première au lycée. Avec la dispersion dans l'espace urbain de la famille, il ne reste dans la cour, que le couple (Paul et sa conjointe de 62 ans), le fils cadet, une fille de ménage appelée

« *bonne* », un fils adoptif et son épouse et un employé du moulin. La conjointe tient un étalage au marché du quartier et elle s'y rend vers sept heures pour revenir aux alentours de dix-huit heures. Dans la journée un silence lourd règne dans la cours. Seul le bruit du moteur du moulin en face de la concession vient rompre cette quiétude. Quelques fois, le chien aboie les passagers de la rue. C'est dans cet univers familial que Paul est victime d'un accident domestique.

1.2. Un accident domestique banal

En 2000, alors qu'il a soixante-sept ans, Paul démolit son ancienne maison pour construire une villa de type F4 (trois chambres, une douche interne). La terrasse de sa villa est haute d'environ quatre-vingt centimètres pour éviter que les eaux de ruissellement de la cour ne rentrent dans le salon. A l'intérieur de la maison se trouvent les symboles de la prospérité économique : les fauteuils rembourrés, un buffet sur lequel sont déposés un téléviseur et le combiné de son téléphone. Quatre chaises métalliques pour accueillir les visiteurs sont empilées dans un coin du salon. Les fenêtres du salon sont généralement fermées, si bien que même dans la journée, une fois à l'intérieur il faut quelques minutes pour que les yeux s'habituent à la pénombre. Sa chambre est située au bout du couloir. La douche est placée entre les deux chambres dont chacune est occupée par son fils cadet et sa femme. En Mai 2012, en allant pour prendre sa douche, il glisse et se fracture le col du fémur. Il me raconte qu'il a tenté de se lever en vain. De la salle de bain, il appelle les employés du moulin qui est situé à la façade de la cours. Ceux-ci le soulèvent et le ramènent dans sa chambre, avant d'appeler ses enfants. Il refuse de se rendre à l'hôpital (j'explore le fonctionnement de l'hôpital au chapitre 7) ou dans une clinique pour les soins modernes. Il se fait soigner par un de ses anciens amis, un rebouteur (*tradipraticien* de santé) pendant plus de six mois sans succès. Les enfants arrivent à le convaincre et il accepte se faire opérer dans une clinique confessionnelle. Aujourd'hui il ne peut plus se déplacer quand bien même il est déclaré « cliniquement guéri » par le chirurgien. Quotidiennement, il est couché sur son lit, dans une chambre faiblement éclairée. A l'intérieur de la chambre où Paul est alité, les odeurs des urines recueillies dans un bocal embaument la maison. De son poste radio sur le chevet du lit, retentit de la musique religieuse de la radio catholique « *Ave-Maria* ». Et comme disent ses enfants, le « *vieux kiê roogo* » (litt. Il est rentré dans la maison) pour signifier que la personne ne sortira plus.

2. La représentation sociale du « *nin-kɛɛm-kʋdre* »

2.1. La représentation de soi au grand-âge

Quand je rends visite à la famille, et je constate que le problème de mobilité ne s'arrange pas, et toutes les fois que je m'enquiers de l'évolution de son accident, Paul me dit avec amertume qu'il ne guérit pas vite parce que « son sang est mûr [*ziima wuisga mê*] (litt. Le sang est rigide[25]). Cette relation entre le sang et la vitalité (la force), comme symbole de vie a été l'objet d'une réflexion de Michèle Cros chez les lobi de l'ouest du Burkina. En étudiant, le statut du sang, elle met en lumière les représentations associées au sang et à l'état de santé d'une personne. Aussi, l'auteure distingue plusieurs types de sang : le sang blanc, le sang noir, le sang rouge et le sang mort. Le sang noir peut être qualifié de « sans force, pas bon » (Cros, 1990 : 122). Cette dernière caractérisation du sang est d'un intérêt pour ma réflexion, car elle montre comment les individus associent leur état physique à la force de leur sang. C'est ainsi qu'en tant que « principe organisateur interne » (ibid. p.123), le sang est le centre de la force vitale qui vivifie l'homme. C'est dans cette analogie, qu'il faut comprendre les mots de Paul quand il justifie son état à la qualité de son sang.

Par contre pour les enfants de Paul, le « *vieux est fatigué* » ou bien ils disent « *ya kulum* » (litt. C'est la vieillesse). Dans la langue *Moore*, le terme « *yêmse* » (fatigue) est utilisé pour caractériser un état de fatigue temporaire, passager au sens courant de *« je suis fatigué* ». Ce type de fatigue (physique ou psychologique) est neutre puisqu'il concerne tout individu après une activité. Un autre sens de fatigue, orientée particulièrement vers les personnes âgées signifie qu'elles ne peuvent plus mener des activités du fait de son âge avancé ou à la suite d'une longue maladie. Pour l'entourage de Paul, en l'occurrence les enfants, la fatigue découle en partie de la pénibilité de son travail. Ils rappellent constamment le fait que leur père a travaillé sans relâche, alternant diverses activités pour devenir riche. A ce titre, il le compare à son grand-frère, resté au village qui tout en étant aveugle, peut se nourrir, se laver sans une aide.

L'état de fatigue s'oppose à la présence de la force. Dans les définitions de soi, les « nin-kêemse » et les « pug gnãse » insistent sur la diminution de leur force,

25 L'idée que ce qui est rigide qui ne peut pas se plier, se redresser sans se casser.

que l'on appelle à « *Moore* » par le terme «*panga*». Ces deux étiologies explicatives de l'état de Paul, sans être en opposition se révèlent comme une construction linéaire du processus de vieillissement. Se dégagent alors de façon cumulative deux états de la vieillesse, structurée autour de la « fatigue » et de la détérioration du sang. Certains auteurs l'identifient comme une des causes principales de la déprise sociale (Clément et Membrado, 2010 ; Caradec, 2004). La fatigue serait un élément structurant des contraintes physiologiques liées à l'âge.

Après la chute, il se retrouve régulièrement seul dans sa chambre. Tous les deux ou trois jours, il reçoit une toilette complète. J'observe que les objets familiaux sont devenus un gobelet d'eau menu de couvercle, un pot avec couvercle qui sert d'urinoir et la chaise roulante. Pendant mes visites, nous pouvons passer plus de trente minutes sans échanger un seul mot. Pendant ce moment de silence, assis sur le lit, il a les jambes tendues et il imite le geste d'égrener un chapelet avec la main droite quand bien même, il ne tient rien. Il a les chevilles enflées et avec le dos voûté et courbé, il donne l'image d'une personne pliée sous le poids d'une charge. Les quelques rares moments où on lui adresse la parole sont les heures de repas où la servante vient lui déposer son repas à même le plancher. Les autres moments, le seul fils qui vit toujours dans la cour va causer avec les employés du moulin. Quelques dimanches, il reçoit aussi la visite de certains enfants. Pendant la période de la saison chaude (avril-juin), la chambre empeste des odeurs des urines recueillies dans le bocal. Il demande à ce qu'on le conduise dehors de temps en temps avec sa chaise roulante. Malgré son insistance ses enfants refusent. Car n'ayant plus sa mémoire, il arrive qu'après avoir uriné, il oublie de remettre son pantalon. Pour eux, si un visiteur voit cette image du père exposé dans cette situation, ceci constituerait un déshonneur pour eux et pourrait même être interprété comme un abandon de leur père. Finalement, au bout de quelque temps la femme consent à le faire sortir hors de la chambre. Le premier jour, il est alité sous le manguier planté au milieu de la cour. Le deuxième jour, il est couché cette fois-ci sous la véranda, et un rideau de tissu est placé pour servir de paravent. La nuit, on le ramène dans la chambre et les autres membres de la famille (épouse, servante et aide-commerce) suivent la télévision ou conversent entre eux. Au bout de quelques mois, le vieillard est continuellement délaissé dans son lit. Il se souvient de moins en moins des membres de sa famille et il distille des phrases incohérentes au cours

des conversations. En ces moments, certains membres de l'entourage se mettent à rire, tandis que d'autres soupirent de douleur. Sa chambre est infestée de mauvaises odeurs d'urines et de défécations en dépit de l'usage d'un déodorant.

La description de la situation du père rend compte de l'état d'une personne proche d'une «*vie indigne d'être vécue*». Cette notion, issue de la philosophie morale de Binding s'applique « avant tout aux individus qui à la suite d'une maladie ou d'une blessure doivent être considérés comme irrémédiablement perdus» (Agamben, 1997 : 149). Pour ce philosophe ancien, dont Giorgio commente les travaux, la mort de ces individus (vie sans valeur) est comme une délivrance, au sens du terme religieux de la rédemption. Ils ne «manifestent ni la volonté de vivre, ni celle de mourir» (Ibid.p.149) et leur vie serait privée de but quand bien même ils «ne le ressentent pas comme intolérable» (Ibid. p.149). Cette forme de nomination de la personne âgée «incapable» s'inscrit dans la représentation sociale du handicap chez les *moose*. Badini (1994) relate que le corps mutilé, le handicap physique et mental, sont rejetés parce «la perte de l'intégrité physique et mentale représente une punition pour l'individu et c'est avec toutes ses qualités [que] le vieux est hissé au faîte de la pyramide humaine » (Badini, 1994 : 75-76). Le grand-âge ferait peur tout en étant admiré. Cette ambivalence se construit sur l'idée que les plus vieux auraient une force surnaturelle dévorante.

2.2. L'immortalité du *« nin-kεεm-kvdre »*

Dans l'imaginaire populaire, les grands âgés seraient pourvues d'une force surnaturelle, appelée le « *koos yiga* » (litt. Durer dehors). Cette force dévorerait la force des jeunes enfants pour accroître la longévité du vieillard. Plusieurs individus des classes populaires croient en son existence et cela a des effets sur la prise en charge du vieillard malade.

Au cours d'une discussion informelle avec un des fils de Paul, celui-ci me raconte l'histoire du décès de la grande sœur de son père, sa tante. Il déclare que celle-ci a traîné avant de mourir, que son corps était couverte de plaies et termine son récit par un souvenir en disant « *son fils aîné est mort avant ma tante* ». Implicitement, il pense au « *koos yiga* ». Effectivement ses visites dominicales commencent à devenir irrégulières, il me raconte que « *le Vieux était obligé de m'appeler la dernière fois* » et il ajoute « *hé ! Ce n'est pas facile* ». Alors qu'un

jour, je rendais visite à la femme d'un des fils de Paul qui a eu une fracture de la jambe au cours *« d'un accident banal de circulation* » (il insiste sur le mot banal), celui-ci raconte lors de notre conversation :

> *« Hé ! Tu sais avec les Vieux de leur âge, si tu ne fais pas attention, tu pars avant eux. Ils sont dans cet état, mais ils ne meurent pas vite » (Entretien, 26 décembre 2013)*

Dans un tel contexte la longévité devient une menace pour les proches et une des conséquences est le risque d'abandon de la personne âgée en cas de maladie chronique par les enfants. Un premier tradipraticien me confirme l'existence de ce produit mais il me rassure qu'il ne me « *donnera jamais le produit car ce n'est pas bien.* » Puis, je rencontre un deuxième, celui-ci hésite et finit par me dire « *c'est une coïncidence de Dieu* ». Quelques personnes âgées reconnaissent son existence et tentent de me donner une explication. Un homme de 69 ans, vivant à Ouagadougou depuis 1956, exerçant le métier de mécanicien confirme que le « *koos yiga* » est une substance réelle. Notre conversation a lieu chez lui au cours d'une nuit après vingt-deux heures. Il me raconte qu'avant sa conversion à la religion protestante en 1975, un de ses amis le lui aurait proposé mais il n'a pas eu le temps de prendre le remède. Il explique que celui-ci est un traitement qui reconstitue les forces vitales du corps. Il le conçoit comme un fortifiant des organes. Il déplore le fait que les individus qui ont recours à ce produit ne puissent pas le partager avec les autres membres de la famille. De cette longévité individuelle, il en résulte « naturellement les décès des enfants et des petits-enfants ». C'est « l'aspect négatif de ce remède » dit-il. Il conclut que le « *koos yiga* » peut-être un nouveau champ de recherche pour la médecine car il se fabrique à partir des racines. Un ancien magistrat et chef de village, âgé de 65 ans m'explique qu'il existe plusieurs variétés de « *koos yiga* ». Il admet que si dans certains villages, ce remède entraine la mort des progénitures, dans d'autres il n'en est rien. Il donne le récit de son propre père qui serait mort à l'âge de 133 ans. Celui-ci possédait un bracelet en fer qui prolonge sa vie et sa mort ne serait interevnue qu'après que le bracelet ait été enlevé par une force mystérieuse. Un pasteur évangélique, me livre pendant un long entretien le mécanisme d'action de cette force :

« C'est une forme de sorcellerie[26] que l'on acquiert. La personne vieillit, et dure pendant longtemps. Quand elle tombe malade, si tu vas lui rendre visite entre cinq heures et six heures du matin, elle a la possibilité de te transmettre la mort et reprendre ta vie. Pour éviter de mourir à sa place, il faut tenir compte de l'heure ou bien de ne pas aller lui rendre visite. C'est pour cela, que vous voyez parfois des personnes âgées malades et les enfants ne viennent pas. Les bons nin-kêemse pour éviter de tuer leurs enfants donnent le secret. Ils disent d'aller couper l'arbre qui se trouve derrière leur maison. Et tu vas voir, quand on aura fini de couper l'arbre, il mourra » (Entretien du 17 Avril.14)

Au-délà des formes du «*koos-yiga* », les discours réactualisent la pluralité du corps chez les *moose*, qui se composent de plusieurs entités. La composante dont, il est question ici, se réfère à une entité létale, se nourrissant du sang des jeunes pour se régénérer. Dans une société où l'espérance de vie est faible, il est compréhensible que les survivants puissent au cours de leur vie perdre leurs enfants. Cependant, comme le souligne Mary Douglas, les croyances ont une fonction sociale pratique dans la vie quotidienne (Douglas, 2001). Les individus qui vivent à côté d'une personne très âgée, impotente, souvent malade n'aspirent pas à une cohérence intellectuelle. Ils cherchent à résoudre un problème social. Dans ce cas, la singularité d'un événement unique où se relient deux séquences de faits indépendants induit des actions symboliques. En effet, la mort d'un enfant (adulte) et la guérison d'un vieillard dans une société épuisent « le stock d'informations techniques de leur culture [et ne peuvent qu'être que] l'activité des esprits » (Douglas, 2001 : 23). Je pourrais établir une comparaison entre la guérison d'un vieillard malade, et la chute d'un grenier sur une personne chez les azandé. Commentant les travaux d'Evans-Pritchard, Douglas écrit que ces peuplades qualifient cet incident de sorcellerie. En effet, ils se posent la question de savoir comment le grenier peut s'effondrer au moment où une personne est assise à son ombre ?

La croyance au « *koos yiga* » pourrait être interprétée comme a recherche des solutions pratiques à des problèmes sociaux. La vieillesse (handicapée) peut être qualifiée de marginale. Pour Douglas, les marginaux sont « ceux qui sont exclus d'une manière ou d'une autre de l'ordre social ; ceux qui ne sont pas à leur place » (ibid., p. 153). L'auteure poursuit que ce qui caractérise les êtres marginaux, c'est leur dangerosité, leur statut indéfinissable, doublé de leur vulnérabilité. Dès

26 « En moore, on parle de « *Di sondo* (Litt manger la sorcellerie »

lors, l'extrême vieillesse, en tant que état de transition, du passage d'un être humain à un ancêtre est une période marginale dangereuse. La spécificité de ce danger est que la personne ne peut rien changer de lui-même (Douglas, 2001) et c'est aux autres de prendre des dispositions. Incapables de prendre en charge ces cas marginaux, certaines sociétés optent d'organiser les morts rituels et sacrificiels des vieillards tels que cela nous est rapporté par Louis Vincent Thomas (1994). L'auteur montre que certains personnes âgées réclament la mort car se sentant inutiles après un parcours graduel au cours duquel, ils auraient accompli leur mission. Aussi, il relate les suicides mystiques de régénération des rois chez certaines peuplades. Le maître de la lance chez les *dinka* au Soudan se fait enterrer vivant quand ses forces déclinent au cours d'une cérémonie. Chez les bantous du Zaïre, quand le chef devient très âgé, il subit une mort rituelle afin de préserver le symbole de la puissance du roi. Ces pratiques de mise à mort des personnes très âgées se rencontrent de façon ordinaire chez les hottentots de la Namibie et chez les *bushmen* de Botswana. Aussi, l'auteur conclut-il en écrivant « rien n'est plus socialement valorisé que la vieillesse et pourtant, notamment s'il devient inutile, impotent ou gâteux, on ne manque pas de s'en débarrasser » (Louis-Vincent, 1994 : 160). Ici, il n'est pas question de s'en débarrasser mais l'impuissance et l'embarras structurent la relation de prise en charge en ces moments.

C'est à l'aune de ces conceptions de la situation de ce vieillard, qu'il faut analyser les formes de prise en charge dont il est en droit de bénéficier. Dans ce contexte, comment la prise en charge est-elle organisée ?

3. Prendre soins du *« nin-kɛɛm-kʋdre »*

Les activités techniques et matérielles du soi présupposent une activité relationnelle. Je ne voudrais pas insister sur les attitudes de sollicitude et de bienveillance qui accompagnent le soin quotidien. Bien des auteurs ont insisté sur l'identification des aidants familiaux. Les femmes sont les plus nombreuses à exécuter les tâches qui ne sont pas reconnus dans leur juste valeur. On a pu également distinguer les aidants principal et secondaire. Les relations d'aides sont empruntes de conflits qui finissent par stresser les aidants (Vézina et Membrado, 2005). Par contre très peu d'études se sont penchées sur le climat émotionnel dans lequel se déroule l'acte de soin. En effet, s'occuper au quotidien d'un corps

dégoutant, répugnant suscite des émotions. Quelles sont les émotions qui accompagnent l'assistance quotidienne d'un vieillard impotent ? Quelles sont les tactiques d'atténuation ?

3.2. Les émotions

Le lexique « des sciences sociales » définit l'émotion comme « une réaction affective globale d'un sujet dépassé par une situation souvent inattendue » (2004 : 146). L'émotion révèle le rapport à l'autre et elle « est gouvernée par les conventions discursives, y compris dans le fait qu'elle prend place dans un genre de communication convenable » (Crapanzano, 1994 : 8). C'est ainsi que la honte et le « *yam-yiisgu* [litt. Sortie de l'intelligence] » induisent la mise en retrait du parent de la vue de la société et des attitudes d'hypocrite.

3.2.1. Cacher le père pour préserver la famille de la honte

L'image de la bonne famille se construit selon la prise en compte des normes corporelles de l'environnement social. Les modifications du corps (dos voûté, pieds enflés), l'apparition de nouveaux objets, les odeurs d'urine participent à définir des stigmates corporelles qui jettent un discrédit profond sur les relations avec autrui. A ce titre, les caractéristiques corporelles le disqualifient et l'empêchent d'être pleinement accepté par la famille et la société. Le pouvoir des normes corporelles détermine le processus de différenciation et la hiérarchisation des corps (sains et malades), des espaces de vie (chambre nauséabonde et autres espace de vie). Les questions de l'honneur et de l'image de la famille jouent un rôle primordial dans la construction d'une prise en charge de la vieillesse au quotidien. Le regard de la famille sur le corps « incapable » pourrait refléter le regard de la société en ce qu'il véhicule une signification sociale. L'imposition momentanée du lieu de vie, l'ignorance de la voix (il demande à sortir) renvoient au fait que le corps est le produit des relations de pouvoir, des régulations et des assignations normatives dans la société. Par conséquent le corps est construit, produit, soutenu et présent dans la vie quotidienne (Saint-Jean et Estèbe, 2008).

La délimitation de l'espace de vie du vieillard procède d'une segmentation de l'espace familial en centre et en périphérie. La périphérie est le lieu de la mobilité quotidienne des valides (employés, servantes) qui s'oppose au centre, servant de lieu caché pour le vieillard impotent. La chambre, avec des êtres inanimés

(ustensile) et la terrasse rendue invisible par un paravent renvoient à une forme de soustraction du *nin-kεεm-kudre* des yeux des visiteurs pour préserver l'honneur de la famille.

Quand une des filles de Paul décide de régulariser son mariage (elle vivait en concubinage), au cours d'un entretien, un des enfants de Paul (le plus riche) me confie que la famille a décidé qu'il ne serait pas bien que les invités voient le « *papa dans cet état*». Alors, la cérémonie du mariage sera transférée dans une autre ville. Ainsi le jour du mariage, deux cars embarquent les accompagnants ; le rendez-vous de départ est fixé chez ce fils. Il faut soustraire le parent âgé des regards des étrangers pour ne pas ternir la réputation et l'honneur de la famille. Ce comportement de cacher le père renvoie à l'étymologie indo-européenne de la honte. L'anglais « shame » viendrait de « kam » qui veut dire « voiler » « cacher » (Ogien, 2002 : 40)

L'attitude de la famille illustre une certaine incapacité à organiser une prise en charge adéquate et adaptée du grand âge. La honte que cela suscite est un souci de l'image des enfants, de la prétendue réputation de la famille (Ogien, 2002). A ce titre « la honte est liée à l'idée de que nous ne sommes pas à la hauteur de nos prétentions personnelles et la culpabilité que nous avons commis une faute en transgressant des règles sociales ou morales impersonnelles » (Ibid., p. 19). Toutefois, le poids des normes sociales empêche l'idée de l'abandon du plus âgé et l'entourage éprouve un sentiment de « *yam-yiisgou* », générateur de comportement hypocrite

3.2.2. Quand le « *yam-yiisgu* » génère de l'hypocrisie

L'entourage commence à éprouver un sentiment de *«yam-yiisgu » (*litt. Yam [intelligence, ruse, astuce] ; *yiisi* [faire sortir] ». Il traduirait la même idée que «*yam-paleoogo* » (Litt. Intelligence pas attachée) qui signifie un désintérêt pour une activité ou pour une personne. Le terme exprime le contraire de « *yam-leoogo* » (litt. Intelligence attachée) c'est-à-dire le désir, l'envie, et la passion de s'engager dans une action. C'est un mélange de fatigue, de lassitude et d'impuissance à proposer une solution face à une souffrance individuelle et collective.

L'hypocrisie est une tendance à dissimuler les opinions, car elles seraient incompatibles avec les normes sociales. Dans la situation de Paul, un des fils

éprouve le désir de la mort mais cette volonté est indicible auprès des autres membres de la famille, encore moins dans la société. Un jour, lors d'un long entretien informel entre nous deux, car indicible en d'autres lieux, il déclare ceci :

> *« Je pense que si le vieux mourrait, il se sentirait soulagé. Regarde sa situation aujourd'hui. Si quelqu'un ne lui donne pas à manger, il ne sait pas demander ; l'eau c'est pareille. C'est de temps en temps, sa mémoire lui revient» (Octobre, 2014).*

Ce sentiment semble partagé par ceux qui s'occupent des personnes en situation de fragilité totale. Dans une telle situation, où il n'y a pas de structure de prise en charge adaptée, quelques familles vivent cette situation d'impuissance. C'est l'histoire d'une femme de 92 ans.

Elle loge dans un habitat précaire, construit en tôles ondulées comme on en rencontre énormément dans les zones périphériques de la capitale. Bien que malvoyante, elle sort régulièrement pour aller bavarder avec une autre femme de son âge dans une cour voisine. C'est ainsi, qu'un jour, elle trébuche et se fracture le tibia. Elle est traitée chez les rebouteurs. Durant les quatre mois, sa fille aînée de 70 ans vient l'assister. Après sa guérison, elle ne peut plus se déplacer. Son fils lui trouve un chariot pour faciliter ses déplacements dans la famille; mais ne sachant pas comment il faut l'utiliser, elle est constamment couchée sur son lit. Au bout de six mois d'immobilité relative (on la fait sortir de temps en temps), elle manifeste d'énormes troubles de mémoire. Elle fait les selles et les urines dans sa maison dans n'importe quel ustensile qui serait à sa portée. La nuit, elle parle toute seule et tente de sortir à « quatre pattes » de sa maison. Son fils de 59 ans avec qui, elle loge me raconte qu'il est obligé de se lever plusieurs fois dans la nuit pour s'assurer qu'elle n'est pas sortie. Au cours d'une discussion informelle sur la longévité, il me dit :

> *« Kouï ! (exclamation de rejet en Moore), je ne veux pas la longévité de la mère. Etre là, ne plus savoir ce que tu veux, où tu es… c'est quelle vie cela ? Moi je pense que 75 ans, c'est bon. Tu meurs au moment où ceux qui s'occupent de toi ne sont pas fatigués…. » (Entretien, 2014)*

On retrouve dans ces propos, le même dégoût d'une longévité extrême quand la personne âgée devient totalement dépendante de son entourage pour ses besoins quotidiens. Les réactions des enfants posent également une question d'éthique dans la prise en charge de la personne très âgée en perte d'autonomie dans un contexte de mutation de la famille. Aujourd'hui la distance géographique des

résidences, la mobilité des travailleurs, le travail des femmes font qu'il est de plus en plus difficile de trouver une personne qui serait affectée à ses soins. Tant et si bien que les plus fortunés peuvent recruter une aide-ménagère, il se posera toujours la compétence de celle-ci à assister une personne en incapacité totale. L'entourage semble aussi vivre mal cette situation embarrassante. Un dimanche, je me rends chez cette vieille et je constate un groupe de femmes assises sous le manguier de la cour familiale. Après les salutations d'usage, je m'enquiers des nouvelles de la vieille femme. Une femme me dit en *Moore* :

> *« Kiè tif bonbande bee pugin. Wend na zangue man ne vii kan da buudu*
>
> *Rentrer/ton/quelque chose/être/dedans/Dieu/ éloigner/ de moi/cette/vie/semblable*
>
> *Il faut rentrer ; la chose (qu'on ne peut pas définir, qui n'est pas une personne) » est là. Que Dieu me préserve d'une telle fin de vie » (Entretien, 2014)*

Le fait de qualifier la vieille femme de « *bumdande* » (litt. Quelque chose/ marquée), ce «être informe» renvoie à une régression de son statut de « *bios* » à un «*zôe*». Cette distinction de la vie faite Giorgio permet d'éclairer le dégout et le rejet que cette longévité (relativement extrême) suscite au niveau de l'entourage. Pour Giorgi, le mot «*zôe*» signifie « le simple fait de vivre ; il est commun à tous les êtres vivants» (Agamben, 1997 : 9). Dans ce cas, la vie d'un homme ne serait pas supérieure à celle d'un animal, d'une plante. Dans l'autre sens, le terme « *bios* » désigne «la façon ou la forme de vivre propre à un individu ou à un groupe» (ibid., p.9).

La prise en charge de la grande vieillesse pose un véritable problème pour les ménages. Pour reprendre la discussion avec le fils de Paul, celui-ci après avoir émis l'idée que le décès de son père pourrait être salutaire pour ce dernier, il semble être pris de remords. Immédiatement, il accuse la femme de son père. Le bouc-émissaire est trouvé pour se soulager de la culpabilité d'un aveu. Pourtant l'épouse également confesse qu'elle ne sait pas non plus comment répondre au besoin d'une personne dans cette situation. Le changement dramatique de propos pour se conformer à un discours normatif de la société apparait pour faire bonne conscience, quand le fils me raconte, des récits collectés auprès des amis de son père. Celui-ci aurait bien « vécu » car à un moment donné, il a fréquenté les cabarets de dolo, et a flirté avec des femmes. Même jusqu'à la vieillesse, il continuerait de se plaindre

de sa faiblesse sexuelle due au diabète. Il poursuit en disant que son père a payé les différents types de motocyclettes qui ont traversé le temps. Il cite «*la moto Camico*», les «*trois vitesses*», et même des véhicules. Aussi, après avoir acquis une «*Peugeot bâchée*» vers les années 1992, il achète une «*Mercedes au revoir la France*» en 2000. Il parle des qualités de son père qui est resté un «*bon catholique*» et n'a jamais eu recours à des « *pratiques occultes* » sauf pour soigner son diabète et son mal de dos.

Les débats issus de ces descriptions soulèvent un problème social et moral contemporain: la gestion de fin de vie et la question de l'euthanasie dans la famille et dans la société. Certes, le problème n'a pas été posé dans aucun débat au niveau national. Cela est même un tabou au sens de ce qui est interdit et impensable. Cependant, dans la pratique, on rencontre des formes de comportements qui laissent penser à une mise à mort douce et volontaire face des vies jugées « sans valeur ». En attendant, je voudrais introduire le débat en me basant sur les travaux de Giorgio. Agamben (1997) part de la réflexion de Binding sur le suicide. Pour cet auteur, le suicide ne saurait être considéré comme un délit mais il ne peut pas non plus être considéré comme un acte juridiquement insignifiant. Pour lui, l'homme, en tant que souverain de sa propre existence devrait se voir autoriser à la suppression de « *sa vie indigne d'être vécue* ». En se posant la question de savoir, s'il faut prolonger « l'existence de vies qui ne sont plus dignes d'être vécues » (ibid. p.149), Giorgio pense qu'il fonde un problème éthique. Par cette théorie, Binding cherche à établir « un seuil au-delà duquel, la vie perd toute valeur juridique, peut être supprimée sans qu'il ait homicide » (ibid.p.153). Prolongeant le débat, Giorgio s'en écarte un peu et sans prendre une position tranchée sur l'euthanasie, il soutient que la « vie indigne d'être vécue n'est pas de toute évidence, un concept éthique concernant les attentes et les désirs légitimes de l'individu » (ibid. p.153). Pour Agamben, il s'agit d'un concept politique où «se joue l'extrême métamorphose de la vie exposée au meurtre et insacrifiable de l'homo sacer » (ibid.p.153). A ce titre, l'euthanasie se situe dans la perspective biopolitique «au croisement de la décision souveraine de la vie et de la prise en charge du corps biologique» (ibid.p.154). Par contre, au ras du sol, dans certains cas limites, la perception est plus ambivalente. Certaines « nin-kêemse » et « pug gnãse » auprès de qui, j'ai conduit des enquêtes expriment leur « *fatigue de vivre* », mais ne demandent pas non plus leur mise à mort ni aucune

intention de se suicider. Cette situation émotionnelle (yamgisgou et honte) traduit la tension entre les obligations morales de s'en occuper et l'efficacité perçue de leurs actions. En attendant qu'il y ait un jour la mise en place d'un système de gestion collective des «nin-kêemse » et « pug gnãse » « incapables », les familles bricolent des formes de prise en charge qui s'articulent autour de la mise en curatelle et des fêtes commémoratives.

3.3. En attendant la mort : tactiques d'atténuation

Au fur et à mesure que le temps passe, il semble que les enfants sont psychologiquement préparés à la mort du père. Chacun multiplie les visites et le père fait *« partie du programme journalier maintenant* » pour signifier une obligation de lui rendre régulièrement la visite. Le prétexte des obligations professionnelles ne suffit plus car il ne faut pas être surpris, du moins pour les garçons qui résident dans la ville. Pourtant la vie quotidienne doit se poursuivre. Dans ce contexte, les acteurs mettent une tactique qui consiste à gérer les ressources financières.

3.3.1. La mise sous curatelle financière

Avant sa chute, Paul souffrait de diabète qui l'oblige à respecter un régime alimentaire spécifique. Fréquemment, il est revenu dans son discours sur le manque de temps de la part de son épouse pour s'occuper de lui en racontant que celle-ci n'a plus de « *son temps* » et qu'elle est « *occupée à chercher l'argent* ». Pour traduire son profond désarroi, il me dit « *sutoogo na kuma mam* » (litt. Douleur de cœur va me tuer). La jeune fille, employée comme une aide familiale se charge de faire la cuisine et le nettoyage. Cette amertume prend une dimension particulière, surtout qu'il a le sentiment que la femme abuse de ses ressources financières. A cet effet, au cours d'une discussion informelle avec la femme, celle-ci traite son époux de pingre qui n'a pas changé le montant de la popote malgré la cherté de la vie. Elle justifie alors la mauvaise qualité du repas par le fait que l'argent ne suffit plus. Au cours d'un autre entretien, un de ses enfants me confirme les propos de la femme et dit qu'il se sent parfois obligé de compléter l'argent des condiments pour améliorer la qualité du repas.

A la fin de l'année 2011, quand je commençais mes enquêtes, Paul avait une vue faible et un état physique légèrement chétif. Il perdait de temps en temps, la mémoire. Mon informateur me raconte :

> *« J'arrive un jour et le « Vieux » « nigui nitam » (litt. Mettre les larmes) que sa femme a dépensé tout son argent. Je lui suggère que s'il veut, il peut désigner un de nous (fils) pour aller collecter les rentes mensuelles, ou bien se faire conduire ; il accepte alors de se faire conduire, cela signifie qu'il n'a pas confiance en nous. A un moment donné, quand c'est lui qui allait chercher l'argent, comme il n'a pas de « pui tuiré » (litt. Mémoire), pour récompenser celui qui collecte le prix des loyers, il remet 20.000 FCAF (30€) alors qu'il veut donner 10.000 FCFA (15€). Il est arrivé qu'un locataire réclame une réfection de sa maison, mais au lieu d'attendre que le nin-kêema fasse le travail, celui-là prend la responsabilité d'effectuer les travaux et déduit directement du loyer les frais de réparation. Je suis allé me plaindre. A la suite de cela, nous avons tenu une réunion en octobre 2012 pour voir comment, il faut faire. Nous avons décidé de collecter l'argent, de faire les dépenses de la famille et de reverser le reste dans son compte. Dans les dépenses de la famille, on donne 25.000 F CFA (40€) à l'épouse, 20.000 FCFA (35€) à Z (benjamin, toujours scolarisé). La première fois, j'ai remis à (X) (petit frère), une somme de 175.000 FCA (265€) d'aller faire un versement à la banque. Quelques jours après, il est revenu me le remettre car le « Vieux » aurait refusé de lui donner le carnet. Le lendemain, je suis allé récupérer le carnet pour lui. Quelques jours plus tard, il m'appelle pour m'informer que (Y) (grand-frère) a pris 100.000 FCFA (150€). Je me suis mis en colère car j'ai dit que je ne veux pas qu'on utilise l'argent du vieux pendant qu'il est malade. Alors il m'a boudé pendant un bout de temps » (Entretien, octobre 2013)*

Pendant notre entretien, le frère cadet l'appelle au téléphone pour l'informer que sa motocyclette est abîmée. Il poursuit en ces termes:

> *« Une moto de moins de deux ans, qui se gâte ! (une voix de dépit et de colère). Comme le nin-kêema ne savait pas compter l'argent, au lieu de lui donner 20.000 F CFA (35€), il lui remettait 40.000FCFA (65€). Cela fait trois ans, que le nin-kêema n'a pas versé son argent à la caisse nationale d'épargne et quand il reçoit un visiteur, il donne parfois 10.000 FCFA, 20.000 FCFA…. Il ne sait plus compter l'argent »*

Cet extrait d'entretien montre deux niveaux d'exploitation financière de la personne âgée. D'abord, il y a les locataires qui profitent de sa perte de mémoire pour engager des réfections de logement à son insu et procèdent à une déduction des frais de réparation. Ensuite, il y a l'intermédiaire de collecte des rentes qui se fait rémunérer à 20.000 FCFA, alors qu'il a droit à 10.000 FCFA. Enfin, les fils profitent pour soutirer des sommes d'argent (100.000 FCAF et 40.000 F). Il faut se rappeler que Paul a été un homme austère en matière d'utilisation de ses revenus financiers et de ce fait, il est perçu par les enfants comme un père peu généreux.

Dans ce contexte, la tentative de mise en curatelle financière de Paul engendre des conflits entre les frères de statuts socio-économiques différents. Alors que le plus riche s'inscrit dans une logique de probité, les autres y voient un moyen d'utiliser cet argent pour résoudre leur problème personnel. D'ailleurs, au cours d'un entretien avec les autres (de façon distincte), ils reprochent au plus riche des enfants de ne pas leur offrir l'occasion d'utiliser les ressources du père « *pour résoudre leurs problèmes, alors que le Vieux n'en a plus besoin* ».

Ce conflit montre d'une part les recompositions des hiérarchies des âges dans la famille et d'autre part la responsabilité au sein de la fratrie. La responsabilité d'organiser la gestion des biens du père semble de facto incomber au plus nanti de la famille. Aussi, prend-il l'initiative de convoquer la réunion. D'ailleurs il jouit d'une certaine confiance auprès de son père et cela n'est pas sans provoquer de la jalousie au sein des autres frères qui est le motif des tensions. En prenant plus de responsabilités que les autres frères, le statut d'aînesse va se déplacer vers lui. Le rang dans la génération ou la filiation confère une aînesse symbolique mais n'est pas toujours accompagnée de pouvoir de décision. En effet, la monétarisation des rapports sociaux quotidiens a des conséquences sur les échanges matériels dans les relations entre les cadets et les aînés (Attané, 2011). Dès lors, le pouvoir économique supplante la position d'aînesse et rappelle de ce fait, une réalité que Badini (1994) avait relevée dans la société « traditionnelle » en écrivant en « dehors de l'autorité paternelle qui est une autorité naturelle, les autres autorités doivent se mériter ou être conquises dans certains cadres de référence » (Badini, 1994 : 113). Aussi faut-il conclure avec Anne Attané que « les inégalités économiques ne feront que détacher l'aînesse sociale des critères d'âge » (Attané, 2011 : 11). Après la mise sous curatelle, la famille décide d'organiser une cérémonie de présentation de vœux au père.

3.3.2. Les vœux de nouvel an

La vie de Paul se déroule dans cette monotonie, sauf quand quelques événements viennent rompre ce rythme comme les vœux de la nouvelle année. Il est de coutume que chaque début d'année, la famille se retrouve pour se présenter les vœux du nouvel an dans la cours paternelle. Pour l'année 2013, les enfants décident de lui donner une autre dimension en l'honneur du père. Aussi, un enfant nous en fait le récit :

> *« Chaque année, le « Vieux » avait demandé de s'organiser pour lui présenter les vœux au début de l'année. Habituellement, nous les garçons, nous cotisons 15.000 FCFA (15€) chacun. Pour cette année, comme il est tombé, il a été éprouvé et j'ai décidé qu'on organise une grande fête ; j'ai prévu de donner 150.000 FCFA (250€). J'ai remis 50.000 FCFA (95€) à mon épouse pour les achats et j'ai remis le reste à mon petit frère »*

Le jour de la cérémonie, tous les enfants sont là. La fête se passe dans une ambiance festive même si le père assiste passivement assis dans un fauteuil d'un coin de la cour. Il prononce à peine audible des bénédictions sur les enfants et les petits enfants, suivies d'une prière de bénédiction pour le repas. Au cours de cette prière catholique, il est demandé de citer une dizaine de chapelets pour la santé du père et d'implorer Dieu de garder tous les membres de la famille en bonne santé durant l'année. Après le repas, des séances de photographies sont faites avec le « nin-kêema » au milieu d'une vingtaine de personnes (enfants, petits-fils, gendre, brus). La cérémonie prend l'allure d'une fête d'adieu et on se souhaite les vœux avec les mots qui évoquent la mort possible du père au cours de l'année en ces termes « *si tout va bien, on se retrouvera l'année prochaine* ».

Il me semble que l'on puisse faire un rapprochement entre cette cérémonie de présentation de vœux à la *devotio*, un rite décrit dans les travaux de Giorgio Agamben (1997). En l'an 340 av. J.-C, l'armée romaine est sur le point d'être vaincue par ses adversaires latins. Le consul, commandant des légions demande au pontife de l'assister dans le déroulement d'un rite. Le *devotus* invoque les dieux dans une position debout, la victoire et la force pour vaincre l'ennemi. Après cette prière, il se déclare être dévoué pour le salut de l'armée et montant sur un cheval, il fonce au milieu de l'ennemi. Il apparaît alors comme un envoyé du ciel pour expédier la colère divine. La *devotio* apparait comme une manière d'annoncer une

mort certaine et c'est pourquoi, la survie du *devotus* devient embarrassante pour la communauté.

Certes, l'analogie est brute, mais les vœux ressemblent un tout petit peu au rite de dévotion par son contenu et sa période. Pour cette année, ils se tiennent à une période où le père semble être vaincu par la maladie, à la même position où se trouve l'armée. Le sentiment de finitude qui anime la famille est perceptible dans le caractère exceptionnel de la fête. En outre, la prière au cours de laquelle, on invoque la protection de Dieu à l'endroit du père apparaît comme une forme technique de sacrifice, une manière souple de le vouer à la mort.

Ce genre de cérémonie est assez fréquent dans la capitale, où une personne très âgée à un moment donné sollicite cette commémoration pour regrouper ses enfants « *avant de partir* ». On pourrait mettre dans ce registre les pèlerinages (musulman ou catholique), les anniversaires pour les personnes (très) âgées qui prennent de plus en plus l'ampleur de fêtes d'adieu dans les familles de la capitale.

L'analyse de la mort du vieillard en Afrique par Louis-Vincent Thomas (1994) apporte un éclairage supplémentaire à la signification sociale de la cérémonie de nouvel an. Selon l'auteur, le vieillard africain ne craindrait pas et par conséquent, il ne devrait pas être surpris par elle. Le caractère festif de la cérémonie à un moment de la gravité de la maladie du père (présence de la descendance), est une façon de préparer au vieillard, une mort dans la paix et dans la dignité (Louis-Vincent, 1994). Cette cérémonie préfigure des *funérailles-fêtes* somptueuses (Ibid., 1994), qui témoignent que la « mort du vieillard fait en quelque sorte, partie de l'ordre des choses » (Ibid., p.159). Cette interprétation de la mort du vieillard comme une donnée naturelle justifie l'hypocrisie du fils dans son discours.

Conclusion

Ce chapitre a traité de la question du grand-âge à travers une biographie familiale nourrie de quelques autres exemples. J'ai montré que les chutes sont non seulement un facteur d'accélération de la déprise du monde, mais qu'en plus elles constituent également une source d'incapacitation définitive de la personne très âgée. A travers cet exemple, j'ai mis à jour que les conflits familiaux, les décès de l'entourage et le veuvage entraînent une recomposition de la famille en termes de filiation et de religion. On assiste également à une redéfinition de l'aînesse sociale fondée sur le statut socio-économique en ce sens que le plus riche accède à ce statut indépendamment de son âge autour de la responsabilité de la prise en charge du parent âgé. Une des questions cruciales, soulevée porte sur les capacités des familles à organiser une prise en charge adéquate des parents les plus âgés, handicapés. A l'état actuel, aucun débat national ne porte sur ce problème, or au « ras du sol » certaines préoccupations émises par les aidants posent de façon implicite, la nécessité de la mise en place de maison de retraite et le développement d'un personnel compétent dans le futur.

Chapitre 6 : Rôles familiaux des parents âgés

La vieillesse n'est pas synonyme de maladie et d'handicap. Les personnes âgées s'investissent dans de multiples activités. Les statuts socio-économiques des plus âgés dans la ville de Ouagadougou se répartissent en retraite inactive (19,7%) ; en sans retraite inactive (27,1%); en retraite active (6,3%), en sans retraite active (41,3%) et en retraite différée (5,6%) (Antoine, 2007). En outre, les sujets vieillissants continuent de jouer des rôles sociaux importants dans les associations religieuses, dans les partis politiques (Sangre, 1994). Ces données quantitatives ne permettent pas de saisir le sens que revêt pour les individus, le travail et l'engagement social à la vieillesse. En outre la participation « à la vie sociale, économique, spirituelle et civique » (Gunnarsson, 2009 : 36) ne devrait pas nous faire oublier de prendre en compte l'importance de plus en plus grande pour l'individu au cours du vieillissement de s'occuper de sa vie, de se prendre en charge pour ne pas être « misérable et dépendant » (Ibid. p. 40). En effet, les sujets vieillissants développent des stratégies pour rester actifs, pour maintenir leur estime de soi et avoir une grande maitrise de leur environnement de vie. C'est pourquoi, dans ce dernier chapitre de la première partie de la thèse, je propose de discuter des rôles familiaux en les articulant à la production sociale du corps (beauté et sexualité).

La mise en évidence des dimensions sociales de la vieillesse interroge le corps vieillissant qui peut être le lieu de l'exclusion ou de l'inclusion (Le breton, 1990) dans les relations sociales. C'est du corps que « naissent et se propagent les significations qui fondent l'existence individuelle et collective (Le breton, 1990 : 67). Les différents rôles au sein de la famille sont indissociables des processus de socialisation antérieure (socialisation secondaire de Berger), mais également de la perception de soi. La perception met en relation deux éléments : la constitution physiologique du corps humain en situation dans un environnement familial et celle des habitudes et des pratiques socialement partagées (Berger et Luckman, 2003). C'est ainsi que l'acte de percevoir n'est pas alors une expérience statique mais s'inscrit dans un rapport dynamique et de pratique avec son environnement social. Il existe une adéquation entre les capacités physiques et les réalisations des rôles sociaux. Ces routines journalières permettent aux individus vieillissants d'affirmer leurs singularités ; en d'autres termes, elles rendent compte des bons petits moments

ou pour reprendre le terme de Françoise Héritier « le sel de la vie » (Héritier, 2014 : 5). Ce faisant, les processus d'autonomisation financière, les rôles familiaux et les pratiques d'esthétisation de soi constituent l'objet de réflexion de ce chapitre.

1. Argent et espace de sociabilité féminine

Pour discuter de l'espace de sociabilité et le rapport à l'argent à la vieillesse, je vais me servir du cas de Sarata que j'ai décrite plus haut (Chapitre 4. p.150). Cet exemple sera nourri d'autres cas pour comprendre les processus d'autonomisation financière à la vieillesse.

Sarata mène de petites activités qui lui assurent non seulement une autonomie financière, mais lui offre également un cadre pour se construire de nouvelles sociabilités. Cette volonté de « *faire quelque chose* » a même été l'objet d'un malentendu entre elle et ses enfants. Pour ces derniers, leur mère est une vieille femme, qui doit maintenant se reposer. Ainsi, quand elle leur demande de l'argent pour poursuivre son commerce, elle rencontre un refus de leur part, en l'occurrence de la part de son fils aîné, un cadre de l'administration publique. En dépit de ces refus, elle va demander un terrain dans les encablures de la Présidence pour faire un champ de céréales et de légumes. Plus tard, elle met en place un élevage familial de mouton et de volaille. Enfin, elle s'engage dans un commerce de charbon de bois. Elle donne des détails sur l'initiative de son champ :

> *« Si c'est la saison des pluies, je sors cultiver vers la présidence. Je sème le petit mil, les arachides, le haricot et l'oseille. Mais si ce n'est pas ici, je ne connaissais pas cultiver. Mais depuis qu'on est venu ici, je vais regarder les gens et j'ai appris »*

Dans la journée, elle passe son temps devant l'étalage de charbon, sous l'ombre de l'arbre implanté devant le portail. En plus de cela, elle a acquis un hangar au nouveau marché du quartier où elle vend des condiments divers. Ces stratégies d'autonomisation financière participent à la quête du pouvoir d'agir sur son environnement (Rouamba, 2012) dans un contexte où tous les individus ne sont pas bénéficiaires d'une allocation de vieillesse. L'expérience de Sarata montre une combinaison de plusieurs stratégies en mobilisant la conquête des ressources du milieu rural (champ) et du milieu urbain. Les potentialités urbaines et péri-urbaines qui lui sont accessibles sont utilisées pour rester active malgré la perception des

douleurs du corps. Au cours de l'année 2014, elle raconte qu'elle commence à éprouver des douleurs articulaires, des maux de dents. Sans renoncer à son champ de culture, elle a recours à des prestataires de service (informalité) pour les labours, les récoltes. Plusieurs fois, je constate que pour casser le bois de cuisine, elle loue les services d'un jeune homme. Elle va de moins en moins au marché du quartier où elle a un hangar pour son commerce. Cependant l'arbre sous lequel, elle vend son charbon ne désemplit pas de visiteurs pour les conversations quotidiennes. Ainsi vers les dix heures, plusieurs femmes de son âge passent converser avec elle. Elles parlent de la banalité de la vie, de l'insécurité qui règne dans leur quartier et se partagent des noix de cola. La plupart des jeunes femmes et des adultes qui passent dans la rue, la reconnaissent et la saluent chaleureusement « *m'ma Sarata* » (Maman Sarata).

Le rôle des petites activités commerciales dans les formes de sociabilités quotidiennes des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » et particulièrement pour les femmes me semble important. A ce titre, Bernadette, âgée de 75 ans continue de vendre des arachides sur sa table au bord d'une rue. C'est une femme de grande taille. Quand elle se lève, elle tremble et est obligée de prendre appui sur un bois pour se déplacer. Toujours bien habillée en complet, elle est assise tous les jours sauf les dimanches à côté de sa table. Fille de l'atelier de Monsieur Thévenoud, elle me raconte son premier mariage où, elle met au monde sept enfants. Il ne lui reste que deux garçons tous des commerçants. Quand son mari décède, elle est remariée après sa ménopause à un gardien de l'administration publique. Aussi se convertit-elle à l'islam pour son deuxième mariage. Cependant le mariage civile est contracté avec sa coépouse plus jeune. Elle justifie ce comportement de son mari par le fait qu'elle n'accouche plus ; aussi dit-elle : « *est ce que les hommes acceptent de marier une femme qui n'accouche plus à la mairie* ? ». Aujourd'hui, elle partage la pension de son époux avec sa coépouse. Il semble avoir une entente entre les deux femmes. Quand elle se fait conduire en ville par ses enfants, sa coépouse assure la vente de ses arachides. La cours bien que située dans un quartier bruyant est calme dans la journée. Ses deux enfants vivent dans d'autres quartiers avec leurs épouses. Il ne reste qu'elle et sa coépouse et deux jeunes garçons. Sa coépouse fait parfois la cuisine et il se partage le repas. Sinon tous les jours, les enfants amènent le repas une fois par jour qui sert de ration quotidienne. Aussi dans la journée, elle est assise

sous le hangar d'une boutique localisée au bord d'une nouvelle voie bitumée. Non loin de la boutique se trouve un salon de coiffure. Toutes les femmes qui y travaillent l'appellent Yaaba. Quand je lui demande pourquoi, elle continue d'exercer une activité commerciale, elle répond sans hésiter que c'est « *pour causer avec les gens qui passent sinon, elle ne veut plus ni or, ni argent* ». Ce positionnement dans le lieu lui permet d'observer « *la vie de la ville* » et c'est ainsi qu'elle se met à parler de la vitesse dans la circulation.

Ces deux cas ne sont pas des exceptions et l'on pourrait multiplier les exemples. Les femmes âgées, quel que soit leur âge, tant qu'elles n'ont pas une incapacité physique, elles continuent d'exercer une activité commerciale. Il me semble qu'il faut inscrire ces activités au-delà de la nécessité économique pour saisir les effets de cette activité en termes de lien social et de la transformation de ce lieu de commerce en un espace d'estime de soi et de reconnaissance des autres et de soi. Les femmes sont tournées vers des formes internes de sociabilités. Dans ce sens, l'autonomie financière va de pair « avec l'exercice de l'autorité et une position importante dans le réseau familial » (Charpentier et al, 2014 : 156). En effet, les revenus issus ces petites activités financières, redistribuées aux petits-enfants (en général) participent à donner une place dans la famille.

2. Permanence du statut assigné de la femme âgée

Les personnes âgées occupent toujours des fonctions au sein de nombreuses familles multi générationnelles. Dans cette partie, je me propose de discuter du rôle des femmes à la vieillesse. Ce parti pris pour les femmes est justifié par le fait qu'elles sont les plus nombreuses au sein de la population vieillissante. En outre, cette posture permet de discuter des rôles assignés à la femme au cours du vieillissement. Comment ceux-ci évoluent dans les familles urbaines ?

Je rapporte mes notes de terrain à la date du quinze décembre 2012. Il est quatorze heures quand j'arrive dans la famille de « *Sarata* », une femme de soixante-sept ans. Elle est allée à la mosquée pour prier. En attendant son retour, une discussion s'engage entre un groupe composé de ses deux belles-filles, une petite-fille de dix-huit ans et son garçon de vingt-un ans et moi. La discussion porte sur un sujet que « *Sarata* et moi avons débattu la veille à leur présence. « *Sarata* a parlé de sa coépouse avec laquelle, elle a eu de très bons rapports. Elle a ajouté

qu'elle ne faisait pas le « *pugtaare* » (litt. jalousie entre coépouse) alors que nos filles ne veulent pas de coépouses. Ses belles filles se sont écriées, mais j'avais observé leur étonnement en silence. En attendant le retour, nous nous sommes mis à parler de la polygamie. Alors une des belles-filles dit que « *leur temps est dépassé* » et l'autre de renchérir « *comme la vieille même* !» A ce moment, son fils de vingt-un ans, en classe de terminale sort et demande : « c'est la vieille-mère que vous critiquez ? » Les belles filles répondent en chœur : « *qui la critique ? Elle voudrait qu'on accepte la polygamie comme elle…. Elle ne fait plus partie* [*gneis ka naag ye*]». Au retour de « *Sarata »* dès la grande porte, une petite fille de trois ans à peine, crie « *yaaba ! Yaaba !* » (Grand-mère) Elle se baisse et soulève la petite fille jusqu'à la hauteur de son visage et la dépose. Sa petite fille de 18 ans dit « *mémé est arrivée !* » et une belle-fille réplique « *c'est la jeune fille de la cour, regarde ses pieds* ». Effectivement, la vieille femme avait mis du henné (espèce de tatouage fait de dessin en fleurs) à ses pieds et sur le dos de la main gauche. L'ambiance est joyeuse, détendue et conviviale.

Un jour, une de ses belles-filles, mère d'un nourrisson de deux mois, sort de l'intérieur de la cour et vient se plaindre à sa belle-mère sur le lieu de son commerce, du retard pris pour le bain de l'enfant. Il était environ onze heures du matin et le nourrisson pleurait. La vieille la conseille de lui donner à téter et la belle-fille estime que les pleurs seraient dus au fait que celui-ci n'a pas encore pris son bain. Pour la vieille femme, il faut attendre que le soleil soit haut pour donner un bain à un nourrisson afin de lui éviter de prendre froid. Au cours des discussions, la vieille se plaint de cette contrainte qui entrave ses mouvements : à cause du bain, elle ne peut plus se rendre au centre-ville depuis plus de deux mois. Une amie de la belle-fille qui était venue lui rendre visite, insiste auprès d'elle pour qu'elle vienne laver le nouveau-né. Finalement, elle se résigne en me disant : «*si je ne vais pas laver le bébé, elle va me gronder plus que cela* ». Les soins aux petits-enfants qu'elle assume représentent des services importants à travers lesquels s'affirme leur statut traditionnellement élevé (Sangree, 1994)

Cette description des rapports familiaux montre la permanence des rôles sociaux de la femme âgée en matière de soins donnés aux nourrissons En effet, le savoir maternel est un savoir collectif et populaire transmis par l'entourage et cette pratique assure non seulement le prestige des femmes plus âgées mais également

justifie leur place dans la hiérarchie familiale. A ce titre, Calvès et Lévis (2013) confirment à partir d'une étude portant sur deux générations de femmes parturientes que les belles-mères continuent de prodiguer des conseils sur la gestion de la grossesse, accompagnent les femmes à la maternité et assurent les soins aux nouveau-nés. Est-ce que la transmission de ces connaissances, qui se sont transformées en une véritable école d'apprentissage (Calvès et Lévis, 2013) donne-t-elle pour autant un pouvoir de domination sur les cadettes ?

La réponse dépend des modes d'habitation et du statut de la femme. On remarque le refus de certaines pratiques de soins comme les lavements (déconseillés par les agents de santé) par certaines jeunes femmes. Dans le même temps, elles ont recours aux belles-mères pour la toilette et pour le maternage de l'enfant pour faciliter leur retour au travail. Cependant l'incident qui entoure cette activité amène aussi à se demander s'il y a une perte du pouvoir des vieilles femmes sur les jeunes générations. Cette dispute qui s'est déroulée en présence d'un tiers (une amie de la vieille Sarata et moi) reflète bien les tensions entre générations, les devoirs associés au statut d'aînés et les marges de négociations dans lesquelles chaque acteur s'engage. Elle est aussi révélatrice d'une certaine tension entre le savoir-faire traditionnel et un savoir-faire moderne (issu de la science et de la médecine) sur les soins du nouveau-né qui laisserait envisager dans le futur une disqualification des femmes âgées et une dévalorisation de l'aide qu'elles pourraient apporter aux nourrissons (Rouamba, 2012).

L'exercice de ce rôle donne une certaine reconnaissance à la femme au sein de la famille. Ainsi les différentes nominations sont plus amicales et affectives. Ainsi, Sarata est tantôt nommée « *mémé* », « *jeune fille* », tantôt « *yaaba* », ou encoure « *vieille mère* » ou « *la vieille* ». Les rapports semblent de plus en plus amicaux et empreints de respect mutuel contrairement à ceux qui prévalaient dans la société ancienne. Lallemand rapporte dans son travail, effectué en milieu rural, la tyrannie des rapports entre la belle-mère et les belles-filles (Lallemand, 1977). Hormis le pouvoir d'offrir des soins aux nouveau-nés, il semble que la recomposition des rapports aille dans le sens d'une perte progressive du pouvoir de contrôle des belles-mères sur les belles-filles dans certains aspects de la vie surtout quand le jeune couple réside dans un autre quartier.

Quelques dizaines d'années après le déguerpissement, Sarata semble retrouver une nouvelle vie dans le quartier; en plus des soins aux nouveau-nés, elle cuisine de petits plats pour ses petits-fils qui vivent avec elle et c'est avec une grande satisfaction qu'elle me dit qu'elle ne veut pas qu'ils achètent à manger dans les restaurants populaires. Sarata témoigne d'une grande capacité de réinvention d'une nouvelle vie. C'est pourquoi, elle milite dans l'association du quartier et participe régulièrement aux événements sociaux de la famille lignagère. Alors qu'un vendredi, on est en train de causer, une de ses anciennes camarades de *Zangouettin* est venue lui rendre visite. Après quelques instants de discussions, elles se lèvent pour aller prier à la mosquée du quartier, signe d'un sentiment d'appartenance au groupe local.

La description de Sarata (Chapitre 4. p.151) présente une femme bien soignée. Elle porte régulièrement à ses pieds des tatouages (henné), qui rendent compte du souci de son image sociale. Ainsi de plus en plus, on observe au quotidien dans les rues et dans les familles, certaines personnes âgées bien habillées, bien coiffées. Les pratiques d'esthétisation nous informent des identités individuelles et dessinent de nouvelles frontières de la vieillesse féminine.

3. Vieillesse féminine et beauté : enjeu de sécurité sociale

Les travaux sur la beauté et le vieillissement chez les femmes âgées de plus de 65 ans en France montrent que les pratiques d'esthétisation du corps s'inscrivent dans les nouvelles manières de vieillir (Macia, 2010). Ainsi, « le corps est perçu comme un capital-santé donné à la naissance et qu'il faut entretenir […] afin de se sentir bien » (Macia, 2010 : 78). Dans notre contexte, en plus de ces aspects, elles réactualisent les enjeux de sécurité sociale des femmes vieillissantes (Laurent, 2010a). La compréhension de ces enjeux ne peut faire l'économie de toutes les représentations touchant à la procréation, à la sexualité féminine et aux modalités de définition de soi par les hommes âgés. Quelle place le corps des femmes occupe-t-il à la vieillesse ? Pour comprendre, le phénomène, faisons un tour dans un salon de coiffure.

Je suis dans un salon de coiffure féminine comme il y en pullule dans les rues de la capitale. La responsable, née en 1975, est une femme qui ne porte pas son âge. Se déplaçant en véhicule, elle est mariée et mère d'un garçon de onze ans. Le

salon se compose de deux espaces de travail. Juste à la rentrée, un espace qui joue deux fonctions. Une partie sert de salle d'attente où sont disposées des chaises rembourrées; l'autre sert de cadre de travail. Un grand miroir est fixé le long du mur et devant, on trouve trois chaises pour l'installation de la personne à coiffer. Un peu plus à l'intérieur, on trouve le même dispositif de travail. A l'absence de la « *patronne* », comme les cinq employées l'appellent, la salle est bruyante. On raconte les banalités de la vie quotidienne, les relations amicales, dans une musique très forte au point qu'il faut parler très fort pour se faire entendre. Dès que la « patronne » arrive avec son véhicule, chacune court à sa place pour celle qui n'a pas une personne à coiffer. On baisse toute suite la tonalité de la musique. Les différents produits importés ont un coût variant entre 500 FCFA (1€) et 2500 FCFA (5€) pour une opération de noircissement. Le vendredi 19 septembre 2014, je rencontre une femme de 64 ans, un ancien cadre de l'administration. De taille moyenne et de forte corpulence, d'un teint un peu clair, elle porte de grandes boucles d'oreilles, une alliance au doigt (donc mariée). Elle est chaussée de demi-talons. Elle est habillée en complet dame avec une longue jupe et un habit un peu ample avec des manches longues. Chaque fois qu'elle se lève de sa chaise, elle tire sur sa jupe. Elle se sert de sa main pour se lever (faisait des efforts physiques) et ne se lasse pas de se mirer. Elle s'exprime très bien en français et en anglais (conversation téléphonique). Elle me parle du traitement de ses cheveux en ces termes :

> *« C'est pour me coiffer joliment, les cheveux noirs sont très jolis. Je me sens jeune. Mon mari ne dit rien…. mais mes filles aiment quand je noircis mes cheveux blancs. Elles me trouvent ainsi jeune et belle » (Entretien du 19 septembre 2014)*

Une autre femme de 61 ans, de grande taille, de forte corpulence avec une forte poitrine arrive. Elle est habillée en complet pagne et porte des boucles d'oreilles, un collier, une bague à la main droite et deux autres à la main gauche ; elle déclare :

> *« J'aime les cheveux noirs car ça donne de la vitalité aux coiffures, aussi cela permet de rajeunir. Après avoir teint mes cheveux, je me sens jeune et belle » (Entretien du 20 septembre 2014)*

L'observation sur le profil des femmes âgées qui pratiquent le noircissement des cheveux montre qu'elles proviennent de la catégorie des femmes lettrées et

anciennes salariées. Malgré leur âge avancé, elles se soucient fortement de leur apparence Elles veulent demeurer *« jeune et belle »* et « s'entretiennent ».

Pour bon nombre d'entre elles, la beauté est rattachée à la jeunesse du corps. De ce fait, pour rester belle il est impératif de soustraire le corps de toutes marques de vieillesse, dont la blancheur des cheveux en est la principale caractéristique. Le noircissement des cheveux participe à un ensemble de pratiques d'esthétisation des cheveux comme le défrisage, le port de bijoux, de colliers et le vernissage des ongles. La relation entre jeunesse et beauté qui apparaît dans l'ensemble des discours renvoie à une idéalisation du corps jeune et de son rôle dans les relations conjugales. L'insistance sur la beauté, sa préoccupation sur son corps à travers le regard constant du miroir rappellent l'image de soi et de son renvoi aux autres. En effet, le regard de l'entourage immédiat joue un rôle déterminant dans cette pratique. Les discours mettent en avant la participation des enfants (filles) dans les stratégies d'embellissement des femmes. Dans ce cas, la santé n'est plus définie « par le manque, la perte, la maladie et les facteurs de risque, [mais elle devient] une façon de ressentir et d'éprouver son corps » (Vigarello, 2013 : 235). Dans cette posture, les techniques de soins du corps voient en la santé comme une potentialité et une ressource (ibid. 2013).

Pour les femmes de la classe populaire, généralement analphabètes, vieillir n'est pas non plus incompatible avec la recherche d'une image agréable. N'ayant pas les moyens pour se rendre dans un salon de coiffure (ou par simple pudeur), leurs filles s'activent à leur embellissement surtout quand elles doivent se rendre dans un lieu public. Dans les lignes qui suivent, je rapporte la toilette d'une vieille femme pour montrer la participation de l'entourage à la fabrique d'une image belle de la vieillesse.

Bientôt le soleil va se coucher sur la ville. Ce jour-là, son fils qui travaille à Banfora est de retour. La fille benjamine est obligée d'aller dormir chez sa grande sœur dans un autre quartier. Alors commence la toilette de Marie-Juliette. La fille cadette, toujours célibataire et affectée à ses soins quotidiens chauffe d'abord de l'eau avec une casserole à l'aide d'un réchaud à gaz. Ensuite, elle vient la vider dans un seau en plastique. Puis, elle remet à sa mère le matériel de toilette composé d'un filet et du savon de marque « *BF* ». Il importe de souligner que c'est un savon dont

l’image publicitaire renvoie à la femme entreprenante moderne. Du reste, chaque année, il est organisé un concours de la femme « BF ». Après, elle apporte les chaussures et dépose maintenant le seau d’eau et le matériel de lavage dans la douche. La fille presse sa mère d’aller prendre son bain avant la nuit. A son retour de la douche, la fille lui apporte sa pommade de corps et sa crème anti-moustique et enfin elle lui sert son repas du soir qu’elle vient de réchauffer. Du reste, je constate que toutes les deux semaines, une de ses filles passent natter sa tête. Souvent, elle tresse avec un fil élastique noir ou bien des nattes simples. Quand la vieille femme rejoint son fils dans la « citée » (chapitre 4. p. 175), je suis témoin d’une plainte de sa belle-fille concernant son habillement. Celle-ci se plaint car sa belle-mère ne s'habillerait pas bien alors qu'elle aurait « une malle d'habits ». Ce jour-là, la femme ne semble pas très préoccupée par son habillement. Alors sa fille renchérit et lui rappelle que la dernière fois pour aller à l'hôpital, elle ne s'est pas bien habillée. Aussi lui recommande-t-elle de porter un pagne, un corsage complet et un foulard. Effectivement quand j'arrive pour la conduire à l'hôpital, je trouve une femme bien habillée, propre et bien nattée.

L’injonction de l’entourage à rester belle participe de l’inscription du corps comme un marqueur du pouvoir d’achat et de classe sociale en tant que médiateur social. Le corps bien soigné et traité devient une grille de lecture de l’image de la bonne famille. C’est ainsi qu’il faut comprendre les injonctions de « bien s’habiller » avant de se rendre dans un lieu public. Cela se passe le jour où je me propose d’accompagner une vieille femme pour son contrôle médical à l’hôpital. Sa fille lui recommande de bien s’habiller et que c’est ainsi qu’elle va se faire respecter par le personnel de la santé.

A ce niveau d'analyse, les pratiques d'esthétisation participent au bien-être de l'individu. C'est pourquoi Le Breton (2013) défend l’élargissement de la notion de care, qui ne se limite plus aux attitudes et pratiques tournées vers les autres pour leur apporter une aide. Il propose de voir une autre facette, centrée uniquement sur soi-même qui vise à se concilier avec le regard de l’autre. Dans cette perspective, la beauté et la santé vont dans le même mouvement. La beauté relève d’un soin, témoigne d’un souci de santé. Embellir la peau est un moyen de la soigner, de la régénérer. Ces pratiques cherchent à prendre en compte la qualité de la relation

nouée avec les autres et avec soi. Il s'agit de donner une image corporelle « agréable […], le fait de se voir en harmonie avec le regard des autres sur soi » (Le Breton, 2013 : 214). Prendre soin de la beauté revient à veiller à sa santé (rester jeune, beau) et les cosmétiques relaient le médecin et les soins de beauté sont une version heureuse de la médecine, loin de la maladie. Ces pratiques s'inscrivent dans le cadre d'une recherche de bien-être car « le soin bien ordonné commence par soi-même » (ibid., p. 215). Dans ce sens, le corps est un vecteur plus large de l'analyse des conditions matérielles de vie du sujet puisque ces pratiques d'esthétisation sont des formes de distinctions sociales. En milieu urbain. Le corps devient le lieu privilégié de la réussite sociale et de l'inscription de l'identité.

L'analyse de Pierre-Joseph Laurent de la beauté comme une forme de régulation sociale éclaire mieux le rapport à la beauté chez les femmes âgées. Pour l'auteur, la beauté comme la laideur sont les deux faces d'une même préoccupation sociale. La laideur traduit une forme de fragilité et « renvoie au destin des plus faibles d'une société » (Laurent, 2010a : 276). Son analyse du rôle de la beauté dans la sécurité sociale au sein de la famille pourrait être étendue à l'ensemble de la vie sociale. Aussi, l'auteur montre-t-il que dans la société *moose*, la vieille femme se sent moins désirée, rejetée et parfois suspectée de sorcellerie devant ses autres coépouses plus jeunes, et fécondes. Elle incarne une certaine laideur caractérisée par la «faiblesse, la stérilité et la ménopause » (ibid., p.306) mais celle-ci n'en demeure pas moins une épouse à la charge de l'homme et de ses alliés.

La recherche de la beauté à la vieillesse s'inscrit dans le prolongement des rivalités et les jalousies entre la femme vieille et sa coépouse plus jeune (Lallemand, 1977). Ici se joue la capacité de soumettre le corps vieilli aux valeurs de la modernité que sont la jeunesse, la séduction et la vitalité (Charlap, 2013) pour concurrencer la coépouse rivale, c'est à dire la jeune fille que l'on rencontre dans la rue. En effet, Mazzocchetti (2009) montre que les jeunes filles de la capitale, dans le contexte de pauvreté et de chômage préfèrent sortir avec des hommes plus âgés. Ces derniers, nommés les « tontons », « les bailleurs » distribuent de « l'argent facile », de « l'argent cadeau » à leurs jeunes partenaires particulièrement les étudiantes. Elle décrit l'envahissement des cités universitaires les nuits par les Mercedes, 4x4 et autres gros véhicules. Ces pratiques se généralisent et

plusieurs sont logées, habillées par ces hommes dont l'âge est supérieur à quarante-cinq ans. Cette minorité d'hommes plus âgés et riches entretiennent ainsi des jeunes filles qui sont alors en concurrence avec les femmes âgées. Au-delà de l'image de soi dans la société, l'enjeu de demeurer « belle » s'inscrit dans une logique de sécurité sociale. Il faut protéger les biens de la famille contre les filles qui ensorcellent et « wakent » les maris (Mazzocchetti, 2009). « Garder son mari » comme disent les femmes âgées c'est le mettre à l'abri de la séduction des jeunes filles mais également garder son argent pour les vieux jours.

Aussi est-il important de décrire comment certains hommes âgés se représentent. Pour cette catégorie d'hommes, ils se définissent généralement comme des jeunes et adoptent des comportements des jeunes.

4. Le déni de la vieillesse masculine

Le sentiment de jeune (négation de la vieillesse) serait en relation avec la capacité à travailler, à disposer toujours de l'énergie vitale, à « avoir la volonté ». Je reprends un entretien avec Naaba sur la définition de la vieillesse. Pour certains d'entre eux, les frontières de la vieillesse se voient pousser de plus en plus vers des âges élevés. On recourt à des techniques de soins de soi pour maintenir la jeunesse. Cette définition de soi comme un jeune s'articule à la représentation du corps et de la vieillesse. L'extrait de l'entretien qui suit se déroule chez lui :

> *« E : Est-ce que vous pensez que vous êtes une personne âgée ?*
> *W : Moi personnellement, je ne pense pas ; tous les week-ends, je vais m'amuser avec les enfants à l'école X (localité) ; Et les tous jours ouvrables, à 15 heures, je suis à l'école X on joue la pétanque, à 18 heures, je regagne le domicile.*
> *E ; c'est ça qui fait que vous dites que vous n'êtes pas Vieux ?*
> *W ; je ne pense pas ; 62 ou 63 ans ; on ne doit pas se dire Vieux*
> *E : Quand est-ce on doit dire qu'on est Vieux ?*
> *W : au-delà de 90 ans.*
> *E ; dans ce cas, est ce qu'il y a des Vieux au Burkina Faso ?*
> *W ; Absolument ; si il y a bien des Vieux au Burkina Faso ; j'en connais ; ils sont nombreux »*

Le rapport à soi qui structure le sentiment de vieillir se construit par une comparaison de soi à l'autre. Ce rapport de soi aux autres donne lieu à un glissement lexical entre « avoir de l'âge » et « être âgé ».

Monsieur Romuald soixante-sept ans est à la retraite depuis quatorze ans. Séparé de son épouse depuis l'année 2000. Il est le Président d'une association de développement de son village d'origine qui bénéficie des financements des grands organismes internationaux. Au cours d'une conversation portant sur sa perception de sa propre vieillesse, il dit ceci :

> *« Non, ce sont les autres qui voient que je suis Vieux, sinon moi non ; dans mon organisme, je ne sens pas d'abord la vieillesse ; je me dis peut-être dans 10 ans ; un Vieux doit avoir au moins les 80 ans, c'est eux qu'on doit les considérer comme des Vieux (…), je sais que je suis âgé plus que certains ; j'ai de l'âge mais je ne suis pas Vieux parce que j'ai de la volonté de travailler ».*

L'écart entre l'image que la société lui donne et l'identité qu'il revendique apparait dans cet extrait. Cette perception de soi explique le discours sur le désir de mariage et l'imaginaire des caractéristiques physiques de la nouvelle conquête. C'est ainsi qu'au cours d'une de mes visites, j'assiste à une scène où il courtise une fille à travers la tante de celle-ci. Mes notes de terrain du 28 novembre 2012.

Après une hospitalisation de trente jours à l'hôpital, je lui rends visites à la maison. Ce jour, il me montre son album de photo familiale avec lequel, il revoit son image de jeune homme plein de vie. Ci-dessous un extrait de nos échanges:

> *« E : ça c'est votre pépinière ?*
> *F : oui au village*
> *E : vous êtes là ?*
> *F : oui, c'est moi comme cela ; c'est en 1963, c'est des années 1972 –une amie de Saponé*
> *Les partenaires dans l'association*
> *Des photos en Égypte*
> *E : quand vous revoyez les photos, qu'est-ce que ça vous fait ?*
> *F : (avec une voix joyeuse), ça vous rappelle les nin-kêemse souvenirs. Tu ressens le temps, le plaisir, la joie ; tu revis un peu*
> *E : c'est où ?*
> *F : c'est au village ; ça c'est la maman de X, celle qui a le dos tourné*
> *E : vous avez passé une jeunesse….*
> *F : (rires) ça n'a pas été facile…. (Silence)*
> *E : c'est le mariage de qui ?*
> *F : Charles, mon cousin ; mais ils se sont séparés est-ce que ça ne vaut pas dix ans ? La femme devenait impossible*

Nos échanges vont se poursuivre sur plusieurs aspects de la vie actuelle et de sa vie passée jusqu'au moment où une femme vient pour faire ses ablutions. A sa vue, il arrête de commenter les photos et me dit à voix basse « *le mammouth est là ; elle vient prier chaque jour* ». Effectivement, une femme de grande taille avec

une forte corpulence, un foulard sur la tête se dirige vers nous avec une bouilloire d'eau à la main. Elle s'accroupit dans un coin de la cour, qui sert de douche (un mur en banco rongé par les pluies). Assis, je suis le regard du maître de la concession sur la femme, pendant que celle-ci commence à faire ses ablutions pour la prière de quatorze heures. Une conversation s'engage entre les deux :

La femme : Comment va la soirée ?
Romuald : Tu ne vas pas aller prendre une qui te vaut venir me donner ?
La femme : Quoi ?
Romuald : une dame pour moi
La femme : vous voulez une femme ?
Romuald : qui est bien, ce n'est pas n'importe quoi ; n'amène pas une femme –male (un bouc, réputé sentir mauvais) (Rires à éclat !!!!!!)
La femme : vous ne voulez pas une petite ?
Romuald : moins que toi ; sinon, elle va casser mon lit
La femme : laisse je vais vous en trouver. Il y a ma sœur qui a divorcé de son mari…
Romuald : elle est âgée ?
La femme : Elle n'est pas tout à fait âgée
Romuald : son âge n'est pas un peu avancé?
La femme : elle vaut 30 ans
Romuald : cela est bien, cela permet au Vieux d'allonger sa barbe [au sens d'augmenter la longévité] (rires ensembles)
La femme : Vous l'avez eu seulement

Après cette discussion, la femme effectue sa prière et repart à son commerce, une table de fruits et légumes au bord de la route. Quelques minutes plus tard, une conversation s'engage entre lui et moi sur le mariage.

Moi : vous voulez une femme qui a quel âge ?
Romuald : au moins les 30 ans, j'ai entendu à la radio… je ne comprends pas ses filles. Une fille qui n'a pas plus de 25 ans qui cherche un monsieur qui a les 60 ans ; je me suis dit est ce qu'elle est normale, celle –là ? (rires), elle ne doit pas être normale ; s'elle avait demandé, 40 ou 50 ans, ça va…un monsieur de 60 ans, je dis mon Dieu !!!! (Exclamation), c'est bizarre
Moi ; vous voulez des enfants encore ?
Romuald : Ah ! Non ! Pourquoi faire ?
Moi : et si vous épousez une femme de 30 ans, c'est pour faire des enfants ?
Romuald : ouhon ! Non !! Il y a les condoms maintenant ; non ! Non ! Pas d'enfants… si elle veut une grossesse, elle est obligée de sortir ; tel n'est pas mon problème…. Moi, j'ai combien de gosses ?
Moi : pourquoi vous ne prendrez pas une femme qui a plus de 50 ans ?
Romuald (rapidement) pourquoi faire ? Ma grande sœur…. Wai !!!!wai !!!! Ma petite sœur ! wai !!!
Moi : 50 ans c'est trop ?
Romuald : ouh !! C'est trop !!! C'est trop !!! 30 … 40 c'est bon ; si j'ai encore la chance de vivre 20 ans, on pourra profiter au moins.
Moi: est-ce que vous cherchez une femme pour vous marier ou vous attendez seulement
Romuald : ouhou !! Marié encore ? Pour vivre avec… c'est tout

Moi: Qu'est-ce qui vous empêche de vous remarier ?
Romuald : (silence réflexif) oui mais se remarier aujourd'hui ; à mon âge……

Cette demande de mariage suscite d'abord un étonnement de la femme au cours de la première phase d'entretien et elle pose des questions sur les caractéristiques de la femme. Quelques jours plus tard, au cours d'un autre entretien, la femme émet des inquiétudes sur son âge. Elle s'inquiète de sa capacité de bien s'occuper d'une jeune femme. Il la rassure que les « nin-kêemse » savent bien gérer une jeune fille parce que les jeunes font [– coucher-] et ils te disent de partir que d'autres filles sont dehors ». Pourtant s'étonne-t-il d'entendre qu'à la radio, une fille de moins de 25 ans cherche un homme de plus de 60 ans pour épouser. Effectivement, certaines radios communautaires proposent des émissions de rencontres[27]. Cela consiste à appeler, donner les caractéristiques du partenaire que l'on recherche. Le numéro de téléphone est donné en « off » pour celui qui répond favorablement.

Cet échange montre l'écart entre la perception de soi et la manière dont l'entourage voit la personne âgée. Les locateurs, les meuniers, les voisins l'appellent affectueusement « *le vieux instituteur* ».

Pour ces catégories de personnes, elles accumulent des années sans se sentir « vieilles » Non seulement, elles se définissent par rapport à leur capacité de réaliser certaines choses ou à rester autonomes (Gobert, et al, 2012). Le déni de la vieillesse s'accompagne d'un certain nombre de comportements : les soins du corps. S'habiller est une façon de prendre soin de soi. Les modes vestimentaires semblent distinguer les jeunes des aînés.

Revenons à l'accoutrement de Naaba dans l'espace jeux. Il a toujours la tête rasée qui permet de ne pas voir les cheveux blancs. Il porte un « *pantacourt »,* et un tee-shirt, modèle très en vogue chez les jeunes lycéens. Habillé « en jeune », il aime les milieux des jeunes. C'est ainsi qu'il va « *jouer avec les jeunes au football et à la pétanque* ».

Pour d'autres, c'est le recours au noircissement des cheveux. C'est l'exemple de Monsieur Mouni, un ancien employé de la mairie centrale. Il est à la retraite

[27] L'émission « folie-folie » de la radio horizon FM

depuis huit ans. Il est un acteur politique du parti majoritaire. Nommé délégué à la mobilisation dans son quartier, il est reconnu comme un harangueur de foule bien qu'il souffre de cécité. Il est âgé de soixante-cinq ans, et il est marié à deux épouses dont la plus jeune dans l'année de départ à la retraite. Au cours d'un entretien informel, il dit qu'il ne sent aucunement la vieillesse; pour preuve, il me demande si je vois des cheveux blancs. Régulièrement, il teint en noir les cheveux. Une pratique appelée « *yombo* » au niveau local. La blancheur des cheveux n'apparaît plus comme une valeur mais un rappel incessant à leur situation de vieillesse. Aussi, au fur et à mesure que le temps passe, je me propose de l'accompagner chez le « *coiffeur* ». En cours de route, il me raconte que les voisins le critiquent pour le fait qu'il mette du « *yombo* » sur sa tête. Alors il se met à donner les motivations de son geste :

> *« Quand une personne meurt, pour l'enterrer, on met des cotons à ses narines, on rase sa tête, et on le lave et après on lui porte des habits neufs. Moi je ne suis pas encore mort est ce que je dois arrêter de m'entretenir sous le prétexte que je suis un nin-kêema »*

Cet extrait illustre que l'entretien du corps participe à une affirmation de son existence au sens de « *vivre, c'est demeurer beau* ». En outre, il estime qu'en tant qu'acteur politique, son image est très importante car régulièrement il prend la parole en public. Il me retrace fièrement son parcours politique depuis sa participation au soulèvement de Janvier 1966 pendant sa jeunesse. L'entretien du corps s'inscrit dans une longue pratique de soins corporels pour donner une image jeune dans le champ politique au sein d'une population très jeune. C'est ainsi qu'à la chute du président Blaise Compaoré, au cours d'une discussion sur son rôle futur dans la politique, il me dit avec une certaine amertume qu'il ne « *fera plus la politique* » et plus tard, il me confirme qu'il arrêtera également de noircir ses cheveux dans une dizaine d'années.

Des entretiens avec des travailleurs d'un certain âge et avec des coiffeurs laissent penser que les techniques de rajeunissement corporel visent également à se soustraire des formes de stigmatisations qui commencent à toucher les travailleurs âgés. A ce titre, un monsieur d'une cinquantaine d'années, venu pour noircir ses cheveux me dit :

> *Tous les jours, vieux ! vieux ! Ça commence à m'énerver. Et puis les jeunes, chaque fois pensent que tu es fatigué et puis on dirait que quand tes cheveux*

sont blancs, tu fais peur aux usagers. Quand quelqu'un vient au bureau, il choisit d'aller d'abord vers les jeunes »

Cet extrait montre comment la chevelure devient un objet de concurrence dans le travail, d'où le besoin de la cacher. Le « cheveu blanc » semble ne plus incarner « *la sagesse* » mais devient un objet d'exclusion puisqu'il légitime une forme de péremption du savoir professionnel.

Le recours aux techniques d'embellissement du corps n'est pas seulement l'apanage des jeunes, de plus en plus de personnes âgées teignent les cheveux en noirs, portent des tenues « de jeunes ». Les formes d'esthétisation du corps, que cela relève de l'acteur politique, préoccupé par son image corporelle dans l'espace public, tout comme le travailleur âgé dans son bureau en concurrence avec les jeunes participent à une nouvelle quête de la santé.

Comme je l'ai montré plus haut, les femmes âgées construisent un rapport particulier à leur beauté. Contrairement à la société coutumière où les rivalités entre les jeunes épouses et les anciennes se déroulaient dans le ménage, de nos jours la dérégulation des mœurs et le changement de modes de vie sexuels font que le rapport à la sexualité semble avoir changé. Je ne pourrais pas approfondir la question ici, mais je voudrais ouvrir des pistes pour des recherches ultérieures. En attendant, leurs discours sur la sexualité et la recherche de la beauté permettent de questionner les nouvelles frontières de la vieillesse.

5. Sexualité à la vieillesse : permanences et continuités des rapports de domination entre les sexes

Je suis amené à aborder ce sujet car au cours de mes enquêtes, quelques hommes se « sont confiés à moi » sur ce problème. La santé sexuelle est une composante de la santé globale, qui se mesure à l'estime de soi qu'elle procure. S'interroger sur le statut sexuel de la vieillesse, n'a pas été une question aisée pour moi à cause de la complexité de l'objet. Il m'a été difficile de dépasser le cadre des discours pour faire une ethnographie des formes de séduction sexuelle des personnes vieillissantes dans le cadre de cette thèse. Les discours sur la sexualité tendraient à mettre à jour les rapports de force entre les femmes et les hommes. Que disent les femmes de leur sexualité ? Comment les hommes perçoivent-ils la leur ?

5.1. Les hommes

Les discours des hommes âgés sur leur sexualité relèvent de l'ordre du pouvoir et de la capacité. Ces discours sont en conformité avec leur déni de la vieillesse. Lisons quelques extraits :

Un cadre de banque en retraite

> *« Je n'ai pas de difficultés, si je veux faire quelque chose, je dis chérie ! Viens on va rentrer ; même si c'est à midi et que je me sens à l'aise, je dis viens on va rentrer faire l'affaire-là !!! (Retraité, 61ans)*

Un soudeur illettré:

> *« C'est un problème mental, quand on a de petits soucis, c'est normal que ça ne marche pas. Quand on se sent, ça bouge. Seulement, on ne peut plus faire comme des adolescents ; la vigueur diminue » (Un homme de 64 ans)*

A ce titre, un fonctionnaire de 65 ans, en retraite avance ceci :

> *« C'est un passage critique. C'est pourquoi on parle de grottos (riches), les jeunes Vieux qui aiment les petites filles à cet âge » (Entretien, 18 décembre 2013).*

Un commerçant de vélomoteur, monogame, ayant un niveau d'étude de la troisième renchérit en ces termes :

> *« L'homme et la femme ; on n'a pas les mêmes sexualités ; n'importe quelle femme, quel que soit son âge a un peu de sexualité jusqu'à 50-60 ans ; chez l'homme on ne peut pas dire qu'il est très actif ; mais il ne peut pas se rattraper parce il ne fera pas plusieurs fois mais il se débrouille ; à cet âge, la femme ne peut pas supporter cela ; elle subit ; si elle t'aime, elle va accepter mais on sent que ça devient le calvaire. Mais moralement parlant, l'homme doit accepter à vivre comme cela ; il ne doit pas amener une autre femme ; moralement parlant ; ce n'est pas bien » (homme de 70 ans)*

Le dernier extrait est assez illustratif de la conception différentielle de la sexualité entre l'homme et la femme. Certains ont reconnu la difficulté de poursuivre les relations sexuelles avec leurs épouses « *qui n'avaient plus tellement le désir* ». Un homme à sa retraite marie une jeune fille. A un moment donné, la jeune femme s'est mise à se plaindre que son mari n'a pas de force « *laara baaga mê* (litt. La hache est détachée du bois » pour signifier que son mari est faible. L'histoire se poursuit avec le recours à un jeune plus fort par la jeune femme. Alors le conteur se demande si ce comportement ne peut pas être une source de contamination de maladies du fait du vagabondage sexuel ? Il termine son histoire

par une morale « il n'y a pas de femme de retraite ». Cependant dans la pratique, les hommes aisés et riches entretiennent des relations avec des jeunes femmes. En effet, les pratiques de mariages tardifs (les femmes de la retraite) et dans la langue dioula « *cele daaga mousso* » (litt. la femme de la vieillesse).ou de « deuxième bureau » se rencontrent chez les classes aisées. Ces « tontons » ont l'embarras de choix parmi les jeunes filles précaires pour satisfaire leur fantasme sexuel.

5.2. Les femmes

Contrairement aux discours des hommes, chez les femmes les propos sont ambivalents entre l'acceptation et le rejet de la sexualité. Prenons l'exemple de *Hadja*, que je rencontre au cours d'une visite médicale des retraités organisée conjointement par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et de la Caisse Autonome des Retraites des Fonctionnaires (CARFO). Elle porte un voile qui couvre totalement sa chevelure, sur laquelle, elle porte un foulard de tête. Sa main gauche est colorée de henné. L'accoutrement de la tête laisse voir un visage, arrondi avec de légers plis au front. De petite taille, bien enveloppée dans une longue robe ; elle ne porte pas son âge bien qu'elle ait cinquante-sept ans. Ancienne agente de bureau au ministère des finances, elle est mariée à un instituteur. Elle met au monde cinq filles : la fille aînée vit aux États-Unis où elle est mariée, mère de trois enfants ; la seconde fille est une infirmière, qui travaille à Koudougou ; elle est mariée et mère d'un enfant ; la troisième fille est une caissière dans une société de la place ; elle aussi est mariée et a un enfant ; la cadette, mariée, a un enfant et est en fin de cycle universitaire. La benjamine, célibataire est en deuxième année de médecine. Elle continue de vivre une vie sexuelle et n'hésite pas à recourir aux produits pharmaceutiques pour améliorer ses pratiques sexuelles. Cette pratique s'envisage dans « une féminité renouvelée, autour de deux éléments structurant, fortement normalisés : la tenue et l'affabilité » (Charlap, 2013 : 11).

La capacité à faire preuve de tenue renvoie d'une part à la propreté et au maintien du corps (Ibid., 2013) dont j'ai décrit plus haut les pratiques d'esthétisation. D'autre part, elle se traduit par une attitude de retirer son corps des regards par le port d'une tenue jugée décente à travers le port des foulards, de longues robes. L'idée selon laquelle, chez les femmes, l'activité sexuelle semble aller à la baisse en suivant le rythme chrono-biologique, est en train de changer car

un marché « *pour le plaisir* » est en train d'émerger. En effet, la femme âgée asexuée est un mythe parce que la plupart vit seule. Les principales limites à l'activité sexuelle restent le manque de partenaires (veuve et divorcée) et les préjugés ou tabous sociaux (Charpentier, 1995). Une certaine catégorie sociale de femmes plus aisées et en contact avec les nouvelles technologies de l'information expriment de plus en plus une demande médicale pour faciliter leur vie sexuelle. Aujourd'hui de nouvelles réalités sociales ou des opportunités s'ouvrent à elles. Aussi, les officines pharmaceutiques importent des stimulants sexuels. La médecine traditionnelle développe des produits appelés « *noogo* (litt. Bon) pour les femmes et du « *kankankan* » (litt. Idée de dur et solide) pour les hommes. La façon de vivre la ménopause est étroitement associée à la culture environnante et aux préjugés à l'égard de la femme (Charpentier, 1995). En effet, la force des préjugés et des tabous est telle qu'un silence entoure cette pratique sociale au niveau de certaines catégories de femmes. Le maintien de l'activité sexuelle s'inscrit certes dans les aspects de prise en charge de soi et de l'autre (facteur de bonne santé) mais interroge également le pouvoir de la femme à la vieillesse. Même si les femmes âgées n'ont pas les mêmes opportunités que les hommes d'avoir des jeunes, certaines font des transactions financières avec des jeunes. Ces femmes veuves, ou divorcées, parfois mariées qu'on appelle des « *gnagni* » paient les jeunes pour avoir des relations sexuelles (Mazzocchetti, 2009).

Je touche à une représentation si ancrée dans nos esprits que la sexualité est réservée aux jeunes et aux adultes pendant la vie reproductive. Dans un ouvrage intitulé « physiologie du mariage » (1873), les auteurs prodiguant des conseils aux couples mariés écrivent « de 50 à 60 ans, une fois tous les 15 jours et moins encore si l'on n'en ressent pas le besoin ; durant la seconde vieillesse, l'homme est condamné à une abstinence indispensable à sa survie » (Gastron et al, 2013 : 68). Pourtant les progrès de la médecine contribuent à façonner et à faire sortir la ménopause comme une limite d'entrée dans la vieillesse féminine en milieu urbain.

Les femmes éprouvent de la honte à parler de ce sujet en public. Je rencontre alors certaines femmes en tête à tête. Les veuves se réfugient derrière leur situation pour me dire *« avec qui ? »*. Une femme, commerçante, ayant un niveau d'étude de la classe de cours moyen me répond avec une certaine fierté « *j'ai 62 ans, ce n'est pas né vers…je ne fais plus ça… avec mes nombreux petits-fils, c'est honteux !* ».

Le propos de cette femme de la classe populaire s'inscrit dans les relations coutumières des rapports entre la femme et l'homme. Pour ces femmes âgées, « vieillir équivalait à vivre plusieurs années par un manque de tendresse, de présence chaleureuse et de sexualité partagée » (Charpentier, 1995 : 30). Vinel (2005) à Koudougou, montre que plusieurs caractéristiques physiologiques et sociales se conjuguent pour définir la vieillesse : « la condition physique, la ménopause et l'âge des enfants » (Vinel, 2005 : 154). La référence à la condition physique est associée à l'absence de force qui renvoie à une définition biologique du vieillissement. Un autre critère qui semble être une constante des sociétés traditionnelles est la ménopause qui est systématiquement associée à la vieillesse. En effet, les menstruations sont appelées « toilettes », « coquetterie », « lune » (Sawadogo, 2001 : 99) et leur arrêt correspondrait à la fin de la beauté féminine, donc l'entrée dans la vieillesse. La ménopause est un marqueur du changement de statut de la femme. Françoise Héritier montre que la femme ménopausée acquiert le statut symbolique d'homme chez les samos et elle se voit déchargée de nombreux interdits (Héritier, 1996). Cependant les médecins s'accordent à reconnaître la variabilité temporelle de l'arrêt des menstrues. Par conséquent, elle ne saurait être un marqueur biologique inamovible (Vinel, 2005). Le dernier critère est le mariage des fils qui fait entrer la femme dans la classe des aînées et se manifeste par la cessation de relations sexuelles avec son mari (Badini, 1978 ; Gruénais, 1985). Cependant selon les travaux de Doris Bonnet, commentés par Virginie Vinel, il ressort que les normes soient peu respectées et que cette interruption dépende de la volonté du mari (Vinel, 2005). Elle souligne dans son travail que cette exclusion sexuelle est mal vécue par les femmes de Sabou. Par contre celles de Pama, ne veulent plus poursuivre les relations sexuelles. L'auteure rapporte la situation d'une veuve de 48 ans qui serait tombée enceinte. Dans son récit, celle-ci subit une sanction sociale même de ses fils qui menacent de la répudier. Elle conclut que pour plusieurs personnes, les femmes âgées n'auraient plus de désirs sexuels. Discours également tenus par certains de mes enquêtées.

Les désapprobations sourdes ou ouvertes de la vie sexuelle procèdent de son inscription dans l'ordre de la saleté et de la souillure sociale de la production de certains fluides (en l'occurrence le sperme) que l'acte sexuel occasionne. Mary Douglas définit le sale comme « ce qui n'est pas à sa place. Il suppose d'une part

l'existence d'un ensemble de relations ordonnées et d'autre part le bouleversement de l'ordre» (Douglas, 2001 : 45). C'est ainsi que la saleté en produisant un imaginaire « pathogène » dans les relations sociales, entraîne le rejet d'éléments non appropriés (ibid.2001). Le rejet relatif de la sexualité des aînés s'inscrit non seulement dans le prolongement de la dégénérescence sociale attribuée à la vieillesse mais également dans le comportement habituel « vis-à-vis de la souillure [qui] consiste à condamner tout objet, toute idée susceptible de jeter la confusion ou contredire nos précieuses classifications » (ibid. p.55). Même si on retrouve toujours ces aspects, il convient de reconnaître qu'en milieu urbain, les critères de définition de la vieillesse féminine semblent évoluer. On ne pourra pas ne pas prendre en compte des pratiques d'esthétisation pour la conservation de la jeunesse mais également le maintien de l'activité sexuelle grâce au progrès de la « médecine anti-âge ». L'individu tout en vieillissant, conserve toute la plénitude d'un sujet relationnel qui s'observe dans les pratiques de mise en scène des formes d'esthétisation de son corps.

Il s'agit d'un changement important dans la définition de la vieillesse féminine : la beauté extérieure vient compléter la beauté intérieure. Cette représentation de la vieillesse féminine renvoie à l'affabilité, le deuxième élément structurant la féminité renouvelée. Cette affabilité s'ancre dans les stéréotypes de la grand-mère altruiste, avenante, tournée vers l'autre, et engagée à prendre soin de tout le monde (Charlap, 2013). En effet, la vieillesse féminine mettait l'accent sur le respect des « normes féminines pour s'assurer, au mieux une vieillesse confortable socialement et matériellement » (Vinel, 2005 : 153). Autrement dit, les attitudes intérieures jouent un rôle important et pour une femme âgée, l'attitude morale prescrite est le «retrait des repas communs, des conversations des jeunes épouses car leur parole est réservée à des usages plus codifiés comme les rituels, les bénédictions et les conseils » (op.cit. p.164).

Nous avons montré dans les pages précédentes, qu'elles détenaient un pouvoir dans les soins aux nouveau-nés et de ce fait contrôlent partiellement les belles-filles. Aussi, par leurs petites activités économiques, elle participe à la production. Retrouver ou reconquérir le pouvoir sexuel apparaît comme la dernière conquête à la vieillesse. Avec la mondialisation, on assiste à une diffusion d'une

certaine figure de la personne âgée, celle déterminée par les performances naturelles et esthétiques (Nshimrimana, 2003). Ainsi, les promesses de la science biotechnologique font de la lutte anti-âge un choix du futur. Les médicaments, les hormones, les aliments pharmaceutiques censés prévenir, ralentir ou inverser la vieillesse circulent du nord au sud. Les couches les plus riches ont recours en milieu urbain aux produits dits rajeunissants (médicaments aloès vera, produits amaigrissants, pommades éclaircissantes). Les couches populaires se noircissent les cheveux, et adoptent les modes vestimentaires des jeunes. Ces pratiques rappellent qu'en plus de la dimension physiologique, de la dimension culturelle et sociale, la vieillesse revêt une dimension existentielle.

Conclusion : Vieillir en famille entre autonomie et dépendance

Quelle est l'expérience du vieillir en famille ? Elle oscille entre une recherche quotidienne de l'autonomie et une dépendance à l'égard de la parenté quotidienne pour certains besoins.

L'autonomie «se vit, se façonne et se parle car elle correspond à une affirmation de soi » (Bonnet, 2001 : 51). Elle s'appuie sur le réseau social car elle se traduit par un comportement d'échange mutuel, d'écoute, de réciprocité et de partage (Ibid., 2001). Les parents âgés, notamment les femmes s'investissent dans de petites activités commerciales car l'argent est « le domaine privilégié du maintien de l'autonomie » (Ibid., p. 96). Plusieurs femmes éprouvent une fierté de pouvoir «faire quelque chose » et transforment ces lieux de commerce en des espaces de sociabilité quotidienne. Dans cette posture, être autonome c'est participer à la vie collective avec le voisinage et les camarades. Dans ce même registre, les jeux de société très investis par les retraités sont des lieux d'affirmation d'une certaine autonomie dans la mobilité. Dans l'ensemble, les activités ludiques, comme les activités marchandes participent à donner du sens à une autonomie existentielle.

Les rôles familiaux traduisent une capacité d'agir et une capacité d'action, qui sont une source d'affirmation d'une autorité au sein de la famille et de l'environnement social. L'autorité renvoie aux «relations de pouvoir dans les dimensions microsociales qu'un individu exerce sur autrui » (Viriot Durandal, 2012 : 34). Dans ce sens, l'autonomie confère une autorité sociale et morale. Ainsi, les

plus âgés continuent de participer à la vie de la famille en s'occupant des nouveau-nés, et en s'intégrant dans des cadres de médiation sociale.

Le quotidien de la personne âgée consiste également à prendre soins de soi en entretenant sa beauté et son image de soi dans la société. En d'autres termes, puis que le regard de l'autre est constitutif de la perception de vieillir, alors les formes d'esthétisation participent d'une invention de soi, en tant que sujet singulier. Cet aspect point très important participe à un élargissement des frontières des âges. De plus en plus, la ménopause semble s'éloigner de la vieillesse puisque les technologies biomédicales autorisent le maintien d'une vie sexuelle et l'entretien d'un corps esthétique.

La relation d'aide n'est ni unidimensionnelle des enfants vers les parents ni uniquement des parents vers les enfants. Un système d'échange s'instaure dans les familles en fonction des différents statuts socio-économiques des uns et des autres. On échange alors de l'argent, des services (soins aux nouveau-nés, hébergement), des objets symboliques (anniversaires, voyages, pèlerinage, fêtes annuelles, bénédictions) malgré les étalements résidentiels urbains. Les solidarités familiales ne sont donc pas seulement traversées par les difficultés liées aux contraintes temporelles, professionnelles, par le manque de ressources financières, et l'impuissance devant des situations très critiques mais aussi par des moments de satisfaction de services rendus à un parent âgé.

Vieillir c'est enfin la réalité de la finitude humaine dont la gestion révèle un dilemme moral et interroge la valeur et la dignité de la vie. Ces débats sur l'accompagnement de fin de vie ne sont pas encore d'actualité au Burkina Faso mais ils sont une réalité dans la vie familiale qui mériterait qu'on s'appesantisse sur ce sujet émergent.

A ce niveau d'analyse, il est possible de reformuler une définition de la vieillesse qui permet de penser l'ambivalence de vieillir en postulant que l'épreuve et le pouvoir sont les dimensions structurantes de la vieillesse. Par cette définition, j'abandonne l'idée de la vieillesse comme une phase de vie plus problématique que les autres cycles de la vie, mais également certains points de vue dominants de la vieillesse comme un temps de pouvoir. Au quotidien, les personnes âgées ne sont

ni des individus de pouvoir, ni des êtres éprouvés, mais un mélange complexe de statuts. Le riche comme le pauvre sont des individus susceptibles d'être frappés par des épreuves existentielles comme la maladie, le deuil, le handicap et être l'objet d'une prise en charge d'une tierce. Même dans cette situation, certains ont un pouvoir de décision dans un contexte où l'ancestralité est une dimension importante des rapports sociaux.

L'étude des trajectoires montre que la dépendance n'est jamais totale sauf pour les cas extrêmes. Les individus mêmes diminués cherchent à se rendre utiles en participant aux petites activités domestiques. Dans ce sens, la dépendance prend un sens positif (Gobert et al, 2012) puisqu'elle révèle une dimension anthropologique de la vie : l'interdépendance. Il se crée des échanges d'entraides dans la famille au cours desquels, les individus renégocient leurs pratiques en fonction de leurs forces. On peut couper les légumes pendant qu'une autre lave les habits. Les deux aspects (pouvoir et épreuve) permettent d'analyser les formes de prise en charge sous l'angle de la réparation des corps souffrants mais également sous l'aspect de renforcement de pouvoir d'action des individus.

Vieillir c'est aussi vivre des moments de transition comme la retraite, le veuvage, la fragilité et l’exclusion qui appellent des soins hors de la sphère familiale.

TROISIEME PARTIE :

FAMILLES ET INSTITUTION MEDICO-SOCIALE

Les acteurs de soins entre domicile et institutions

Dans la seconde partie de la thèse « vieillir en famille », la prise en charge sociale de la personne âgée a été traitée à partir des soins quotidiens offerts par les membres de la famille. Cette relation contractuelle est traduite par le dicton mossi : « Quelqu'un s'est occupé de toi jusqu'à ce que tes dents poussent, occupe-toi de lui dès que ses dents tombent » (Meillassoux, 1998 : 24). Aujourd'hui, les activités de soins débordent le cadre familial. Dans cette troisième partie, je propose de discuter de la place et du statut de la personne âgée dans deux institutions de soins. Je vais analyser le fonctionnement d'une unité de soins spécialisé (cardiologie) à l'hôpital et d'un centre d'hébergement pour les femmes victimes de l'accusation de sorcellerie (cf. chapitre 8). Ces deux cas concrets comme lieux quotidiens de care (au sens médical et au sens d'accompagnement) informent de la façon dont l'Etat apporte des réponses aux besoins des plus âgés de la société burkinabè dans un contexte de contraintes en ressources humaines, matérielles et financières. Comment se fait l'articulation entre les acteurs domestiques et l'Etat dans la prise en charge de la vieillesse ?

Comment l'âge se constitue-t-il en un facteur d'inégalité d'accès aux soins à l'hôpital? Il s'agit ici de comprendre comment les familles organisent la prise en charge de la maladie du parent âgé qui nécessite l'intervention des professionnels. L'allocation des ressources aux soins médicaux des plus âgés suppose de prendre en compte non seulement le statut socio-économique du parent, mais également la capacité des descendants à négocier, à mobiliser les réseaux sociaux et à financer des soins coûteux dans un hôpital sous contraintes. La scène ci-dessous se déroulant dans « la cour d'attente » de l'unité de cardiologie du CHU-YO sert d'illustration introductive aux conditions concrètes vécues par les plus âgés dans le processus d'accès aux soins spécialisés.

Le 10 Août 2012. Il est 7h 30. Aucun personnel de santé n'est à son poste. Dans le groupe de malades et d'accompagnants qui attendent dans la « *cour* », il y a deux «nin-kêemse » et sept « pug gnãse ». Parmi les sept, deux ne sont pas accompagnées. Une femme est assise avec sa poche de perfusion à la main. En attendant l'arrivée des soignants, les patients conversent entre eux. Une femme raconte qu'elle est arrivée depuis sept heures. Un homme, habillé en complet, les

cheveux blancs, assis sur un banc demande si « *les patrons ne sont pas encore arrivés?* » Pendant que le groupe de patients se demande comment ils seront reçus au regard de leur nombre qui ne fait que grossir, un malade habitué des lieux répond en ces termes « *ici, on ne s'aligne pas. C'est à l'intérieur que le rang se décide car chacun avec son docteur* ». Quelque instant plus tard, un médecin arrive, salue le groupe et dit « *ceux qui ont rendez-vous avec moi, venez!* ». Quand un groupe de malades s'approchent pour des renseignements, il leur répond en ces termes « *je ne m'occupe pas de vous; si c'est pour des renseignements, les femmes vont venir* ». En effet, « *les femmes* », à savoir le secrétaire médical et les autres infirmières ne sont pas encore à leurs postes. Le groupe de patients retourne s'asseoir chacun à sa place en bourdonnant des plaintes. Quelques minutes après, une infirmière arrive, salue les usagers et rentre dans son bureau. Deux individus d'un certain âge se mettent à discuter entre eux à propos du docteur qui vient de rentrer en ces termes « *le docteur X parle mal au malade, comme s'il n'a pas fait de la psychologie* ». Le plus âgé des deux, continue de parler de sa famille dont qu'il connaîtrait très bien son père. L'interlocuteur est un fonctionnaire en retraite. Une vieille femme raconte que les rentrées nocturnes des enfants qui la réveillent au moindre bruit ne font qu'aggraver son état de santé. Une autre, moins âgée évoque les difficultés de respecter les recommandations diététiques. Elle ajoute qu'elle supprime le sel totalement de ces repas, au lieu d'en consommer un peu. Les usagers continuent de venir grossir le nombre de ceux qui attendent. Chacun se fraie un passage, et se confectionne une place assise, soit avec une brique, ou à l'aide d'un morceau de planche. D'autres étalent un pagne à même le sol. Comme il n'y a pas suffisamment de places assises, certains fatigués des longues heures d'attente, font des va et viens dans l'enceinte de l'hôpital. Les plaintes contre le retard du personnel se font entendre dans le groupe. Au bout de quelques temps, une fille de salle sort du secrétariat et distribue les numéros d'ordre de passage. Un médecin est en congé à cette période. Certains malades repartent chez eux. Sentant l'empressement d'une patiente, la fille de salle lui dit « *si vous êtes pressés, allez en ville faire votre examen* ». La malade répond « *je vais rester* ». Ceux qui ont reçu leurs numéros rejoignent leurs places assises dans la salle d'attente. Les usagers ne sont pas au courant de la participation du personnel à un congrès médical. Pourtant l'affiche est bien placardée. Entre temps, un fils et sa mère entrent dans la salle d'attente. Le fils juge normal l'état de santé de sa mère au regard de son âge. Il ressemble à un habitué

des lieux puisque à peine, arrivé, un interne sort pour l'accueillir. Les trois personnes se glissent dans le couloir conduisant au bureau du médecin. Le groupe assis regarde la scène sans rien dire, mais le sentiment d'une colère sourde est perceptible dans les visages. Deux femmes se mettent à discuter du temps d'attente, et l'une d'elles dit « *mardi, on m'a dit de revenir le mercredi ; j'arrive on me dit qu'il [médecin] vient vers 9 h 30. J'ai attendu*». Entre temps, un délégué médical entre dans le bureau d'un médecin. Un infirmier sort pour rassurer les patients que le médecin va les recevoir. A 12 h 25, dix malades attendent toujours d'être reçus. Le matin du 22 octobre 2013, trente-deux usagers attendent. Quand l'infirmier ressort pour donner les numéros d'ordre, on se bouscule pour occuper la première place. C'est alors qu'il explique aux malades, que les numéros de passage sont remis en fonction des heures de rendez-vous du médecin et que par conséquent il ne sert à rien de venir avant l'heure pour attendre. Visiblement, les malades semblent n'avoir pas compris l'organisation des rendez-vous.

Cette situation ethnographique met en lumière l'hétérogénéité des usagers du service. Des gens favorisés, des pauvres aux maigres ressources, des personnes de tous les âges se bousculent pour consulter un spécialiste. Dans ce contexte, quel est le statut du malade âgé ? Quelles sont les tactiques mobilisées ? Quels sont les itinéraires thérapeutiques ? Comment les inégalités sociales façonnent les rapports des professionnels de santé, à la famille et au malade âgé ?

Chapitre 7 : Les « *yaab-raâba* » à l'hôpital

Le CHU-YO est le miroir de la société urbaine du Burkina Faso. Les observations montrent qu'il est actuellement traversé par une double tension entre les attentes de bienveillance, de sollicitude de la part des patients et l'incapacité des acteurs de santé à répondre à leurs attentes (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). La prise en charge de la maladie de la personne vieillissante ne vise pas toujours à la guérison totale mais à une réduction du handicap résultant des déficiences ou des incapacités fonctionnelles pour permettre une bonne adaptation à l'environnement social. Au-delà des itinéraires thérapeutiques (Duthé et al, 2010) la dimension morale des pratiques professionnelles est importante dans un espace urbain où coexistent plusieurs formes de médecine (publique, privées, traditionnelles).

Comprendre la place et le statut du malade âgé au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) suppose de prendre en compte l'évolution des politiques de santé. En attendant de revenir sur cette partie (chapitre 9), je voudrais donner ici quelques éléments du contexte spécifique du CHU-YO afin que le lecteur saisisse l'expérience de la prise en charge médicale de la personne vieillissante. L'hôpital Yalgado, construit en 1958, est le plus ancien de tous les hôpitaux nationaux. Avec un accroissement urbain de 11% par an, le CHU-YO se caractérise par une faible capacité hospitalière avec un taux d'un lit pour huit cent trente habitants en 1998, et un taux d'occupation des lits à 72,8% (Grodos, 2004). La qualité humaine des soins fait l'objet de récrimination et la qualité technique des soins demeure un problème (Ibid., 2004). Comme la scène dans la cour d'attente le montre, les usagers se plaignent constamment du comportement des personnels soignants. L'hôpital apparait comme un univers où le patient n'est pas pris en compte en tant que personne totale qui a des besoins singuliers mais en tant corps biologique (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Lieu de contraintes organisationnelles, de triage et de sélection des malades, les dysfonctionnements lui valent le surnom de « *kum yaldago* » (Lieu de mort). Dès lors, il est un lieu d'incertitudes inspirant la crainte de mourir et également un lieu de confiance (soins) qui justifie la présence d'une foule bigarrée (Gobatto, 1999). La maladie de la personne âgée est un facteur qui déclenche la déprise du territoire familier. Dans un contexte de rareté de ressources de l'institution, il importe de comprendre les

rapports entre les soignants et les soignés sous le prisme des inégalités socio-économiques. Dans ce contexte quelle est la place de la personne âgée à l'hôpital ?

1. L'ambivalence de l'hôpital : lieu d'étrangeté et de familiarité

L'expérience de la maladie de la personne âgée suppose de prendre en compte le paysage thérapeutique dans lequel se déroule l'offre de soins. Certains auteurs mettent l'accent sur la fonction importante que joue l'architecture dans le bien-être de la famille et des malades (Nikièma, 2014). Pourtant, le territoire hospitalier engendre un sentiment d'étrangeté au monde (Caradec, 2014) parce qu'il déplace la personne vieillissante de son habitat naturel et de son quartier. Comprendre l'ambiance à laquelle une personne âgée est confrontée au cours de son hospitalisation suppose de présenter l'environnement externe et interne de l'institution. Les craintes, le bruit, l'anonymat et la violence sont constitutifs du contexte de l'hôpital.

1.1. Le paysage thérapeutique

En demandant à un accompagnant, âgé de 57 ans, comment il vit le séjour à l'hôpital depuis un mois, celui-ci répond qu'il apprécie le traitement reçu mais il déplore le fait que l'hôpital soit devenu comme « *une zone non lotie* » car il n'y a plus ni lumière ni portes dans les toilettes. Evoquant un incident qui se produit entre les malades hospitalisés et le praticien qui se plaint du désordre de la salle d'hospitalisation, l'accompagnant estime que ce désordre est à l'image de l'hôpital. La comparaison de l'hôpital à une « *zone non lotie* » est tout à fait illustrative de l'ambivalence de la structure. La notion de « zone non lotie » désigne les quartiers spontanés que l'on retrouve dans la périphérie de la capitale. L'une de ses caractéristiques est le désordre de l'occupation de l'espace et la forte concentration d'une population pauvre sur une petite surface. En plus, l'accès au service public dans ces zones demeure problématique dans un contexte d'insécurité urbaine. Cependant, dans la « zone non lotie », les relations de proximité et d'interconnaissance en font un milieu humanisé où les rapports entre le voisinage assurent encore du lien social et affectif.

La portion de l'avenue faisant face à l'hôpital se transforme en une rue commerciale. Des boutiques de toutes sortes de marchandises et divers articles sont

proposés aux malades et aux personnels : des nattes, des seaux, des fruits, des cartes téléphoniques de recharge. Des parkings de motocyclettes sont situés à droite pour les usagers et à gauche pour le personnel de l'institution.

Des restaurants populaires, situés aux abords de la voie principale, proposent des mets de toutes sortes : le riz, la bouillie, le pain, les gâteaux. Ce commerce rend d'énormes services aux malades hospitalisés venant des villes de l'intérieur du pays. En effet, les familles continuent de prendre en charge une partie des activités de soins infirmiers lors de l'hospitalisation. Une personne ou deux membres de la famille assistent le malade à ce moment. Ils s'occupent de laver le malade, de lui donner à manger, de faire la lessive, d'acheter les médicaments. L'hospitalisation est un moment de mobilisation supplémentaire du groupe familial qui prend leurs repas dans ces restaurants de fortune.

L'accès physique au CHU-YO est contrôlé voire filtré à certains moments de la journée. Le visiteur fait face à une première tension relationnelle dès la porte de l'hôpital. Pendant les heures de visites (de 6h à 7h30 ; 12h à 15h et de 19h à 21h), le flux et le reflux de la foule rythment ces moments de la journée. Après ces heures de visites, le filtrage des visiteurs est symbolisé par le bruit régulier produit par le bâton des vigiles qui tapent de façon cadencée le fer de la barrière de sécurité. Pour avoir accès, il faut être muni d'un « laissez-passer ». Dans le service de cardiologie où j'ai mené mes enquêtes, un garçon de salle se charge de délivrer ce document aux accompagnants de malades. Ce document comporte l'identité du malade, le service d'hospitalisation et la date. Les inégalités de statuts sociaux se lisent à travers les manières et les facilités d'accès à l'intérieur de l'hôpital. Alors que les usagers en motocyclette (qui laissent leur engin au parking) s'alignent, se bousculent et supplient les vigiles pour avoir accès à l'intérieur, le visiteur en véhicule passe sans aucun contrôle ; il marque un arrêt, juste le temps que la barre de sécurité se soulève. De même, les apparences corporelles jouent un rôle important dans les tactiques d'accès. Les individus bien habillés passent sans un contrôle sans avoir à trop se justifier.

L'intérieur de l'hôpital pourrait faire l'objet d'une spatialisation en fonction de l'occupation des lieux par les différents acteurs.

L'espace de soins se compose de bâtiments nouvellement construits agencés autour de la première infrastructure bâtie en 1958. L'hôpital se compose de soixante-cinq services dont cinquante-cinq services cliniques et médicotechniques et quinze services administratifs. A ce titre, il demeure le plus grand hôpital de la capitale au prix de multiples réfections et il dispose de six cent quatre-vingt-dix lits sur un total de mille trois cents [hôpital pédiatrique : 139 lits ; Hôpital Blaise Compaoré : 450 lits] pour environ deux millions d'habitants (Commune de Ouagadougou, 2011b).

Une portion de l'espace abrite l'association « Contact Hors limite », la médecine traditionnelle chinoise et l'ordre des médecins. L'espace commercial est constitué des kiosques qui proposent de l'eau « *minérale* » en sachets et en bouteilles ainsi que des boissons sucrées et alcoolisées (bière). Les représentants des firmes pharmaceutiques envahissent les prescripteurs pour « la présentation des nouveaux produits ». Ces nouveaux acteurs jouent de plus en plus un rôle dans la vie de l'hôpital en participant au financement des congrès des différents corps de la santé.

L'espace religieux avec ses lieux de culte que sont la mosquée, le temple et la chapelle, offrent en plus des prières aux malades, du soutien matériel et moral (médicaments, habits, couvertures) aux patients indigents. Toute une œuvre caritative se développe par le biais des institutions religieuses.

Les espaces libres qui jouxtent les salles d'hospitalisation sont transformés en cuisines (plein air) et en lavoir. Les hangars, les couloirs sont convertis en dortoir durant les nuits par les accompagnants. A l'ombre de nombreux arbres sont stationnés les véhicules du personnel et des visiteurs.

Ce lieu à vocation de soins se transforme parfois en un espace de violence et d'insécurité. Des coupures de presse collées aux murs informent les usagers sur les vols dont ils peuvent être l'objet malgré la présence d'un service privé de sécurité. Des faits divers dans les journaux rapportent les disputes des coépouses autour du mari malade. L'histoire récente du CHU est marquée par les séquelles de l'inondation du 1er septembre 2009 au cours de laquelle treize services[28] furent

28Journal Observateur Paalga N° 7470 du 18 au 20 septembre 2009

envahis par l'eau. Ces espaces sans frontières s'enchevêtrent pour former un ensemble hétéroclite, dynamique et bruyant que l'on pourrait facilement assimiler à une micro-ville. Dans cette situation, l'hospitalisation dans une unité spécialisée constitue un moment singulier de la vie d'une personne âgée. La description du service vise à montrer le contexte dans lequel l'offre de soins médicaux spécialisés se déroule. Les contraintes organisationnelles, matérielles et en ressources humaines participent à fabriquer un contexte de soins spécifiques pour la personne âgée.

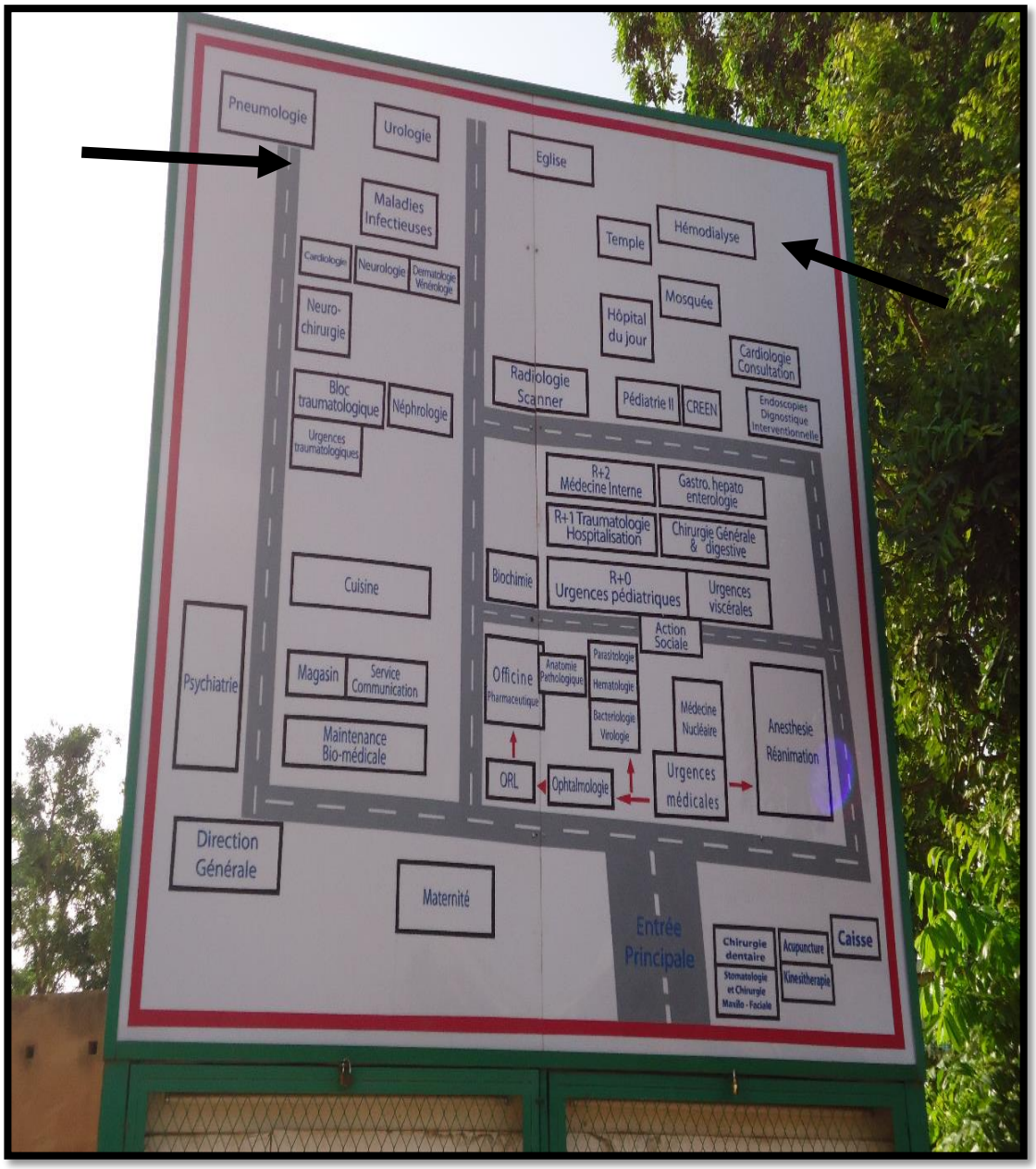


Figure 1Plan de masse du CHU-YO illustrant les deux services de cardiologie

1.2. L'unité de cardiologie

A travers cette description physique, je voudrais montrer non seulement comment les inégalités socio-économiques et les hiérarchies professionnelles se traduisent dans l'occupation des salles, mais également les usages multiples des bâtiments. Le choix de l'unité de cardiologie n'est pas anodin. Elle est un lieu privilégié pour rencontrer des personnes vieillissantes. L'âge est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires. La prise en charge alterne des moments d'hospitalisation (longue durée) et des temps de soins ambulatoires à cause de la chronicisation de la pathologie cardiaque.

Le service se compose de deux bâtiments appelés « la petite cardio » et la « grande cardio » jouant deux fonctions complémentaires. Le premier bâtiment sert d'espace de consultation pour les pathologies cardio-vasculaires ; le second est utilisé pour les hospitalisations. Ces deux infrastructures sont distantes d'environ deux cents mètres. Deux circuits d'accès au service fabriquent deux types de patients : l'hospitalisé et le malade ambulant. Cette identification se calque à l'organisation et à la fonction des deux infrastructures (cf. photographie ci-dessus).

La « petite cardiologie » est le service de consultation externe qui reçoit le malade référé pour « une consultation en cardiologie ». Elle se compose d'une cour d'attente dans laquelle quelques bancs en bois servent d'assises pour les usagers. Dans ce service, les offres de soins sont les «consultations du médecin» (spécialiste) et les examens d'exploration fonctionnelle (électrocardiogramme, Holder). Les malades référés dans un état de crise aigüe arrivent à la « grande cardiologie » en passant par les urgences médicales pour une hospitalisation.

La « grande cardiologie » se compose de six salles d'hospitalisation, une salle de formation, un magasin, trois bureaux. Les inégalités de statut économique se lisent dans l'occupation des salles d'hospitalisation. Elles se répartissent entre trois « catégories » (terme utilisé par les acteurs) selon les prix unitaires. La première « catégorie » se compose de deux salles. Elles sont équipées chacune d'un climatiseur, de deux lits, une toilette interne, deux chaises-visiteurs et deux tables. Elles coutent 4500 F CFA (8euros) la nuitée. Les deux salles de la deuxième « catégorie » se composent chacune d'un climatiseur, de trois lits, d'un ventilateur mural, d'une chaise pour les visiteurs. Le prix unitaire de la nuitée est de 2000 F

CFA (3,5 euros). Dans la dernière « catégorie », chaque salle dispose d'une capacité d'hébergement de huit lits, et est équipée d'un ventilateur mural.

Figure 2 Répartition des salles d'hospitalisation en fonction des coûts journaliers

Les hiérarchies professionnelles se traduisent aussi par l'occupation des salles : une salle est attribuée aux infirmiers pour usage de bureau. Mais c'est également dans cette salle que les stagiaires (infirmiers, étudiants) rangent leurs sacs et blouses. Une autre salle est occupée par les médecins en spécialisation que l'on nomme les « DES » (Diplôme d'Etudes Spécialisées). Cette salle est équipée d'une connexion internet et d'un appareil pour permettre aux « médecins » de se faire un café.

L'hygiène des locaux est assurée par un service privé de nettoyage. La propreté de ce lieu justifie le fait que la salle de l'unité de soins intensifs soit utilisée pour hospitaliser l'épouse d'une personnalité qui a été victime d'un accident de circulation en lieu et place du service de traumatologie. Le souci de l'hygiène et de l'entretien des équipements justifie les notes de service qui invitent les usagers à ne pas « s'asseoir sur les lits des malades et ou de manipuler les appareils ». La

spécificité de la spécialité médicale explique la présence de nombreux appareils de diagnostic et de soins.

Le paysage thérapeutique participe à fabriquer un espace clinique singulier où les rapports sociaux sont reconstruits en fonction des structures familiales, des ressources individuelles (matérielles, symboliques, sociales). A ce titre, s'interroger sur les expériences différenciées des personnes âgées en fonction de leur statut, qui est en partie fonction du statut à l'extérieur, suppose de comprendre le contexte dans lequel s'effectuent les soins spécialisés.

2. Le contexte de l'organisation de l'offre de soins spécialisés

2.1. Les ressources humaines

Le service de cardiologie se compose de six praticiens dont cinq universitaires qui se partagent la visite médicale, les consultations et les explorations fonctionnelles. Ils sont épaulés par quinze médecins en spécialisation dont six en première année et neuf en deuxième année. Ces médecins en formation sont nommés les « DES » (diplôme d'études de spécialisation). Quatre infirmiers d'État, six infirmiers brevetés et deux cadres infirmiers s'occupent de l'administration des soins au quotidien. Huit filles et garçons de salle constituent le personnel de soutien. En plus, le service reçoit des étudiants de septième année de médecine, de pharmacie et les étudiants de l'Ecole Nationale de Santé Publique pour leur stage dont la durée varie de un à trois mois.

Au niveau de la « petite cardiologie », le personnel se compose d'un secrétaire médical chargé de la programmation et de la gestion des rendez-vous des spécialistes. Le personnel de soutien se compose de deux filles de salle reconverties en aides-soignantes car le travail de nettoyage est contractualisé avec un service privé.

Le personnel peut être regroupé en trois catégories : les fonctionnaires, les contractuels et les bénévoles.

Les contractuels de l'hôpital reçoivent un salaire de 50.000 F CFA (75 euros) par mois, avec un contrat à durée indéterminée (CDI); ils ne perçoivent pas d'indemnité de risque ou de garde. La plupart sont issus des écoles privées de formation des infirmiers. Les « bénévoles » constitués des filles et garçons de salle

sont affectés au « sale boulot ». Ils s'occupent de vider les poubelles, laver et stériliser à la poupinelle (appareil à vapeur) le petit matériel médicotechnique. Ils ont un contrat à durée déterminée (CDD). Ces deux catégories de personnels se plaignent qu'ils n'ont pas les mêmes avantages que les autres prestataires de soins. Dès lors, elles mettent en œuvre des stratégies pour améliorer leur condition financière, comme la vente de sandwiches.

Les fonctionnaires sont les plus nombreux. Ils se composent des médecins et des infirmiers. Plusieurs d'entre eux travaillent également dans les cliniques privées. Cette pratique, largement répandue dans le corps des médecins spécialistes, participe non seulement à la production de figures de malades (malades connus), mais également à une forte délégation des tâches aux médecins stagiaires.

Au quotidien les absences ou les retards au poste de travail contredisent les outils d'organisation bien placardés sur un tableau d'affichage. L'informel prend le dessus sur l'organisation formelle. Le fonctionnement du service apparait chez le personnel infirmier comme une traduction du fonctionnement de l'Etat. Alors que j'observe le programme de travail qui est affiché dans le bureau des soignants, un infirmier déclare que « *le programme est théorique. Vous-même vous connaissez le pays ; c'est la merde ! Je devais descendre de la garde, voilà que je suis toujours là* ! ». C'est ainsi que le personnel infirmier se plaint du volume de travail en ces termes : « *j'ai pris la garde tout seul. Vraiment ce n'est pas facile. Il y a les malades à gérer et les machines à gérer. Souvent les malades te demandent mais tu ne peux pas aller car tu es avec un autre* ». Dans les conversations, les infirmiers parlent de la surcharge de travail à travers l'expression : « *ici, on travaille beaucoup* ».

Les rapports entre les médecins spécialistes et le personnel soignant (infirmiers) sont régis par des hiérarchies très fortes qui se lisent à travers la disposition du personnel soignant autour du lit du malade. Au premier plan, le spécialiste, qui conduit la visite médicale, s'arrête au niveau de la tête du malade couché. L'accompagnant se tient au niveau des pieds. Un étudiant de septième année qui présente le malade se tient à côté du lit entre les deux acteurs. Immédiatement après, suivent les « DES » et les autres étudiants de la même promotion du présentateur. Au deuxième niveau, on retrouve les autres étudiants des autres promotions. En dernière position, se trouve l'infirmier qui participe à la

visite médicale pour prendre les consignes des soins. Celui-ci est entouré des infirmiers en stages.

Les ressources humaines sont jugées insuffisantes par les acteurs de soins. Au quotidien, les relations sont ambivalentes. Les moments de tension et de détente alternent au cours des visites médicales.

2.2. Les ressources matérielles

Les contraintes matérielles se traduisent par de multiples pannes des appareils et des ruptures de quelques consommables médicaux pour le fonctionnement ordinaire. Cette situation participe à rendre l'itinéraire plus complexe. Aussi, certains malades sont amenés à « louer » l'ambulance de l'hôpital pour se rendre dans des cliniques privées pour les examens de laboratoire. Par exemple, le 5 octobre 2012, un malade doit se rendre au centre médical Schiffra (structure confessionnelle) pour un scanner. Le chauffeur qui travaille à l'hôpital depuis 2008 m'informe que le malade paie 2000F CFA (3,5 euros) pour les frais de transport. Sur le reçu de paiement, il est inscrit « location d'ambulance ». Il me précise que bientôt, le prix va passer à 5000 FCFA (8 euros). Dans un contexte de pénurie générale de l'appareillage, les acteurs sont amenés à développer des initiatives personnelles pour administrer les soins. C'est ainsi qu'on se passe les appareils entre les différents services. Un début d'institutionnalisation de cette pratique se matérialise par la mise en place d'un cahier de consigne dans lequel « *l'infirmier note pour permettre de suivre le trajet de certains matériels* ». Les pannes comme les ruptures de consommables plongent les praticiens dans un sentiment de désarroi et d'une certaine impuissance. Aussi, un soignant dit ceci « *ce n'est pas normal ; pour un centre de formation, ce n'est pas normal, ce n'est pas normal !* ». Parmi les appareils du service, je voudrais insister sur la seringue électrique. Son apparition dans le service procède d'une volonté d'innovation de la technologie médicale. Sa mise en place date de la Première Rencontre Internationale de la Francophonie organisée par le Burkina Faso en 2004. Dans le but de pouvoir répondre aux urgences des invités, l'hôpital a reçu l'appareil en dotation. Pour ce faire, quelques infirmiers ont bénéficié d'une formation dans un hôpital français pour son utilisation. Une dizaine d'années plus tard, il ne reste qu'un

seul formé. Aussi, la manipulation des appareils apparaît dans la pratique médicale comme un surplus de travail.

Le contexte d'offre de soins se caractérise par une précarité institutionnelle dont l'origine remonte à la médecine coloniale. Depuis l'implantation de la médecine moderne en Afrique Occidentale Française en 1890, la santé des personnes âgées n'a pas été intégrée dans l'organisation du système de santé. D'abord, dans la zone sanitaire, il sévissait des épidémies, des endémies meurtrières qui constituaient des urgences sanitaires ; ensuite le nombre de personnes âgées était insignifiant [moins de 1% de la population atteignant 65ans] (Bado, 1996) et enfin, cette médecine avait pour ambition de protéger les plus valides (jeunes) pour permettre de les employer dans les travaux économiques. C'est pourquoi les technologies de soins sont toujours mobilisées vers les domaines prioritaires des politiques de santé influencés par les politiques internationales (objectifs du millénaire pour le développement, lutte contre la pauvreté, les soins de santé primaire).

Les contraintes en ressources s'inscrivent dans une logique plus large d'une rentabilité financière de l'hôpital. C'est ainsi qu'une opération de billettage est organisée à la fin du mois de novembre 2012 pour une maîtrise réelle des effectifs et de la masse salariale[29]. Le billettage est un inventaire individuel du personnel par le paiement main à main des salaires. Cette crise de l'hôpital remonte à la crise économique qui a accompagné les programmes d'ajustements structurels et la dévaluation du franc CFA. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de la période de 2001 à 2010 n'a pas réellement pu assurer l'insertion de l'hôpital dans le système de santé du district. La part réservée aux aspects managériaux est importante avec 73,4% du budget contre seulement 5,4% pour les hôpitaux (Ministère de la santé, 2011). L'enjeu est de dépasser une lecture univoque et fonctionnelle des hôpitaux pour saisir les enjeux éthiques. Le Somme-Père dans une réflexion sur la place de la médecine face au vieillissement rappelle que « l'attribution des moyens aux services publics, sera toujours volontariste, dictée par l'idée que la collectivité se fait [d'un système de santé juste] » (Le Somme-Père,

29Une note de service de l'administration hospitalière en date du 19 septembre 2012, N° 2012/1102 portant sur une opération de billetage pour la fin du mois de novembre 2012.

2012 : 16). Ce contexte génère un sentiment d'impuissance médicale que l'on peut résumer dans les propos d'un praticien :

> *« Parfois je refuse de regarder les malades ; pas que je ne les regarde pas bien mais quand tu les regardes profondément, tu sens dans leurs yeux, un espoir que tu peux faire quelque chose, alors que tu n'as que ta tête (il touche sa tête) ».*

Dans ce contexte, l'expérience de l'hospitalisation prend la forme d'une double souffrance : la souffrance du traitant, due à une impuissance de guérir, et la souffrance du soigné due à un manque de satisfaction. Comprendre ces relations de soins suppose d'analyser les itinéraires thérapeutiques et les tactiques mobilisées pour avoir accès au soin spécialisé.

3. Les itinéraires thérapeutiques

La complexité des itinéraires thérapeutiques des personnes âgées ne peut se comprendre que dans ses relations au pluralisme médical, aux représentations de l'âge et de la mort et enfin aux contraintes économiques. Le pluralisme médical s'appuie une définition anthropologique qui fait cohabiter dans un même espace plusieurs modèles thérapeutiques (biomédecine, médecines traditionnelles, recours religieux) qui favorisent les itinéraires complexes. Dans ce cas, l'ordre logique cède la place à une suite de comportements des usagers orientés par les interférences de plusieurs champs du social avec celui de la maladie (Benoist, 1996). La scène sur les malades en attente de rencontrer un spécialiste apparaît dans une sorte « d'intemporalité » (Fassin, 1992) et l'observateur n'a pas une connaissance de tous les faits vécus dans l'avant-scène. Pourtant le malade a une expérience d'un parcours de soins qu'il a déjà effectué ou qu'il lui reste encore à faire pour apprendre à vivre avec sa maladie. Dans ce sens, il est vain de chercher à formaliser de façon stricte les itinéraires thérapeutiques mais il faut retenir qu'ils s'élaborent au croisement des systèmes de représentation de la maladie et de la situation financière. En effet, la recherche d'un diagnostic et d'un traitement est la résultante de logiques multiples, de causes structurelles et de causes conjoncturelles. Dans ce cadre, il est difficile de formaliser. Il faut au contraire resituer la séquence événementielle du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux (Benoist, 1996). Par ailleurs, l'auteur rappelle que le processus de

construction sociale de la représentation de l'efficacité s'enracine dans la structure sociale où s'élaborent les expériences individuelles.

L'âge est un facteur de retard dans le diagnostic de certaines pathologies et une faible qualité de la prise en charge thérapeutique. Le parcours de santé revêt deux dimensions. Une dimension temporelle qui porte sur l'organisation d'une prise en charge coordonnée et organisée toute la durée de la maladie du patient. Quant à la seconde dimension, elle est spatiale et renvoie à la prise en charge sur un territoire dans la proximité de son domicile. Le choix de se rendre à l'hôpital procède d'un long processus de décision. Les différentes manières de percevoir la vieillesse et les ressources économiques de la famille sont des facteurs déterminant la nature du recours à l'hôpital. Comment le processus de décision se construit ? Dans quelle mesure la vieillesse peut-elle cacher les maladies et induire un recours tardif ?

3.1. La reconnaissance de la maladie de la personne âgée

Les définitions de soi comme une personne âgée rassemblent quelques aspects qui relèvent de la dimension biomédicale : la force physique, les troubles de mémoire. Les récits de vieillir mettent l'accent sur la relation entre la vieillesse et l'apparition des sensations désagréables. La vision linéaire biomédicale qui alimente la dégénérescence associée à la vieillesse participe aux préjugés sur le processus de vieillissement. Au sens biologique, la dégénérescence renvoie à la détérioration physique et mentale permanente et héréditaire de l'espèce dont le versant négatif est la dégradation possible de tout ou d'une partie de l'homme (Krams-Lifschitz, 1999). Ce qui est préoccupant, c'est la lecture sociale qu'on en fait en l'appliquant sans discernement à un groupe social. Dans ce cas, ce groupe social est frappé systématiquement d'une régression de sa valeur intrinsèque. Aussi, la théorie de la dégénérescence fournit des arguments scientifiques pour réduire les droits des personnes vieillissantes (Ibid., 1999) notamment dans les phénomènes de sélection et de triage pour certains soins spécialisés. Pourtant, c'est « le regard qui fabrique la dégénérescence et sa définition est soutenue par une idée de beau » (ibid. p.140). A ce titre, Vinel (2005) soutient que le statut de la vieillesse relève « moins des conditions physiques réelles que d'une définition sociale des capacités biologiques » (Vinel, 2005 : 154). En effet, reconnaître un changement en soi qui peut être désagréable ne signifie pas qu'on ne peut plus jouer un rôle social.

D'ailleurs, il est intéressant de constater que ces femmes et ces hommes qui parlent de leur vieillesse comme une maladie sont pourtant engagés dans de petites activités sociales. Prenons le cas de Marie-Juliette, une femme de 70 ans (chapitre 4, p 180).

Quand elle se lève pour marcher, tout son corps tremble. Chaque mouvement lui arrache un petit cri et l'on sent l'effort pour se mouvoir. Aussi se plaint-elle de ses deux hanches. La fille, apparemment agacée des plaintes de sa mère, déclare que ce sont les signes de la vieillesse. Cet agacement est consécutif aux réquisitoires de celle-ci devant une tierce personne (moi et un visiteur) du goût du repas. Pour terminer la discussion de ce jour, elle me dit que la vieillesse fait émerger les maladies cachées au travers du proverbe suivant :

> *Kuulem san kièfo sa, seingasan pa yugfo, kiolo na zaabe*
> *Vieillesse/ entrer/ dans toi/ si/ queue (bassin)/ pas prendre/ toi/ alors/ hanche/ faire/ mal*
> *Si la vieillesse arrive, si tu n'as pas mal au bassin, tu auras mal à la hanche*

Les scènes de déplacement au quotidien rendent compte de la douleur qui empêche le corps de s'exécuter. Pour rejoindre la douche située à quelques mètres de sa chambre, elle marche pieds nus en tenant ses chaussures à la main. Moins de quinze minutes plus tard, elle revient, s'arrête quelques instants, respire profondément et elle dit ceci :

> *Maam lébga waam zaoko*
> *Moi/devenir/calebasse/abimée/*
> *Je suis devenue comme une calebasse abîmée.*

Elle compare son état à une calebasse abîmée. Dans la localité, la calebasse est un symbole de fragilité, un objet qui se casse facilement au point qu'il faut le manipuler avec dextérité. Il s'agit d'une reconnaissance de soi comme un être fragile. Un jour, la trouvant toute seule sous l'ombre de l'arbre familial, elle me parle de sa fille en ces termes :

> *« Elle a ses pieds et elle se déplace; pour moi, je suis devenue comme un homme de Koupèla qui s'appelle « um baariig wa raogo » (litt. Poser comme un bois) »*

Cette nouvelle façon de se désigner inscrit la vieillesse dans un processus de dégradation physique. L'image est frappante. De la calebasse fragilisée, elle est devenue un « bois » immobile. La femme finit par accepter sa condition, résultat de sa maladie, qu'elle nomme *ban-kudre* (litt. maladie vieille [maladie chronique]). Ce

concept est loin de traduire une maladie incurable. Elle renvoie à l'idée d'une maladie qui perdure parce qu'on n'a pas encore trouvé le traitement. C'est pourquoi, constamment dans les conversations, la femme ne cesse de chercher différents traitements.

L'écart entre la perception de l'aidante familiale et la femme sur la douleur est essentiel pour justifier le retard de recours à l'hôpital. Tandis que la fille interprète la douleur comme une manifestation de la vieillesse, la vieille, tout en acceptant sa situation fragile, y voit le prolongement de sa maladie. Bien que celle-ci ait duré, elle serait bien curable. Ces conversations se passent avant qu'elle ne soit rendue à l'hôpital.

Après le retour de l'hôpital, au cours d'une discussion avec un de ses enfants sur l'évolution de la maladie de sa mère, celui-ci lui fait savoir qu'elle ne peut plus guérir totalement. Dès lors, elle se compare à une plante qu'on nomme « *Tengkointêbkoin* (sèche quand la terre est desséchée). La métaphore à cette plante qui vit en saison humide et meurt en saison sèche pour revenir à la bonne saison rappelle non pas le sentiment de finitude mais une volonté de survivre comme cette plante qui résiste aux intempéries.

Ce récit montre qu'il existe un lien entre la perception de la douleur et le recours au service de santé pour une personne âgée. Un des enseignements fondamentaux que l'on peut tirer des discussions entre la femme et son entourage est la manière dont celle-ci mobilise ses ressources pour vivre. L'idée que la maladie de la personne âgée serait une fatalité est un point de vue extérieur. Elle ne renonce pas à recouvrer la santé.

L'enjeu de ces définitions de la vieillesse est d'ériger les sensations corporelles (la douleur, la fatigue et la perte de mémoire) comme une traduction de la vieillesse et non comme un besoin de santé. Dans ce cas-ci, la définition de la vieillesse, comme un moment de handicap, de douleurs, peut potentiellement masquer les maladies de la personne âgée et engendrer un recours tardif. C'est pourquoi les comportements des individus face à la maladie et aux thérapeutiques sont en partie conditionnés par le rapport qu'ils entretiennent avec leur propre corps (Fainzang, 2003). Mes observations montrent que les personnes âgées finissent par intérioriser que leurs douleurs relèvent de la condition de vieillesse. Aussi, elles ont

tendance à n'exprimer leur douleur qu'à un certain seuil de gravité de la maladie, soit par pudeur, soit par peur de « *déranger les enfants* ». Cette incapacité d'entendre la voix de la plaignante conduit à des consultations en urgence à l'hôpital dans un contexte de pluralisme médical.

3.2. Les guérisseurs traditionnels

Je poursuis avec le récit de vie (chapitre 4, p.165) d'une femme de 70 ans pour illustrer la mobilisation des acteurs et les stratégies de quête de la santé.

Le début de sa maladie remonte à plus de six mois (elle ne souvient pas très bien de la date). Elle raconte : « *ma maladie a commencé d'abord par des douleurs aux pieds, ensuite elles migrent jusqu'au cœu*r ». Ses enfants mobilisent leurs réseaux sociaux dans le corps des professionnels de la santé afin d'instaurer un traitement à la maison parce que pour eux « *à son âge, la douleur est normale* ». Un infirmier de quartier « *vient la soigner plusieurs fois à la maison* ». Malgré la persistance de petites douleurs, elle apprend à vivre avec cet ensemble de malaises qui font partie de ses nouvelles sensations corporelles. Puis une seconde crise survient, cette fois plus sévère à un moment où sa fille benjamine qui s'occupe d'elle est en ville. Elle donne des détails :

> *« Un jour je me suis levée et j'avais des vertiges ; une femme était venue pour me rendre visite et je lui ai demandé de me préparer du café ; mais après avoir bu, ça n'allait toujours pas. Je suis restée couchée à la maison quelques temps, ça s'est calmé ».*

Cette attitude attentiste de la femme s'explique par le fait qu'elle pense que son état actuel serait lié à une ancienne maladie, contractée en Côte d'Ivoire. Elle pense alors que c'est sa « *vieille maladie qui se réveille* ». Celle-ci commence à Bouaké (Côte d'Ivoire) il y a une dizaine d'années. Son mari consulte un « *tradipraticien* »de santé [*niisabs tiim* (litt. médicaments des noirs)], un ressortissant du village d'origine de son époux. Le mal proviendrait d'un piège « *bindgo »*[30]qu'elle aurait piétiné. Le guérisseur lui assure que l'appât est destiné à un homme et que par conséquent elle ne mourra pas. Malgré les traitements instaurés, la douleur persiste et elle revient au Burkina. Dans un premier temps, elle

[30] La notion de « pindgo » est très prégnante dans l'explication de certaines pathologies comme la filariose lymphatique dont on associe le gonflement de la jambe au fait de marcher sur un piège.

ne trouve pas satisfaction dans le village natal de son mari ; alors elle se rend dans son village paternel. Un remède lui est offert et sa douleur disparaît. Elle retourne en Côte d'Ivoire. C'est pourquoi, dès l'apparition des premières douleurs, elle était retournée prendre le même produit pour se soigner.

Le recours aux guérisseurs traditionnels relève des pratiques courantes de recherche de soins. L'exemple de Paul (Chapitre 5) qui refuse dans un premier temps de se rendre dans un hôpital au profit de son ami, un tradipraticien, est également illustratif. Ce recours ne s'arrête pas seulement dans l'espace domestique. Il se poursuit à l'hôpital.

C'est le cas de Salfo, un gardien en retraite. Il a 68 ans et il est hospitalisé pour une cardiopathie. Assisté par son frère utérin de 57 ans et sa jeune épouse, il éprouve du mal à honorer les ordonnances. C'est ainsi qu'il est obligé de solliciter un certificat d'hospitalisation auprès du praticien pour pouvoir faire une lettre de procuration à ses frères pour toucher sa pension de vieillesse à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale[31]. En plus de ces médicaments « modernes », il dispose d'une poudre noire avec laquelle il masse ses pieds car il éprouve toujours des difficultés à marcher après trois semaines d'hospitalisation.

Le recours aux deux modes de traitement est l'objet de conflits entre les praticiens et les malades. Au cours de la visite médicale, le cardiologue constate que les orteils du patient âgé sont enduits d'une crème noirâtre. Il cherche à savoir la cause de cette coloration. S'ensuit une discussion vive. L'accompagnant du malade tente de mentir en disant qu'il s'agit de la couleur de sa peau. Au bout d'un moment, le médecin semble avoir compris l'alibi du malade ; il esquisse un sourire et continue la visite. Plus tard, quand je demande à l'accompagnant la raison de cette coloration, il reconnait qu'il a appliqué un traitement « traditionnel ». Il faut «qu'on s'aide », dit-il. Si l'idée de complémentarité des deux traitements (moderne et traditionnel) apparait dans le discours du malade, les praticiens désapprouvent ce comportement des patients qui contribuerait à rendre leurs traitements inefficaces.

[31]La bancarisation de la pension de retraite est récente et l'on rencontre toujours des retraités qui touchent directement leur allocation à la payerie.

C’est ainsi qu’au cours d’un entretien un praticien déplore cette attitude des malades en milieu hospitalier en ces termes :

> *« La médecine dans nos pays est difficile. Pendant que vous instaurez votre traitement, derrière vous, les accompagnants poursuivent leur traitement traditionnel (court silence)….qui se fait toujours dans les hôpitaux. Il en résulte que l’état général du malade se détériore parce qu’il y a une faible adhésion au traitement » (Entretien du 22 septembre 2012).*

Cet extrait prolonge les représentations collectives des personnes vieillissantes comme des individus qui s’adaptent difficilement aux changements. Dans cet ordre d’idée, la vieillesse est assimilée à la tradition, au conservatisme. Pourtant ces pratiques s’inscrivent dans un contexte plus large de la recherche d’une efficacité thérapeutique dont les interprétations sont diverses. C’est dans ce sens que certaines personnes vieillissantes ont recours au médicament de la rue. C’est le cas de Marie-Juliette.

3.3. « Pharmacie zoe bas taaba : les médicaments de la rue

Un jour alors qu'elle est assise devant sa porte pour vendre son charbon et ses balais, un vendeur ambulant lui propose des médicaments qui « ressemblent à ceux que l'infirmier lui a prescrit ». Elle achète pour « poursuivre son traitement ». Ces vendeurs, appelés « *pharmacie zoe bas taaba* /pharmacie /courir /laisser /ensemble /» (litt. Pharmacie où les vendeurs et les acheteurs prennent la fuite), pullulent dans les quartiers bien qu’ils soient traqués par la police. Ayant l'avantage de fractionner le traitement selon le pouvoir d'achat, ils sont prisés par bon nombre de personnes âgées pauvres et immobiles. En effet, la vieillesse a pour corollaire la contraction de l’espace de vie en raison des incapacités fonctionnelles. C’est pourquoi la consommation des médicaments de la rue est une pratique représentative de l’automédication chez les ainés. L’observation ci-dessous rend compte de son inscription dans les rapports de sociabilité quotidienne.

Le 11 novembre 2013, je suis dans une famille à la trame d'accueil de Ouaga 2000. Nous étions au moins six (un gardien de la cour voisine, ses deux camarades de même âge, et une de ses belles filles) sous l'arbre qui sert de lieu de vente de son charbon et de son bois de chauffe. Un vendeur de médicaments de la rue passe ; Sarata l'interpelle et demande un traitement contre ses douleurs articulaires. Le jeune homme lui remet une boîte double couleurs (rouge et verte) contenant vingt

comprimés. Il lui explique qu'elle doit en prendre deux le matin et deux le soir. La boite coûte 750 FCFA (1,5 euros). En lisant la composition du produit sur la boite, je constate que c'est un mélange de « paracétamol » et de « l'Ibuprofène ». Immédiatement, elle prend les deux comprimés. Aussitôt, ses deux copines lui demandent parce qu'elles souffriraient également de douleur aux jambes. Une affirme qu'à leur âge, chaque « *jour a sa maladie* » (*daar faan nè baanga* ». L'hôte du jour m'explique les raisons de son choix :

> *« J'ai mal aux pieds. Malgré les médicaments, ça ne guérit pas. Le paracétamol de la pharmacie ne me guérit pas. Mais quand j'achète à la pharmacie « zoe bas taaba » (médicaments de la rue), je suis guérie ».*

Elle termine ses mots par un éclat de rire. Cette idée est partagée par un responsable d'une association de personnes âgées. Au cours d'une réunion publique, celui-ci déclare « *il y a certains qui le prennent et qui guérissent ; ça signifie que ce n'est pas si mauvais* ». Un médecin qui participe à la rencontre se met à donner les dangers de ces médicaments, mais il ne parvient pas à le convaincre.

En plus du sentiment de l'efficacité de ce type de remède, la situation financière de l'individu est un déterminant du choix. C'est le cas de Romuald (Chapitre 5, p 157). Cet homme de 67 ans fume depuis plus de trente ans. Ne bénéficiant pas d'une pension de retraite, il est régulièrement fauché financièrement et il se déplace de moins en moins. Quand il a des douleurs aux jambes, il s'achète auprès d'un boutiquier du quartier un tube de « *konfo* », un médicament chinois sous forme liquide utilisé pour soigner les douleurs. Ce remède lui coûte 200F. Avec le même produit, il soigne la douleur dentaire de sa petite-fille de 12 ans. Dans le récit de sa maladie après une hospitalisation, il raconte que c'est la deuxième fois qu'il « *va loin* » avec son mal. La première fois, un de ses amis lui avait donné un médicament pharmaceutique « *très efficace* » et ses douleurs à la poitrine ont cessé. La seconde fois, son voisin, qui n'est pas un professionnel de santé, diagnostique un « *fonsre* » [une pneumopathie] et lui donne des écorces à bouillir pour boire régulièrement. Il vit ainsi avec sa maladie pendant trois mois jusqu'au jour où son fils remarque qu'il ne « *va pas très bien* ».

Le dispensaire représente le lieu de soins quand la famille n'arrive pas à gérer la maladie du fait de sa gravité. C'est ainsi que Romuald se rend dans un dispensaire confessionnel quand il « n'arrive plus à respirer ». Plusieurs

témoignages corroborent le fait que les « vieux » préfèrent être soignés à la maison. Le choix du dispensaire apparaît comme le seuil de gravité au niveau duquel la maladie devient insupportable.

3.4. Le centre de santé de proximité

Les changements de soignants se produisent dans la prise de conscience progressive de l'inefficacité de traitement qui induit également une mobilisation des réseaux familiaux. Poursuivons avec le récit de Marie-Juliette. Au fil du temps, comme la douleur ne cède pas, elle se rend au dispensaire islamique (CM confessionnel), situé à environ deux kilomètres de son domicile. Elle se fait accompagner par sa fille benjamine. Des examens complémentaires sont faits au laboratoire de Saint Camille (centre médical confessionnel). Le praticien lui conseille d'aller à l'hôpital (pas de référence formelle mais simple conseil) après lui avoir prescrit quelques produits. Dans un premier temps, elle renonce puisqu'elle dit que pour se rendre à l'hôpital il faut que « *ton sac soit rempli d'argent* » et ce d'autant plus que les enfants associent sa douleur à la vieillesse. Alors, un autre infirmier lui conseille d'acheter à la pharmacie un autre produit composé de « *deux types de médicaments : l'un a des comprimés plus gros et l'autre plus petit….je prends un gros et un petit. Ces médicaments sont bien [tikanda ya sooma] ; ils réussissent à calmer ma douleur*» (Entretien du novembre 2012). Les recours thérapeutiques sont construits sur d'autres légitimités sociales que la légitimité dominante et scientifique de la biomédecine. Ils illustrent de ce fait la diversité des pratiques de soins et des systèmes de référence mis en œuvre autour d'une douleur au pied et à la poitrine (Fassin, 1992).L'explication exogène de la maladie justifie des réponses tardives.

Le quotidien de la vieille femme se déroule ainsi jusqu'au jour où elle s'effondre après sa toilette. Elle est amenée dans un hôpital de district de la ville de Ouagadougou où elle est référée au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) pour une meilleure prise en charge. Elle est opérée pour une insertion d'un stimulateur cardiaque. Elle raconte ce que le médecin a dit de sa maladie :

> *« Il y a longtemps que j'ai la maladie. Si j'avais fait le diagnostic plus tôt, elle n'allait pas s'aggraver autant. Mais je ne savais pas « anda mii » J'avais ma*

force pour travailler « fo sein da taarpanga, tumtuma ». C'est quand je ne pouvais plus faire quelque chose, que je me suis préoccupée de ma santé »

L'accès ou le non accès à un traitement dans l'espace domestique devient un régulateur de la décision de se rendre dans une structure de santé. Au niveau du groupe familial, les modalités d'usage des médicaments s'organisent essentiellement autour d'un axe individuel et d'un axe collectif (Fainzang, 2003). Les opportunités de recevoir un traitement selon les configurations de la famille sont des facteurs de recours tardif ou de non recours aux soins spécialisés. Le malade âgé dans l'espace clinique va connaitre une diversité des expériences dans la relation thérapeutique.

4. Les figures de malades

Les interactions à la micro-échelle dans la relation thérapeutique ouvrent un espace de reconnaissance ou de non reconnaissance de la légitimité de la personne âgée dans le système de santé. Cette relation de soin est ambivalente. D'un côté, les prestataires de soins ont intériorisé l'habitus culturel du respect de l'âge à travers l'emploi du vouvoiement dans la communication. De l'autre côté, la relation thérapeutique comporte une part de violence et de négligence. Les relations soignant-soignés vont être modulées par les inégalités de capitaux des individus pour aboutir à la fabrique des figures de malades inscrites dans des expériences plurielles de soins.

4.1. Le malade du médecin

J'emprunte à Claudine Herzlich le terme de « malade du médecin » (Herzlich, 1973 : 50) pour qualifier non seulement les malades ayant une fonction sociale valorisée, bien entourés par leurs familles (Herzlich, 1973) mais également les malades récidivistes. Comment se forment les malades du médecin ? Dans le service ces patients portent plusieurs types d'étiquettes. Ils sont l'objet d'une attitude bienveillante de la part des praticiens.

4.1.1. Les malades riches

La richesse renvoie d'abord au pouvoir financier élevé qui leur permet d'honorer tous les frais de soins. C'est l'exemple de cette femme, née en 1943. Résidente d'une ville réputée pour son activité commerciale, elle entre au CHU le 25 août. Elle est veuve et mère de cinq garçons, tous de grands commerçants. En retraçant son circuit de quête de soins, on se rend compte qu'elle est demeurée dans les structures privées : la clinique *Sandof*, le laboratoire du centre, la clinique *Schiffra*, la clinique *Philadelphie*. Aussi, elle est référée à l'hôpital par un praticien du service. Durant son hospitalisation, elle est dans la salle dite « catégorie » et elle est assistée par une de ses sœurs. Les deux femmes, qui donnent l'apparence d'avoir le même âge, sont toujours habillées en pagnes complets et un foulard sur la tête. Tous les jours, la malade reçoit en cadeau de nombreux repas. Régulièrement, la malade mange un plat copieux. Lors de la visite médicale du 12 octobre 2012, le médecin arrive quand elle est en train de manger. Le praticien plaisante avec elle. L'ambiance est détendue. Finalement, il dit « *c'est un malade qu'on aime* ». Au cours d'une autre visite, il dit « *avec ce malade, on n'a pas de pression, tout ce que tu écris, elle achète* ». Un autre jour, une étudiante stagiaire fait des va-et-vient auprès de ce malade pour prendre ses constantes physiologiques (tension, température, pouls). Pendant une dizaine de minutes, l'étudiante la trouve en train de manger. La jeune praticienne s'impatiente mais elle se sent obligée d'accorder quelques minutes supplémentaires ; alors elle déclare ceci : *« c'est une mamy, il faut la laisser prendre son temps* ». Ce type de malade est bien apprécié parce qu'il permet à l'art médical d'exister.

Enfin, les malades riches renvoient à ceux qui ont une capacité de mobiliser leur réseau social pour avoir accès à l'hôpital. C'est le cas d'un malade de 80 ans. Il est assisté par un de ses enfants, un économiste. Pour l'hospitalisation de son père, il a un pris un congé administratif de 15 jours. Avec la crise de la Côte d'Ivoire, le père revient et s'installe à Bobo en 2003. Entre temps, le père est malade et comme « *il est difficile de faire des va-et-vient* », le fils aîné le fait venir à Ouagadougou pour les soins. Il se rend d'abord à la clinique Schiffra. On lui prescrit un traitement mais il « *continue de tousser* ». Alors il est référé au centre de lutte contre la tuberculose et après un examen de laboratoire, il est envoyé dans ce service pour

une meilleure prise en charge. Avant de revenir, il prend le soin de contacter un médecin qui est son promotionnaire de classe. Il raconte :

> *« Comme je connaissais un médecin, je n'ai pas eu de difficultés. J'ai d'abord appelé pour m'assurer qu'il y a un lit et c'est ainsi qu'on nous a accueillis directement en nous donnant un lit »*

Au cours de la visite médicale de routine, à son niveau, le médecin dit : « *on écoute ici* ». Pendant l'exposé de l'étudiant, le malade se gratte la figure. Le reste de son corps est couvert d'une grande couverture épaisse. Au bout de quelques minutes, le médecin salue en ces termes « *bonjour ! Ça va ? »*. Le vieillard répond avec une voix peu rassurante : « *ouh on (litt. Oui)* ». Avant de soulever la couverture pour l'examiner le médecin dit « *gafaré, nikièma (litt. Excuse-moi, le vieillard) »*. Après avoir observé, il dit ceci *« baba, yiki zindi" (litt. Papa, levez- vous et asseyez-vous »*. Au cours d'un entretien, l'accompagnant de ce malade est satisfait du comportement des professionnels de santé. Cette figure de malade est étiquetée par le vocable « *malade recommandé* ». En effet, ils sont recommandés par les amis, les collègues, les personnalités, auprès d'un praticien bien désigné. Les formes de nomination de la personne âgée par les professionnels s'inscrivent dans un registre positif, une forme de reconnaissance de la valeur sociale de la personne âgée.

4.1.2. Les malades connus

Cette catégorie de malade correspond aux patients qui reviennent après un premier séjour à la suite d'une nouvelle crise. La chronicisation de la maladie cardiaque interroge la continuité de la prise en charge (observance aux traitements, accès aux tests biologiques). C'est ainsi que le malade entre dans un processus de personnalisation de la relation thérapeutique. Il devient le « malade » de « tel médecin ». C'est le cas de Georgette, venue de l'intérieur du pays.

Elle est hospitalisée dans une des salles des « *catégories* ». Âgée de 63 ans, cette retraitée est mère de quatre enfants: deux garçons vivent à Ouagadougou et un autre, marié, réside avec elle à Banfora. Sa fille benjamine, d'abord étudiante en sociologie, abandonne ses études en quatrième année pour devenir hôtesse de l'air. Mariée depuis six ans à un cadre des entreprises minières qui ne réside pas à Ouagadougou, mais sans grande contrainte familiale, notamment parce qu'elle n'a

pas encore d'enfant, elle s'occupe de la cuisine de sa mère. Georgette est bien connue des services parce qu'elle est suivie par le Dr X. Après trois jours d'hospitalisation, sa belle-fille voyage pour venir l'assister jusqu'à "*sa guérison*". Chaque midi, la fille de Georgette amène le repas. A ses absences, un de ses frères vient veiller sur la mère. Au cours de la visite du Dr X, une familiarité règne entre le traitant et la patiente. Elle incarne la figure de la « malade connue » du service qui utilise le téléphone portable pour communiquer avec son médecin. Au cours d'une visite médicale, Georgette appelle son médecin traitant. Dans la discussion, le soignant pose des questions sur son état et finit par lui recommander d'aller voir son collègue généraliste de la localité. Effectivement, il appelle celui-ci pour donner des instructions médicales. Quelques jours plus tard, cette consultation à distance ne semble pas donner une satisfaction, le malade a rejoint l'hôpital pour une meilleure prise en charge. Cette initiative du service de la cardiologie participe de la stratégie de suivi des malades chroniques. Ceux-ci appellent pour prendre des rendez-vous et pour recevoir des conseils médicaux. A ce titre, un cadre infirmier explique :

> *« Il y a le numéro derrière le carnet pour permettre au malade de joindre le médecin en cas de problème. Il peut arriver une situation particulière pour laquelle, il a besoin d'un médecin ».*

Le téléphone est bien apprécié par les malades, et participe à une économie des ressources.

Les rapports entre les praticiens et les usagers sont déterminés par le soutien social que peut s'attendre à recevoir une personne âgée. Ce soutien social est le résultat du capital social. En d'autres termes, plus le capital social est élevé, plus il y a de chance de recevoir un soutien social. Dans le domaine de la prise en charge médicale, Camus et Dodier, au cours de leur étude sur les admissions des malades dans les hôpitaux français, montrent que le capital social est converti en valeur mobilisatrice. Ce concept désigne « l'ensemble des dimensions qui fait que le malade est intéressant » (Camus et Dodier, 1971 : 742). Ce caractère intéressant défini du point de vue du personnel soignant prend en compte l'entourage du malade et la capacité financière du malade. Dans ce cas, les autres patients qui ne remplissent pas ces critères sont stigmatisés. C'est ce point que je me propose de traiter dans les lignes suivantes.

4.2. Les malades difficiles

La figure du patient difficile aboutit donc à la constitution d'une identité stigmatisée engendrant des inégalités d'accès aux traitements. Cette catégorie regroupe trois types de malades : ceux qui se plaignent de leur condition de soins, les pauvres et enfin le malade futile. La relation thérapeutique vire à la violence symbolique faite de négligence et de mots durs du fait de l'incapacité d'une partie à respecter les obligations du contrat de soins. Les négligences renvoient à une manière de faire sans soin (l'absence de *care*), à une forme d'indifférence, de manque d'attention (inattentif).

4.2.1. Le malade se plaignant de sa condition de soins

Certains malades refusent de se voir comme un « numéro de lit» c'est-à-dire que le personnel les appelle par leur numéro de lit. On dira alors « le numéro six de la salle F ». Leur relation avec le personnel est plus tendue. C'est le cas de ce malade de 68 ans, hospitalisé en salle de « catégorie » élevée (la plus chère). Il exige une certaine manière d'être traitée. Un jour le médecin finit de l'examiner sur son lit d'hospitalisation au milieu de ses étudiants. Quand il s'apprête à partir sans lui dire un mot, il exige un « dwa » (une bénédiction). Contraint moralement, le praticien dit ceci « *wend na kon laafi* » (Litt. Que Dieu te donne la santé). Alors le malade rétorque « *houn* ! ». A partir de ce jour, il est ensuite qualifié de « *malade compliqué* » par les stagiaires. Au-delà de cette situation singulière rapportée, cet incident est révélateur d'une demande de sollicitude, d'empathie et d'information sur sa santé. Dans le même registre, le malade qui exprime une voix différente que la soumission au savoir médical peut se voir coller l'étiquette de « malade pas facile ». C'est le cas d'une femme de 73 ans qui refuse qu'un stagiaire lui fasse son prélèvement parce qu'il n'arrive pas à trouver la veine au premier coup.

4.2.2. Le malade pauvre

Le 26 septembre 2012. Il est 8 h 05. L'équipe arrive au lit de Romuald. C'est un homme grand de taille, vraisemblablement amaigri avec un regard hagard et vide. Les tâches de sang séché, les traces des sparadraps enlevés sur le bras droit laissent penser qu'il n'a pas pris de douche depuis quelques jours. Un stagiaire est en train de prendre les constantes du malade dans le but de remplir son dossier, tâche affectée aux étudiants en médecine. En fonction de son niveau d'étude, l'interne prend la tension, la température et fait une auscultation. C'est ainsi que le stagiaire lui pose la question : « *bonjour, est ce que vous avez mal? Vous avez bien dormi la nuit? »*. Le malade parle de son bras qui le fait souffrir. En effet, les multiples injections faites par les infirmiers pour « trouver la veine » ont fini par se transformer en plaies sur le bras du malade. Le soignant regarde et ne dit rien. A un moment donné, il s'arrête pendant plus de deux minutes pour manipuler son téléphone portable pendant que l'autre main, tient l'embout du stéthoscope sur la poitrine du malade. Au cours de la visite le praticien se frotte les mains avec de l'alcool pour dit-il « *éviter les infections nosocomiales* ». Il explique que la situation de ce malade est due à des « *infections iatrogènes* », causées par les injections. Quand le malade sort de l'hôpital, il se souvient de cet aspect et dit ceci « *ce qui ne m'a pas plu, c'est au prélèvement là ; il n'y a pas quelqu'un d'expérimenté. Ça vous fout l'aiguille partout ; ça vous fait des plaies* ».

Le 05 octobre 2012, le malade fait remarquer que cela fait déjà quelques jours, qu'il se plaint et qu'on lui promet que quelqu'un va venir le voir, mais jusqu'à présent rien. « *Ce n'est pas sérieux, comment un adulte dit qu'il va faire quelque chose et il ne respecte pas* » dit-il. Néanmoins le praticien estime que le malade a une bonne mine et justifie ses plaintes par le fait que son état de santé s'est amélioré en ces termes : « *quand un malade se plaint, c'est qu'il va mieux* ». Il précise que la plaie relève de la chirurgie qui n'est pas de ses compétences. Mais il donne l'ordre de lui faire un « *pansement alcoolisé* ». Ce n'est que le lendemain matin que l'ordre est exécuté. Au cours de la visite journalière, il est décidé de faire une incision aux plaies. Dans l'après-midi, un infirmier du service de chirurgie passe pour le traitement des plaies mais il n'y a pas de matériel stérile. Nous sommes vendredi. Le lundi matin, le médecin interne répète le remplissage rituel de sa fiche de malade et il prend la responsabilité de s'en occuper. Il dit : «*il faut du matériel pour mettre*

à plat le bras du monsieur, sinon ce n'est pas facile, depuis vendredi ». Il va demander le matériel de chirurgie à la fille de salle qui le renvoie au service neurologie. Finalement il renonce à y aller car il ne se sent pas légitime d'effectuer cette demande au nom du service. Il abandonne le malade avec un visage défait. Le jour suivant, les plaies du malade sont incisées et il porte des bandages aux deux bras. Après ce traitement, un incident va survenir entre les soignants et ce malade à propos d'un examen de laboratoire. Depuis cinq jours le malade devait bénéficier d'un examen. Las d'attendre, le fils aîné va rappeler le praticien. Celui-ci lui répond qu'il a donné des instructions et que le matériel de prélèvement est en train d'être rassemblé. Puis il ajoute : « *ne nous bouscule pas! Tu crois qu'on va faire ça avant vendredi? On connaît ce qu'on fait* ». L'accompagnant rétorque « *comme c'est depuis vendredi*! ». Il repart résigner, mais il ne semble pas satisfait de l'attitude du praticien. Quelques moments plus tard, au cours d'une discussion informelle, le praticien m'informe que l'examen se fait tous les lundis. Plus tard, son fils revient dans une de nos discussions sur l'attitude des agents de santé. Il raconte :

> *« Cela fait 26 jours que je suis là, jour et nuit. Je peux faire trois jours sans me laver et on te parle mal. Il faut quand même le respect. Entre nous, je suis aussi spécialiste dans mon domaine. Chacun vient dire quelque chose, un autre vient dire autre chose. Je ne suis plus un enfant. Dr X a dit que la situation ne progresse pas. C'est mieux de dire clairement les choses ».*

Discutant avec le « DES » sur son cas, celui-ci me dit :

> *« Au début, il n'était pas observant. Ils disent qu'il ne peut pas payer les médicaments. C'est après qu'ils se réveillent et il parle mal aux gens. C'est tout ça qui fait quand tu le vois, tu t'énerves ».*

La tension relationnelle qui entoure les soins aux malades pauvres rappelle que l'hospitalisation est une épreuve la famille car elle requiert une mobilisation de ressources supplémentaires (argent, besoins quotidiens) et ce à une phase de la vie où la guérison n'est pas toujours envisageable (Duthé et al, 2010). Le savoir médical a cette tendance à transformer la demande des patients en un diagnostic. Le praticien qui « refuse de regarder le malade », ne signifie rien d'autre que le refus de l'écouter, parce qu'on a réduit son problème à un problème médical. Cette approche clinique est indispensable mais elle est une source des abus de technicité (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).Cette culture professionnelle semble se transmettre au cours de la formation.

Après un exposé médical fait par un interne, le modérateur insiste sur la nécessité d'acquérir des compétences en raisonnement clinique et en vocabulaire médical. Il dit ceci « *il ne faut pas manquer de vocabulaire médical qui est universel. Il faut un langage médical* ». Après avoir apprécié la voix, la tenue, la diction et le regard de l'étudiant pendant l'exposé, il revient sur la « *logique de réflexion médicale* ». Il martèle l'importance de revoir la littérature médicale afin de ne pas conduire les traitements comme un infirmier. Puis il compare sa spécialité à la chirurgie en disant « *en chirurgie, on ne réfléchit pas comme un clinicien* ». Il termine en déclarant « *en médecine, on parle le même langage* ». Ce discours du modérateur met en lumière que « chaque pathologie doit être avant tout indexée [et] cataloguée selon une nomenclature » (Ibid., p.341) internationale. C'est ainsi que les expressions introductives à l'examen d'un malade au cours de la visite sont : *« on t'écoute* », « y a quoi ici ? », « *Quelle est la stratégie ?*», « *Qui a tiré ce malade ?* », « *Il est rentré pour quoi ?*». La recherche de l'explication au détriment de la signification traverse la pratique clinique. Cette posture professionnelle est la base de la constitution d'une figure futile du malade.

4.2.3. Le malade futile

Le concept de futilité, du terme anglo-saxon « futility », est évoqué quand les thérapeutiques proposées pour un patient sont considérées comme inutiles, c'est-à-dire sans gain sanitaire (Crozier, 2014). En d'autres termes, la futilité renvoie aux conditions des malades très âgés et incurables. Ces patients posent des difficultés aux praticiens. Si la mort des « nin-kêemse » était acceptable, attendue, sinon même une fatalité, de nos jours les innovations médicales, certes mineures, offrent les possibilités aux familles d'accorder des soins aux plus âgés. A partir d'un exemple concret, je voudrais explorer la relation thérapeutique en montrant la tension entre la futilité médicale et l'utilité sociale de l'individu.

Un homme âgé de 91 ans est couché sur son lit de malade. Les membres de sa famille l'appellent « *Ladji* ». C'est une famille de commerçants. Leurs causeries tournent autour des marchandises, des clients et des voyages. Visiblement c'est une famille riche et mes visites le confirment. La concession est construite sur les trois quart d'une grande parcelle. Le bâtiment est en matériaux définitifs et possède un étage. Le « *Vieux* » « *Ladji* » dort au rez-de-chaussée avec ses deux femmes, chacune ayant sa chambre. Toute la surface de la cour est carrelée et l'intérieur de

la maison du « Vieux » est d'un luxe visible : on peut y voir deux grands fauteuils rembourrés ainsi qu'un grand téléviseur placé au mur. Plusieurs camions citernes sont garés dans le six-mètre. La cour est habitée par une quinzaine de personnes.

Depuis que le chef de famille est malade et hospitalisé, le nombre des visiteurs ne diminue pas. Une partie des accompagnants est dehors et les nouveaux arrivants entrent directement pour le saluer avant de rejoindre les autres sur la terrasse. En permanence, trois membres de la famille veillent sur lui : sa femme ainée, son fils et sa fille. Malgré le foulard, les cheveux blancs de la femme apparaissent et elle se déplace légèrement courbée par le poids de l'âge. Quant au garçon, nonobstant la calvitie et la barbe blanche, il se déplace avec une vigueur dans le pas. La fille âgée d'une quarantaine d'années, quitte également son foyer pour venir assister son père, mal en point. Tantôt on le fait asseoir, tantôt on le fait coucher ou encore on le change de position en le mettant sur le dos ou sur le côté. Il est midi et il doit s'alimenter. Comme il ne peut plus le faire tout seul, le moment du repas donne lieu à un petit attroupement. Deux personnes le tiennent tandis que la troisième le fait manger avec une cuillère. Toutes les ordonnances sont totalement honorées sans discussions ni plaintes. Au fil du temps sa situation devient critique. Le médecin décide alors qu'on va le nourrir à l'aide d'un tuyau dans lequel on fera passer des substances nutritives commercialisées en pharmacie jusqu'à ce qu'il puisse s'alimenter de nouveau de lui-même. Ces moments sont pénibles à regarder. L'introduction du tuyau dans la gorge lui arrache de faibles cris. Au bout de deux jours, le médecin recommande de l'alimenter avec de la soupe de poisson écrasé, en remplacement du produit pharmaceutique. Ce jour-là, du dehors, pendant ses heures de repas, on entend ses cris poussifs. Alors les deux femmes de *Ladji* et deux de ses filles entament une conversation. L'une d'elles déclare que tout le monde sait ce qu'il endure actuellement, mais comment vont-ils faire ? Elle dit que si l'on pouvait l'aider à « porter sa souffrance », chacune d'entre elles prendrait une part pour lui éviter de souffrir. Elle termine en disant que c'est la volonté de Dieu et donc, elles sont impuissantes. Sa sœur lui répond que tout cela reviendrait à la même chose, car il aurait toujours un membre de la famille qui souffrirait. La solution serait que Dieu puisse permettre de se partager la maladie entre les membres de la famille. Ainsi, elle n'aura plus de force, à défaut de disparaître car ils forment une famille de plus de vingt personnes sans compter ses petits-enfants. Quand les fils

de *Ladji* terminent de donner à manger à leur père, ils rejoignent le reste de la famille au dehors sous le hangar. C'est à présent le tour de sa fille de monter la garde pendant que leur père dort. Les autres membres de la famille vont prier. Le quotidien de quelques membres de la famille se déroule de cette façon. Pendant que le vieillard dort, une discussion s'engage entre les autres malades et certains accompagnants sur le comportement des soignants. Un déplore le fait que les médecins ne se préoccuperaient pas assez de l'état de santé des malades mais de la vente de leurs médicaments. L'autre dénonce leur incompétence à placer une perfusion en ces termes « *il leur faut perforer tout l'avant-bras du patient avant d'arriver à trouver la veine* ». C'est ainsi que le lendemain de cette discussion, un malade demande à un médecin de ne pas lui amener des stagiaires pour lui faire ses soins, car il les refoulerait. Prenant l'exemple de son père, le fils de *Ladji* ajoute que l'état de santé de son père s'est dégradé depuis son hospitalisation:

> *« Il arrivait à manger, à parler et bougeait mais depuis les quelques jours qu'il a été hospitalisé, il n'arrive plus à manger et ils sont obligés de le nourrir à l'aide d'un raccord, il ne parle plus et n'arrive même plus à bouger sans l'aide de quelqu'un. Pourtant les ordonnances continuent de pleuvoir ».*

Le groupe se met à rire. Il explique à un jeune malade qu'ils sont venus pour une transfusion sanguine en urgence pour leur père. Habituellement, les simples perfusions se font à la maison par un infirmier. Sa mère continue en disant que hier le ministre et le député sont venus à la maison. Ils leur ont demandé pourquoi on ne l'a pas hospitalisé à la maison. Sa mère ajoute que depuis hier, toutes les personnes qui viennent voir le malade leur disent « *Wend na kon sababou songo [litt. Que Dieu vous donne la chance]* au lieu de lui souhaiter un prompt rétablissement, parce qu'elles savent que maintenant l'état du « *nin-kêema* » est critique. Subitement, l'un des malades interpelle les membres de la famille de *Ladji* parce que celui-ci a arraché son raccord en s'agitant. En effet, le fils s'est assoupi sous le poids de la fatigue et de l'insuffisance de sommeil. Il se lève en sursaut et, avec l'aide de l'un de ses frères et de l'une de ses sœurs, ils nettoient leur père, le changent d'habit et mettent un nouveau drap au lit avant d'appeler l'infirmière qui vient aussitôt pour les soins. En ce matin du 25 Mai 2014, tout parait calme. Les membres de la famille n'ont pas une bonne mine. Les yeux sont rouges et chacun tente de dominer la tristesse et le désespoir. Une fille éclate en sanglots sur la terrasse. Le grand garçon vient la réconforter pendant un moment. Une dame qui pleurait se lève pour se

rincer le visage. A son retour, elle prend un pagne propre pour s'essuyer le visage. L'état de santé du père s'est détérioré. Depuis maintenant trois nuits, certains membres de la famille ne rentrent plus à la maison. Au cours de la visite du jour, le médecin examine le dossier du malade et analyse les examens qu'il a eu à faire précédemment. Il se retire un peu à l'écart des autres malades et dit à l'accompagnant qu'il n'y a plus d'espoir pour son père. Il explique la nature de la maladie du père au fils. Aussi, le médecin leur donne la permission de retourner à la maison parce que « *sa maladie est au-delà de leur compétence et qu'aucun médecin ne peut leur venir en aide* ». L'aîné de ses garçons annonce la nouvelle aux autres membres de la famille qui se mettent à pleurer. Quelques minutes s'égrènent. Ils réfléchissent à la décision qu'ils vont prendre bientôt. Ils se réunissent, mais passent d'abord des coups de téléphone. Dès lors, leurs téléphones n'arrêtent pas de sonner. On se consulte à l'écart et de petits groupes se forment. Ils se réunissent une dernière fois et après toutes les femmes se retirent à la maison en continuant à pleurer. Il ne reste plus que l'ainée des femmes de *Ladji* et quelques garçons. Le fils ainé demande qu'on lui trouve un soignant qui accepterait de venir poursuivre les soins à la maison. Il prend le contact d'un infirmier, qui gère un cabinet de soins. Un véhicule vient prendre le malade et les autres hospitalisés leur souhaitent un prompt rétablissement.

Ce récit prolonge la tension morale de la gestion des fins de vie en milieu hospitalier en contexte de précarité technologique. A la question de savoir comment ces situations sont gérées, un praticien répond : « *rien* ». Qui a la légitimité de l'arrêt du traitement ? Deux logiques s'affrontent. Le pouvoir médical s'exerce en définissant ce qui est futile dans le traitement. La futilité fournit des motifs de légitimation de proscriptions de soins. Cette décision s'appuie sur la prédiction subjective de décès du patient. Aussi cette croyance pronostique va définir une attitude thérapeutique qui conditionne à son tour le décès du patient (Crozier, 2014). Ces malades n'ont aucune valeur médicale. Ils ne rentrent ni dans le registre des maladies réfractaires, ni des « cas intéressants » qui posent des problèmes et sont l'objet de présentation en staff. Cette situation soulève une question éthique puisque pendant que le praticien opte pour l'arrêt du traitement, la famille cherche un autre soignant. En cherchant à contourner le choix du médecin, l'attitude de la famille rend compte de la tension entre la valeur médicale d'une personne (malade) et la

valeur sociale d'un individu. Je ne veux en aucun cas porter un jugement sur le choix du médecin, je pointe plutôt une dimension éthique des soins aux personnes âgées. Y a-t-il un moment qu'il convient d'arrêter le traitement ? Si oui, n'est-il pas alors possible d'assimiler une telle attitude à une forme d'euthanasie ? Si non, que gagne-t-on à poursuivre des soins dans un tel contexte ?

Je pense à la nécessité d'impliquer la famille dans la prise de décision afin de ne pas violer « l'idéal d'une égalité de valeur de chaque membre de la société » (Crozier, 2014 : 297). C'est en ce sens que Bizouarn (2014) parle d'un processus de délibération qui donnerait la voix à ces trois acteurs (malade, praticiens et familles) de l'espace clinique surtout qu'il s'agit de la vie d'un patient. Ces débats ne sont pas encore dans le quotidien du Burkina, mais ils émergeront dans les années à venir du fait du nombre croissant de personnes âgées.

5. Les solidarités familiales à l'épreuve de la trajectoire de la maladie du parent âgé

Le concept de trajectoire de la maladie « renvoie non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours » (Carricaburu et Ménoret, 2014 : 112). Le concept permet d'associer à l'évolution de la pathologie l'ensemble des actions entreprises dans la durée par les nombreux acteurs engagés pour en gérer le déroulement (Ibid., 2014). Dans cette partie, il s'agit de comprendre comment les acteurs du groupe familial se comportent lors de l'hospitalisation (phase aigüe) et durant la phase du suivi médical de la maladie cardiaque. Dans un contexte de contraintes économiques, comment la question des coûts des soins aux patients âgés est-elle intégrée par les différentes familles ? Partons de quelques déclarations sur les dépenses effectuées par des malades pour illustrer notre questionnement sur les solidarités familiales.

Résidant dans un quartier périphérique de la capitale, ce couturier de 69 ans survit grâce à son champ de mil du village et à son atelier de couture. Marié à deux femmes, il a cinq enfants dont deux grandes filles qui sont mariées. Deux enfants sont respectivement en classe de troisième et de cours moyen. Le plus âgé des garçons qui vit avec lui est dans une école de formation technique. Principal pourvoyeur des ressources familiales, il est reçu aux urgences médicales le 12 août

après avoir été référé par une clinique privée de son quartier. Il est admis dans ce service quatre jours plus tard. Ses dépenses s'élèvent à quelques 150.000 FCFA (240€) en trois jours d'hospitalisation.

Georgette, 63 ans, agent commercial à la retraite, est veuve et mère de quatre grands enfants. Deux garçons, toujours célibataires vivent à Ouagadougou et l'ainé marié, réside avec elle à Banfora. La benjamine est une fille, nouvellement mariée et réside dans la capitale. Georgette est bien connue des services parce qu'elle est suivie par le Dr X. Au cours de nos échanges sur les coûts de traitement, elle me dit de demander à sa « *trésorière* », à savoir sa fille. Celle-ci me dit que les dépenses s'élèvent autour de 300.000 F CFA (500 €) pour une semaine d'hospitalisation (28 septembre au 5 octobre).

Sayouba, militaire en retraite depuis 2007 après 30 ans de service, est marié à deux femmes. Il a « *six gosses qui se débrouillent* » dont deux vivent en Côte d'Ivoire. Âgé de 61 ans, il dit avoir dépensé en moyenne 9400 FCFA (15€) par jour. Il aurait dépensé plus de 400.000 F CFA (750€) au vingtième jour de son hospitalisation.

Marie-Juliette, femme de ménage de 70 ans, est mère de sept enfants dont trois filles (deux au chômage avec des enfants ; une est employée comme femme de ménage) et quatre fils (un instituteur, un tailleur, un technicien de communication, un fonctionnaire). Durant ses 12 jours d'hospitalisation, la famille aurait dépensé plus de 500.000 FCFA (800€).

Ces exemples ne cherchent pas à rendre compte d'une représentativité des dépenses des malades hospitalisés. Je voudrais ici souligner que dans un contexte où le seuil de pauvreté est de 108450 F CFA (157€) par an, ces chiffres permettent de comprendre l'épreuve financière vécue par certains hospitalisés. Il est important de se demander comment les importantes sommes que demandent les soins sont mobilisées. Quel est le devenir des solidarités au cours de l'évolution de la maladie ? Qui fait quoi ? Comment ? Je vais alors repartir avec l'exemple de Romuald pour sa banalité et sa capacité à illustrer l'esprit de la famille.

5.1. L'esprit de famille

Sur son dossier médical, il est inscrit que Romuald souffre d'une insuffisance cardiaque globale. Un prestataire de soins m'explique que cela signifie que « *son cœur est fatigué* » en langage simple. Au début de sa maladie, il se rend d'abord dans un dispensaire confessionnel du quartier d'où il est référé à l'hôpital. Avant d'amener son père, son fils aîné prend le soin d'informer son « oncle » pour requérir son accord. Cet oncle, le frère consanguin de son père est une personnalité politique de la localité. Aussi, le fils supporte une partie des frais médicaux pendant les quatre jours du séjour et reçoit aussi de son « oncle » de l'argent pour exécuter les dépenses. Au fil du temps, les membres de la famille se mobilisent pour lui venir en aide. Les uns donnent de l'argent, les autres apportent de la nourriture. Cette situation est courante et, pendant les heures de visite, les salles d'hospitalisation sont bondées de visiteurs faisant de la maladie une opportunité de « mise en scène du réseau de sociabilité [du malade] et globalement de la surface sociale de la famille » (Le Marcis, 2010 : 57). L'engouement des visiteurs est tel qu'il a fallu afficher sur les portes des salles d'hospitalisation « *un malade, un visiteur* » et mettre un vigile à l'entrée de l'unité de soins pour réguler les entrées. Pendant les premiers moments, du moins jusqu'à la deuxième semaine, Romuald reçoit quatre à cinq visites par jour. Les uns viennent avec des repas, les autres avec des sachets remplis de fruits. Son locataire, un jeune instituteur, est venu lui rendre visite deux fois avec son épouse. Le couple lui a offert à chaque fois un plat (riz et tô) et 1000 FCFA (1,5€) pour « *payer des oranges* ». Plusieurs voisins du quartier viennent rendre visite à « *karamsaba* » [litt. Enseignant]. Quand il reçoit des visiteurs, il fait un effort pour se tenir assis et parle faiblement avec une certaine satisfaction sur son visage. Au cours d'un entretien dans la salle d'hospitalisation, Romuald exprime toute sa joie de constater que presque tous les membres de sa famille viennent lui rendre visite. Il convient de rappeler que de multiples conflits ont obligé Romuald à quitter le domicile paternel en l'an 2000 au moment de sa retraite. Il parle des nombreuses querelles qui ont jalonné son existence entre lui, ses demi-frères et sa belle-mère (il appelle marâtre). L'engagement des frères de Romuald à son égard, en dépit d'un passé conflictuel, s'inscrit dans une logique d'appartenance à une famille. La douleur apparaît comme un moment de revivifier ce que Claudine Attias-Donfut a appelé « l'esprit de famille » qui prône un « souci d'harmonie »

(Attias-Donfut, 2002). Celle-ci « se manifeste également dans la discrétion qui entoure les situations conflictuelles » (Cavin, 1998 : 79). C'est un sentiment d'appartenance qui fait que les membres de la famille restent soudés et « lavent leur linge en famille » en investissant auprès d'un des leurs qui serait en difficulté. Ces témoignages de solidarité rendent compte que l'affirmation de l'appartenance à une famille se manifeste par « la preuve qu'on s'y attache par des liens qui comportent des droits et des obligations de solidarité » (Cavin, 1998 : 86). En plus, ces témoignages rappellent que dans la famille la relation d'aide forme un système social où circulent non seulement les sentiments, mais aussi l'utile, le nécessaire, le gratuit, le rituel (Godbout, 2000). La valeur des échanges s'apprécie en fonction de la profondeur du lien social reconstitué, entretenu et maintenu, dont le temps peut être un allié ou un adversaire. Autrement dit, c'est à la valeur du temps que cette solidarité s'éprouve et elle finit par mettre à jour des catégories d'acteurs situés à une distance inégale du bénéficiaire de l'aide. Ainsi, dans le premier cercle, il y a la figure du créancier qui s'acquitte de sa dette. Elle est incarnée par le fils aîné dont l'engagement se situe d'une part dans une « économie de la gratitude » (Godbout, 2010 : 287). L'hospitalisation de Romuald mobilise trois catégories d'aidants. La première catégorie est représentée par son fils aîné. Bien qu'il soit le pourvoyeur de ressources dans la famille, il abandonne son travail pour rester au chevet de son père. Il justifie son attitude par le fait qu'il «*est l'aîné* », mais aussi pour permettre à sa petite sœur de faire la cuisine. D'autre part, cet engagement auprès du *nin-kêema* par « je suis l'aîné » s'inscrit dans « une hiérarchie normative d'obligation collective qui met certains acteurs au premier rang de cette obligation » (Walker, 1993 cité par Martin, 2002 : 41). Le fils exprime alors que l'aînesse s'accompagne d'obligations et de droits dans la famille et, dans ce cas, avoir continuellement recours à l'aide de la parentèle est humiliante. Il ne rejette pas la solidarité spontanée, mais il refuse de s'inscrire dans une relation de demandeur d'assistance en disant : « *comme on a déjà reçu de l'aide, s'il faut que je parte maintenant m'agenouiller expliquer. Ça aussi, ce n'est pas facile* ». Une deuxième catégorie renvoie à « l'oncle, au tonton » qui fait preuve de générosité et dont l'engagement vacille en fonction des incertitudes liées au devenir de la maladie et des contraintes financières. Enfin, la troisième catégorie regroupe les locataires et les voisins qui, par leurs actions, s'inscrivent dans une relation de réciprocité et de reconnaissance. Cet étalement des formes de solidarité dans l'espace clinique soulève de façon

globale le débat sur l'avenir des solidarités intergénérationnelles dans la prise en charge des aînés.

Entre les tenants d'une solidarité intergénérationnelle qui régresse et ceux qui soutiennent le contraire, il semble que la question pertinente porte sur le sens et les finalités de la relation d'aide. C'est seulement à l'aune de cette posture que l'on comprend les contraintes, les formes de négociation et de bricolage auxquelles les acteurs impliqués font face dans les relations entre les générations pour mobiliser les ressources au profit de leurs parents âgés.

La solidarité aux personnes âgées va, non seulement, évoluer en fonction de l'incertitude de guérison, mais aussi des contraintes financières. Au bout d'un certain temps, le fils de Romuald me raconte qu'il souhaiterait partir parce qu'il n'a plus d'argent et me demande d'intervenir auprès du personnel pour qu'on les libère. Car il soupçonne que le diagnostic de son père est fatal. Ses propos renvoient à la vision que la maladie de la personne âgée serait plus incertaine que celle d'un jeune. Cette incertitude se retrouve dans l'interprétation des paroles du personnel de santé sur la guérison ou pas (que veulent-ils dire réellement sur la santé du père ?) et de l'attitude probable de son « oncle » (comment il va réagir ?) qui est le pivot de cette aide. En effet, au bout de quelques temps, celui-ci au dire du fils aîné justifie ses inquiétudes en disant : « *La dernière fois, il (oncle) est venu nous rendre visite et il a dit qu'à ce rythme, ce n'est pas facile* ». Ce retrait annoncé par le pourvoyeur principal des ressources renvoie au fait que « l'agir en situation d'incertitude et d'inquiétude n'est pas orienté par les fins, ni par les normes, mais par l'action » (Soulet, 2010 : 282) qui nécessite une certaine mobilisation de nouvelles ressources. Les anciennes ressources (aides) mises à mal par l'incertitude de la guérison courant le risque de l'épuisement, le fils propose une stratégie de mobilisation de moyens supplémentaires pour supporter les coûts des prestations des soins en disant : « *Tu vois, si on était à la maison, je pouvais travailler un peu et gérer*».

Il apparaît alors que l'incertitude sur la guérison de la maladie de la personne âgée ébranle les formes de solidarité et renvoie à une logique utilitariste et rationnelle de la relation d'aide comme en témoignent les propos rapportés par un praticien :

> *« Il y a des gens quand ils ont un malade âgé hésitent à payer les ordonnances. C'est quand ils voient le malade émerger qu'ils acceptent d'honorer. Ils se disent que ce n'est pas la peine. Tu donnes l'ordonnance, la personne qui l'accompagne et qui est venue en 4x4 [véhicule, symbole de richesse], tourne jusqu'au soir ».*

Effectivement, le pivot de l'aide vient justifier son retrait de sa participation aux soins car ses ressources seraient épuisées. Le fils raconte qu'il (tonton) « *passait donner 5000F (8€) ou 10 000F (16€). Ici, ces sommes ne peuvent rien faire. Chaque jour, la machine nous prend 8000 F (12€) à 9000F (15€). Si tu n'es pas là pour voir le traitement, tu ne peux pas comprendre* ». Dans cette situation d'incertitude, la relation entre le fils et le père devient conflictuelle et celui-ci menace d'abandonner le malade ; il l'accuse de ne pas faire un effort pour guérir en disant : « *le « Vieux » ne fait pas un effort. Quand il essaie de se lever pour uriner, il dit qu'il a des vertiges et il se rassoie* ». Cette discussion entre le fils et moi se passe dans le couloir de l'unité de soins loin des oreilles de son père. Quand je lui suggère d'aller voir le prêtre (aumônier), il me répond :

> *« Si la famille apprend cela, ils vont dire : tu es allé à quelque part, donc continue. Mais avec le prêtre aussi, ce n'est pas facile. Tu vois le petit garçon (voisin de lit), sa mère est allée une fois, elle a eu de l'aide ; la deuxième fois aussi ; mais la 3ème fois, ça n'a pas marché ».*

Ce qui apparaît comme un dilemme pour le fils aîné, partagé entre la nécessité de recourir à une aide extérieure à la famille pour résoudre les soucis financiers et l'obligation du silence pour préserver l'honneur de la famille, met à jour les tensions morales au sein des relations de solidarité familiale.

L'hospitalisation de Romuald interroge le rôle de l'aidant familial dans la prise en charge de la personne âgée dans deux sens : le cercle vicieux de la pauvreté et la compétence technique de l'aidant à assumer la charge de travail. Il convient de donner une description de Romuald sur son lit d'hospitalisation pour percevoir l'exigence pour le fils d'être constamment à côté de son père. Il porte une seringue électrique qui l'immobilise et l'oblige à faire ses besoins (urines et selles) au bord du lit. Le « nin-kêema » parle de l'appareillage comme : « *leur truc paralysant…. C'est-à-dire que…. Une fois qu'ils vous mettent ça, vous ne pouvez même plus bouger d'ici là* ». Aussi, quand il veut faire ses besoins, son fils aîné va chercher un paravent, le dispose devant le lit afin de protéger le malade des yeux des autres visiteurs qui passent pour aller dans les salles d'hospitalisation situées en

profondeur. La porte de la salle d'hospitalisation est toujours ouverte. Sa toilette, effectuée par son fils aîné, se réduit à mouiller une serviette avec de l'eau chaude pour nettoyer les parties exposées du corps (les bras, les cuisses, les jambes et le torse). Certains midis, le fils aîné retourne à la maison pour se laver et changer d'habits. Pendant ce temps, sa fille benjamine veille auprès de lui. Dans ce contexte, son fils aîné suspend son travail pour s'occuper de son père malade alors qu'il est le pourvoyeur des ressources familiales. Dès lors, le risque que la famille s'appauvrisse est élevé. D'ailleurs, au cours des entretiens, celui-ci ne cesse de répéter que s'il travaillait, il aurait pu mieux s'investir dans les soins de son père. Et il justifie l'obligation d'obtenir leur sortie en ses termes :

> *« Si on rentre, je pourrais tourner sur des chantiers, avoir un peu d'argent pour pouvoir honorer certaines ordonnances. Sinon, il ne sert à rien d'être là, alors qu'on ne peut pas honorer une ordonnance ».*

Dans le même temps, il n'y a pas une solution de rechange, puisqu'il n'y a que lui et sa sœur dans la famille. Dans un contexte de vulnérabilité financière, l'arrêt du travail met les membres de la famille dans une spirale de misère. En effet, après le retour en famille, les membres avaient des difficultés pour satisfaire les besoins de base. Au cours d'une de mes visites, le fils aîné m'informe qu'il a reçu du maïs de « *l'oncle* » car « c*omme il sait que j'ai passé presque un mois sans travailler, il sait que le problème de repas allait se poser* ». Aussi, au fil du temps, la misère s'installe progressivement dans le ménage. Cette précarité financière se ressent au quotidien dans les multiples aspects de la vie. Plusieurs fois, je vois Romuald en train de manger des arachides pendant que les plats et les marmites vides qui traînent dans la cour semblent indiquer que la famille n'a pas fait de cuisine. L'évolution de la situation vers la précarité familiale ou une situation « *normalisée* » dépend en partie du patrimoine économique du parent âgé, de l'autonomie financière de sa descendance mais aussi de la juste répartition des tâches entre les acteurs intervenants. Si le pourvoyeur de ressource se retrouve dans le rôle de celui qui administre le soin (care), la famille encourt le risque d'entrer dans une spirale de vulnérabilité financière, nutritionnelle et relationnelle.

Après sa sortie de l'hôpital, il revient à son premier rendez-vous médical. Selon le circuit, après la consultation, le malade paie à la caisse 2000 F CFA (3€)

avant de revenir prendre son rendez-vous. Il apprécie positivement son accueil, mais il se plaint du coût du traitement.

> *« La prise de médicament ne me gêne pas ; puisque c'est un le matin, un le soir… mais la boite coûte chère plus de 8000 F… heureusement que c'est mon frère, le maire qui m'a aidé à payer… ils sont chers à l'hôpital… là-bas ; c'est exagéré…. Vu mon âge, il ne devra pas me faire cela….s'il accepte de me recevoir demain… il y a un jeune là…. Ah !!! Il n'est pas humain… l'argent ! L'argent ! La dernière fois, il me restait quelque franc pour faire 20000F (35€) ; pour un malade… s'il n'y avait pas mon frère, j'étais foutu. Waie !!! waie !!! »*

Dès les premiers instants, il reçoit l'aide de son frère, mais au fil du temps les appuis deviennent de plus en plus rares.

> *« Depuis que j'ai fait l'hôpital, il n'a plus envoyé même un franc… dans le temps, à chaque 3 ou 4 du mois, il venait me remettre une bonne enveloppe ; Aie ! Depuis l'hôpital, je ne sais pas si c'est la pharmacie qui l'a paralysé aussi…. Il ne passe plus ».*

L'incertitude financière détermine la disponibilité des médicaments. Aussi, il entre dans des formes de négociation et de bricolage pour financer son traitement. Il subit avec une certaine résignation le chantage d'une notoriété religieuse de son quartier. Ce dernier consent à supporter les frais à condition qu'il se convertisse dans la religion musulmane car les préceptes religieux lui interdisent d'apporter de l'aide à une personne qui n'est pas de sa famille religieuse. Le malade change son prénom chrétien par un prénom musulman sur son ordonnance pour bénéficier de l'aide. Cependant, les activités commerciales de cet aidant l'amènent souvent à effectuer de longues absences. Dès lors, le malade finit par être en rupture de traitement. Au cours d'une de mes visites, une année après son hospitalisation, il ne sait même pas où se trouve son carnet de santé quand je demande à le voir. Il me dit qu'il n'arrive pas à supporter les frais et qu'il arrête de voir le médecin. Il justifie cette attitude par le fait que depuis qu'il a arrêté de fumer et de boire selon les recommandations du soignant il va mieux. Ainsi, au niveau institutionnel, Romuald acquiert le statut de perdu de vue qui au fil du temps sombre petit à petit. Ces malades reviennent dans la structure dans une situation plus grave. La capacité de s'engager auprès du parent âgé dépend également de la relation paternelle qui se construit au sein de l'histoire familiale.

5.2. La réciprocité sous influence

La réciprocité se concrétise dans les activités pratiques au cours des évènements de la vie. Elle insiste sur l'importance de l'engagement des membres de la famille vis-à-vis des parents âgés. En effet, l'échange en tant que processus relationnel dans la réciprocité pose le problème de la fragilisation du relationnel. La réciprocité n'est pas alors une donnée naturelle mais elle est influencée par plusieurs facteurs qu'il convient de comprendre dans le cadre de la prise en charge médicale d'une malade chronique. La relation contractuelle entre le père et le fils est symbolisée par le cycle de la dentition dans le dicton mossi cité plus haut. Cette obligation contractuelle procède de l'enchaînement des générations dans le cycle de production dans les sociétés agricoles (Meillassoux, 1977). Mais cette relation n'est pas exempte de perversion. C'est ce qu'indique l'exemple ci-dessous :

Un vieil homme couché dans le lit fait des gestes à l'endroit de son fils. Ses deux fils prennent le petit déjeuner sous un hangar : son fils ainé et son frère cadet. Le plus âgé se lève subitement et remet sa tasse de café et son pain à l'autre. Avec un pas pressé, il va sermonner son père. Ensuite, il prend un sachet d'eau de 25 FCFA qu'il perce et le fait boire au « Vieux » avant de prendre place sur le lit tout juste à côté de lui. Pendant que son père parle, il feint de ne rien entendre. Lorsque son frère demande au vieillard ce qu'il désire, il lui fait un signe de la main de ne pas parler et celui-ci se tait sur le champ. Le vieillard ne dit rien et se remet à dormir. Aujourd'hui tout parait calme dans le groupe jusqu'à l'heure où la sœur du garçon fait son apparition avec un panier contenant de la nourriture. Ce jour-là, le repas se compose du tô à la sauce gombo sec et d'une soupe de poisson de la «Côte d'Ivoire ». Après avoir vu le menu, le père dit à son fils que c'est ce qu'on appelle « *nourriture* » car le riz de la veille ne lui a pas plu. Après que le père se soit servi, les deux enfants vont s'asseoir tranquillement au dehors pour manger. A la fin de leur repas, le fils vérifie le reste du plat de son père et constate que celui-ci n'a fait que trier le poisson pour consommer. Cette attitude lui vaut des reproches. La vie quotidienne de ce malade au cours de son hospitalisation est tellement rythmée de multiples querelles et de disputes que les accompagnants des autres malades sont obligés d'engager des médiations. Un jour, le bruit des reproches au malade monte au point qu'un agent de santé se voit obligé de demander au vieil homme la relation

qui le lie à ce jeune homme. Il lui répond qu'il est son fils. Il se tait et il continue d'administrer les soins des autres patients.

Un autre jour, le père plie son bras, ce qui bloque la circulation de la perfusion. Les voisins appellent le fils ainé de venir « arranger ». Il se met dans une colère noire et répond qu'il lui a fait la remarque plusieurs fois de tendre son bras au lieu de le plier. Il déclare qu'il «*s'en fout»*. Un accompagnant tente de le ramener à la raison en lui expliquant que c'est son père et qu'il est malade. Par conséquent, il doit faire l'effort de le comprendre et de le soutenir. Alors, le jeune homme le traite en ces termes :

> *« Il se plaît dans sa maladie et il ne veut pas guérir. Il pense en plus qu'il est chez lui à la maison. C'est pourquoi il se comporte comme un ''enfant de 2 ans'' et qu'il doit être traité comme tel. Aujourd'hui, avant même l'arrivée des soignants ce matin, il allait bien et j'espérais qu'on allait nous libérer. Mais dès que le personnel soignant est arrivé il a commencé à jouer au malade mourant si bien que dès qu'on lui touche une partie du corps, il se met à crier comme ''un enfant de 2ans'' et le pire de tout cela, c'est qu'il s'est inventé de nouvelles maladies et qu'il se retrouve avec trois examens à faire. C'est parce qu'il a des personnes pour s'occuper de lui ici, mais si on rentre, on verra bien qui s'occupera de lui.».*

Après ces mots, il prend un « disque compact (CD) », des écouteurs, un chargeur d'appareil de musique d'un sac qui est sous le lit et retourne sous le hangar. Au fil du temps, les motifs de ce conflit permanent trouvent leur origine dans l'histoire singulière de la famille.

Ce monsieur est un policier en retraite. Âgé de 62 ans, il perd sa femme en 2012 et il vit seul dans un quartier de Ouagadougou. Il a trois enfants : un garçon de 31 ans et deux filles âgées de 27 ans et de 23 ans. Le père aurait refusé de payer les études de ses enfants après le certificat d'étude primaire. Alors leur mère qui se débrouille en vendant des fruits et légumes au bord de la voie s'est battue pour qu'ils puissent continuer leurs études. Malheureusement, les bagarres entre le fils aîné et le père sont tellement fréquentes que ce dernier quitte le domicile paternel. Quelques années plus tard, la deuxième fille contracte une grossesse avec un douanier qui travaille à la frontière du Ghana. Bien que ce dernier ait reconnu la paternité et demande au père d'accepter d'héberger sa fille, le temps de construire un logement pour l'accueillir, celui-ci refuse et la répudie. Son copain la quitte plus tard. Il continue de lui envoyer de l'argent pour s'occuper de son enfant. Elle est

accueillie par ses amies. Puis un jour sa mère est hospitalisée. La fille passe la journée avec elle et retourne chez ses hôtes le soir. Le père n'aurait pas mis une seule fois les pieds à l'hôpital pour assister sa femme. En veillant auprès de sa mère, la fille aurait enfreint aux coutumes qui interdisent une fille-mère, qui n'a pas été mariée, de voir sa mère avant la cérémonie de purification. Elle dit qu'elle n'a pas d'autre solution que d'aller soutenir sa mère qui est seule à l'hôpital. La famille de sa mère prend en charge les frais de santé et elle ajoute « *que si l'argent pouvait ramener quelqu'un à la vie, elle est sûre que sa mère ne mourrait pas* ». Malheureusement, le seul jour où elle ne se rend pas à l'hôpital, sa mère meurt. Elle apprend la nouvelle au téléphone. Elle s'y rend et retrouve ses deux frères. Après les funérailles de sa mère, elle tente de réintégrer la famille paternelle, en vain. Elle raconte qu'elle est chassée au cours d'une nuit de pluie. Elle rejoint son grand-frère le bébé au dos. Depuis ce jour, elle n'a plus eu de contact avec son père jusqu'à ce qu'on l'appelle au téléphone pour lui dire qu'il était hospitalisé. La colère de la jeune femme est encore vivace, d'autant plus qu'elle reproche à son père de s'être occupé de la famille lignagère. Il aurait payé les études de son petit frère (oncle) pour une formation des infirmiers d'État. Celui-ci ne vient que rarement lui rendre visite. Quant à leur petite sœur, elle s'est enfuie de la maison et vit dans un autre quartier avec un garçon.

Dans ce contexte de conflits, le grand frère abandonne l'école et vit aujourd'hui de petits boulots. Tantôt il est employé dans les installations électriques, tantôt dans les réparations de réfrigérateurs. Aussi, se plaint-il de ne pas avoir de l'argent pour prendre en charge les frais de santé de son père. Il emprunte 50.000 FCFA (70€) à un de ses amis. Du reste il souhaite négocier la sortie de leur père car il doit reprendre le travail. Il justifie son acte en disant :

> *« Depuis que je suis petit jusqu'à ce que je grandisse, mon père ne s'est jamais occupé de moi. Il ne m'a jamais tendu un billet de 500FCAF (0,75€). Je suis obligé de travailler pour subvenir à mes propres besoins et quand mon père est malade, c'est encore moi qui prends en charge ses frais médicaux alors qu'il a une pension. En plus, je n'ai personne pour m'aider car mes deux petites sœurs sont mariées et ne travaillent pas. Je suis obligé de laisser mon travail pour venir rester avec lui ici. Comment je peux payer les frais d'hospitalisation et les produits si je ne travaille pas pour avoir cet argent-là ? »*

Aussi, le fils engage une négociation avec les agents de santé pour libérer son père afin qu'il puisse le ramener chez lui. Au bout de quelques jours, il obtient cette libération et il dépose le père tout seul chez lui. Au cours d'un entretien avec le père, celui-ci estime que les enfants se sont « *toujours mis du côté de leur mère* » et c'est pourquoi il les « *a laissé à leur mère* ». Mais au bout de plusieurs entretiens portant sur ces conditions actuelles, un sentiment de regret apparaît dans son discours.

Ce récit exemplaire nous apprend que la solidarité familiale n'est pas une donnée naturelle mais est façonnée par un sentiment de réciprocité. Les multiples médiations des voisins au cours des conflits entre le père et ses enfants rappellent que la solidarité est convoquée comme un système de relations et de valeurs qui s'impose avec une certaine force de la tradition (Vuarin, 1998). Mais face au devoir et à l'obligation, les individus sont confrontés à des contraintes économiques qui leur font faire des choix pour s'adapter au quotidien. Ce dicton mossi : « quelqu'un s'est occupé de toi jusqu'à ce que tes dents poussent, occupe-toi de lui dès que ses dents tombent » éclaire une dimension importante de la solidarité familiale : elle ne « constitue pas un don mais s'inscrit dans le cadre d'un échange fondé sur la réciprocité à court terme, moyen ou long terme » (Casman, 2010 : 225).

Cette perception que la prise en charge des parents à la vieillesse dépend de l'investissement auprès des enfants est ressortie dans les discours des enquêtés. Ainsi, au cours d'une discussion de groupe avec une dizaine de retraités qui attendent leur visite médicale, un nouveau retraité de 61 ans déclare ceci :

> *« Si vos enfants ne sont pas bien formés, vous avez beau épargner, construire, ça ne sert à rien. C'est seulement un plus. Peut-être même que les enfants vont vous tuer pour hériter ! ».*

A ma grande surprise, tout le groupe partage l'idée d'être tué par les enfants. C'est ainsi qu'un des membres du groupe renchérit en ces termes : « *actuellement, mieux vaut avoir des filles que des garçons. Les filles ont pitié de leurs parent*s ».

Observant des situations de négligence des enfants à l'égard de leurs parents âgés, Der Van Geest Sjaast défend l'idée que les parents qui se sont bien occupés de leurs enfants sont assurés de leur prise en charge à la vieillesse (Der Van Geest, 2002). Par contre, ceux qui ont vécu loin de leurs enfants dans des conflits courent

le risque de se faire abandonner à leur vieillesse. Pour cet auteur, les fondements de la solidarité à l'égard des parents âgés sont le respect et la réciprocité. Le respect en tant que régulateur de comportement social se mérite (ibid. 2002) et ne relève pas du registre de l'obligation. C'est ce qui fait dire aux Manikans qu'on « creuse le puits d'aujourd'hui pour la soif de demain » (Meillassoux, 1998 : 24). Le contenu matériel du rapport de filiation peut influencer la relation contractuelle car les solidarités familiales ne se réalisent que par leur investissement interne dans la formation et l'entretien de la descendance (ibid., 1998). L'engagement de la famille auprès du parent âgé va être influencé par l'histoire des rapports de parenté, des statuts économiques des enfants. Ces élements se conjuguent avec les phénomènes de sélection et de triage des malades et des technologies médicales pour fabriquer des inégalités d'accès aux soins spécialisés.

6. Les enjeux de l'accès aux soins spécialisés par les aînés

Dans les lignes précédentes, j'ai montré que l'accès aux soins spécialisés demeure problématique pour les personnes vieillissantes. Les itinéraires thérapeutiques se complexifient en fonction de la représentation de la vieillesse par l'entourage et également par les jeux des inégalités de capitaux (économiques, culturels, sociale et symbolique). Le contexte de soins est d'une précarité institutionnelle et professionnelle qui révèle que l'hôpital n'est pas encore préparé à la prise en charge médicale des plus âgés de la société. Les phénomènes de sélection et de triage s'inscrivent dans un ensemble plus vaste de l'invisibilité de la personne vieillissante dans le système d'information sanitaire. La constitution de ce système est le produit de l'évolution des politiques de santé. C'est pourquoi je présente en premier lieu le processus de production des données médicales, la première forme de tri, avant de discuter de ses effets dans la formulation des politiques publiques de santé.

6.1. Le triage des statistiques hospitalières

L'espace de la clinique fonctionne comme un laboratoire de recherche (une fonction normative de l'hôpital). Entre le moment de la production de l'information individuelle biomédicale sur le malade et sa conversion en statistique médicale sous la forme de rapport, la personne âgée disparait au profit d'une catégorisation « adulte ». Commençons par examiner quelques éléments du contenu du dossier médical d'un malade.

Informations personnelles du malade

Nom : Ouédraogo X

Age : 69 ans

Réside : secteur 45

Entrée le : 10 Août

Sorti le : 30 Août

Profession : couturier

Reçu par : XXXXX, interne 6ème année, assisté de Dr Y

Histoire de la maladie

La maladie remonte au 12 juillet par des difficultés respiratoires survenant aux efforts minimes et persistant au repos. Le patient consulte à la clinique (A ….) d'où il est référé aux urgences médicales pour une meilleure prise en charge.

Antécédents personnels

Intervention chirurgicale en 1987 de cause non précisée, non documentée. Mode alimentaire : alcool (-) [négatif] ; tabac (-) [négatif] ; café (-) [négatif], cola (-) [négatif]

Antécédents familiaux : père et mère décédés de cause non précise

Quatrième d'une famille de onze enfants, dont un est décédé de cause non précisée ; pas de notion de tare familiale, ni de morbidité. Père de cinq enfants, tous vivants en bonne santé apparente.

Conclusion du diagnostic :

Pour des raisons de secret médical et d'anonymat, je ne reprends pas le diagnostic.

Traitements/ examens et médecin traitant

A partir de cette date, tous les jours il est écrit sur son dossier médical individuel les traitements reçus et les examens biomédicaux, les avis des autres médecins et le nom du professionnel qui a fait la visite. Par exemple, le suivi de sa maladie a nécessité un diagnostic du paludisme, de la tuberculose et un avis médical d'un

dermatologue. Aussi retrouve-t-on sur sa fiche les lieux où il a effectué ses nombreux examens de laboratoire. Une partie est faite au CHU et d'autres à Saint-Camille. Il est « *exeat* » le 30 Août avec un traitement oral à poursuivre à la maison. Le rendez-vous de contrôle est fixé pour la semaine suivante.

Le remplissage du dossier médical procède d'un long processus qui mobilise quelques outils de collecte des données :

- le carnet de consultation et de suivi individuel du malade dans lequel on note tous les traitements et examens au cours de son suivi quotidien ;
- Le cahier de consignes, tenu par un infirmier, qui notifie les soins effectués sur le malade et ce qui reste à faire. A la descente de la garde, chaque agent fait un rapport de soins dans un cahier ;
- la feuille de route, sur laquelle sont notés tous les événements qui sont survenus dans la journée. Elle est gérée par un médecin ;
- la planche de traitement, sur laquelle on note les différentes prescriptions au crayon pour faciliter l'actualisation du traitement en cours de journée.

Ainsi, le dossier médical résume l'identité finale du malade. Mais comment ces informations sont-elles produites ? Et par qui ?

La transcription des données fait l'objet d'une intense activité littéraire chaque matin par les étudiants. Ils appellent cela « *la mise à jour du dossier du malade* ». Celle-ci consiste à la prise des constantes biologiques (température, tension, poids), à retranscrire les examens médicaux, à recueillir les plaintes du jour du malade (vous avez bien dormi ? Vous avez mal où?), à évaluer le traitement (est-ce que le malade a pris correctement son traitement ?), à poser une hypothèse thérapeutique (efficacité du traitement ? Ou faut-il en changer?) et à la validation par le spécialiste. Au moment de notre enquête, les trente lits du service sont sous la responsabilité de six internes. Chacun a « cinq lits » pour lesquels il se doit de remplir le dossier médical. A son tour, il confie chaque lit à un étudiant de cinquième année ; celui-ci se fait assister par un étudiant de quatrième et un étudiant de troisième année. Chacun reçoit une tâche en fonction de son niveau d'étude. Les données biographiques qui résument « l'histoire de la maladie » proviennent des données déclaratives du malade ou de ses proches. Les données biologiques de diagnostic fournies par les appareils biotechnologiques permettent de suivre l'évolution du fonctionnement du « corps biologique ». Sur ces bulletins d'examen,

on retrouve l'identité du malade (non, prénom, âge, profession), le statut (hospitalisé ou externe), le médecin traitant et le service. Les lieux de ces productions de l'information peuvent bien être l'hôpital d'accueil ou une clinique externe quand les appareils sont en panne. Parfois aussi, il s'agit de faire le même examen au même lieu pour le contrôle. Ces données matérialisant « le fonctionnement des organes » sont d'une grande importance pour la prise de décision médicale ce qui justifie leur nombre par malade.

Quand le malade quitte le service, son dossier est transmis au major pour la rédaction des rapports mensuels. Entre le temps de production des rapports mensuels, plusieurs clichés de radiologie et des dossiers médicaux sont parfois entassés sur une table à trois niveaux dans la salle de formation. Les informations contenues dans le rapport sont le nombre de malades, et pour chaque malade le sexe, le diagnostic, le nombre de jours d'hospitalisation, et la provenance. Pour les âges, deux tranches d'âges sont précisés : les « zéro à quatre ans » et les « cinq à seize ans ». Au-delà de ces âges, les individus sont regroupés sous le vocable « *adulte* ». Le rapport ainsi validé par le chef de service est transmis au service de l'information médicale entre le 5 et le 10 du mois en cours.

Ce processus de quantification défini comme une façon « d'exprimer et faire exister sous une forme numérique ce qui auparavant était exprimé par des mots et non par des nombres » (Desrosières, 2014 : 236) est important pour rendre visible les problèmes d'un groupe social dans l'espace public. Au-delà de la qualité de remplissage des dossiers médicaux, où certains items ne sont pas toujours renseignés (l'âge, la profession du malade, le secteur, la ville de provenance), ce qui conduit à « laisser des cases vides », il ne me semble pas que le rapportage participe à la construction d'une organisation apprenante puisque pour reconstruire la mémoire du service, le rédacteur a recours au service attributaire. Il le dit clairement en ces termes :

> *« Jusqu'aujourd'hui, personnellement je n'ai pas encore eu ce feed-back. Il faut dire la vérité ; quand nous avons besoin d'informations, nous avons recours à ce service pour savoir au cours de l'année, les différentes pathologies compilées. Et ils nous disent voilà les différentes pathologies que vous avez eues, les dix premières pathologies ».*

Seule la recherche médicale, par l'exploitation des dossiers individuels, permet de connaître les tranches d'âge les plus touchées de la maladie. Or nous

savons que ces résultats sont peu accessibles aux personnes ordinaires et rarement aux décideurs politiques. Leurs cadres de diffusion sont les congrès scientifiques et les publications. A ce titre, le triage de l'information au profit des plus jeunes fait que l'activité de quantification est éloigné de la réalité sociale (Latour et Woolgar, 1996). Ce triage procède de la qualification de l'information recueillie. Le regroupement en « adulte » signifie que certaines données relèvent de l'ordre du bruit dépourvu de signification par opposition aux autres groupes d'âge, jugés importants (Ibid., 1996). Ce qui va attiré l'attention du prestataire comme du décideur politique qui reçoit le rapport final est que la pathologie touche maintenant les couches jeunes. Dans cette activité littéraire, la personne âgée disparaît à la fin du processus de la quantification. Ce triage à micro-échelle participe à rendre invisibles les personnes âgées en effaçant leurs traces dans l'offre de soins. Il en résulte une appréhension partielle des problèmes des personnes vieillissantes dans la société burkinabé.

6.2. La sélection des bénéficiaires et des pathologies dans les politiques publiques de santé

La construction publique de l'offre de soins s'appuie sur la loi des grands nombres. En d'autres termes, les plus nombreux de la société seront les populations cibles des programmes de santé. C'est ainsi que les femmes et les enfants en sont les principaux bénéficiaires. En outre, le choix des interventions au niveau national est fortement influencé par les acteurs internationaux qui accordent une importance à la rentabilité des investissements (Ridde, 2007). Les personnes âgées sont absentes jusqu'en 2000, où elles apparaissent dans les groupes spécifiques ou vulnérables. Mais on pourrait se poser la question suivante : comment s'opère l'identification des groupes vulnérables, priorités des interventions de santé publique ?

Valéry Ridde, à partir d'une lecture historique des documents, montre la variation du contenu de cette catégorie, définie comme des « personnes qui présentent des risques particuliers nécessitant des actions spécifiques » (Ridde, 2007 : 256). Aussi l'auteur montre qu'en 1996, lors d'une table ronde sur la santé avec des bailleurs de fonds, ce groupe se composait des mères, des enfants, des adolescents et des travailleurs. Deux ans plus tard, une autre table ronde associe les personnes réfugiées et déplacées dans cette catégorie. Dans le cadre de lutte contre

la pauvreté, les populations rurales sont assimilées aux groupes spécifiques et vulnérables. Depuis la mise en œuvre de l'initiative de Bamako, les groupes vulnérables identifiés sont les femmes enceintes et les nourrissons qui doivent bénéficier gratuitement des soins dans les structures périphériques. Plus tard, les personnes vivant avec le VIH/Sida, les orphelins du sida et les personnes vieillissantes seront considérés comme des groupes vulnérables.

Une remarque s'impose sur la notion de vulnérabilité indexée à certaines catégories de population. Cette catégorisation révèle une contradiction avec les principes et les valeurs d'équité, d'éthique, de solidarité et de redevabilité prônées sur le plan sanitaire (Ministère de la Santé, 2010). Analysant le dispositif global de la santé publique, Ridde (2007) constate l'absence d'équité du système de santé. L'équité d'accès correspond à « un accès égal pour un même besoin, sans autre considération politique, sociale ou économique » (ibid., p.116). L'équité de financement consiste à lier « la contribution aux soins de santé à la capacité à payer et non à l'état de santé » (ibid., p.116). Il est évident que la sélection des bénéficiaires prioritaires participe de la fabrique d'une médecine de tri en amont. A ce titre, la « notion d'équité est peu équipée pour répondre aux dimensions historiques, culturelles et politique de la médecine de tri, qui juxtapose la subjectivité du patient à celle du professionnel et à un dispositif autant technique que social » (Lachenal, Lefèvre, Nguyen, 2014 : 22). La préoccupation d'ordre éthique ne peut trouver une réponse qu'en admettant une logique de triage dans la conception des politiques publiques. Le concept de triage est tout à propos pour interroger le contenu moral de l'offre de soins, qui défavorise les personnes âgées. Sans reprendre la généalogie de cette notion, elle met à jour « les opérations de classement, de sélection, de priorisation et de négligence par le fait qu'elle trace les lignes de partage entre ceux qu'il faut soigner d'abord, et ceux qui doivent attendre » (Ibid., p 2). En optant de donner la priorité aux femmes, aux enfants et aux jeunes par rapport aux autres catégories de la population, les politiques de santé s’inscrivent dans une « médecine populationnelle [où] le patient est pris en charge en fonction de la santé publique et ses intérêts mis en regard de ceux collectif » (Ibid., p.23).

Cette identification des individus prioritaires repose sur l'utilitarisme comme une stratégie de maximisation du bien, c'est à dire sur un projet de bonheur

social et également sur l'utilité médicale où le choix est porté sur les traitements les plus bénéfiques, les plus probables en termes de durée et de qualité de vie (Lachenal, Lefèvre, Nguyen, 2014). Dans ce cas, les femmes et les enfants auraient plus de valeur et d'utilité sociale que les autres âges. En faisant l'option du plus grand nombre, les politiques de santé établissent ainsi des priorités des vies à protéger et à soigner. Dès lors cette posture de santé publique envers la santé de la mère et de l'enfant pose un problème moral. En outre, cette vision de la santé publique relèverait d'un principe égalitariste dont la priorité est accordée aux plus mal lotis « *worst off* » (Ibid., 2014). Cette inclinaison aux jeunes, aux femmes, et aux indigents s'inscrit dans une logique de compensation à l'égard de ceux dont la situation sanitaire résulte des injustices sociales (Lachenal, Lefèvre, Nguyen, 2014). Pour cette catégorie de personnes, une partie des soins est mise à disposition gratuitement dans les politiques de santé. Mais les acteurs sociaux, qui font face au quotidien à la désignation de ces bénéficiaires sont confrontés à la difficulté de trouver une définition consensuelle du pauvre. Schomaker-Marcotte et al (2010) montrent que dans les hôpitaux, deux représentations du pauvre cohabitent. D'une part, le pauvre renvoie à l'indigent et au cas social. Le premier renvoie à un individu qui serait « dans une situation d'extrême pauvreté permanente » (Ibid., p.4), tandis que le deuxième est défini comme « comme celui qui fait face à une difficulté temporaire et qui doit être aidé le temps qu'il puisse surmonter » (Ibid., p.4). Ces définitions ne permettent pas une identification objective, mais le choix est laissé à la subjectivité des travailleurs sociaux. Aussi, il serait vain de croire que l'attribution à cette catégorie de bénéficiaire potentiel garantit ipso-facto un accès aux soins à cause de la rhétorique sur l'insuffisance des ressources financières. C'est en cela qu'il faut comprendre le programme national de santé de la personne âgée, qui n'a pas pu être mis en œuvre durant la période 2008-2012. Berthé-Sanou et al (2013) imputent cette situation à un manque de volonté politique, justifié par les acteurs par l'absence de ressources. Ce discours renvoie à l'idée selon laquelle il convient de « consacrer le plus de ressources à ceux qui en ont médicalement le plus besoin » (Lachenal, Lefèvre, Nguyen, 2014 : 19) et cela se justifie dans un contexte de rareté des ressources. Pourtant, il est démontré que la rareté des ressources est le produit des luttes entre les différents acteurs financiers. L'exemple de la gratuité des antirétroviraux est suffisamment informatif où l'on est passé d'un coût exorbitant (inaccessible vers les années 2000) à une gratuité totale au Burkina. C'est pourquoi

la rareté relève également des choix politiques et économiques parce qu'elle est produite en amont pour être ensuite présupposée comme des faits (Ibid., 2014). En inscrivant la question de la santé des personnes âgées dans la longue durée, l'individu passe d'un statut de privilégié (gratuité des soins) à un statut de relégué dans le système médical à la vieillesse. Cette situation résulte des effets du processus de régression de leurs droits d'accès à la santé. La régression définit « l'ensemble des logiques de réduction ou de limitation des droits […] sans pour autant les annihiler dans leur essence ni les altérer fondamentalement » (Viriot Durandal, 2003 : 11). Ainsi, les aînés ont le droit formel, mais dans la réalité ils font face à beaucoup d'obstacles.

Un autre aspect qu'il me semble important de souligner est le tri des pathologies en lien avec les individus. Les phénomènes morbides sont classés en maladies d'intérêt en santé publique regroupant les maladies d'intérêt spécial (le VIH/Sida ; la tuberculose, le ver de guinée, le paludisme et la lèpre), les maladies sous surveillance (maladies à potentiel épidémique) et la santé de la reproduction (santé de la mère et de l'enfant). Il convient de souligner le rôle très important des organisations internationales (le Fonds Mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé) qui sont des acteurs clés de ce processus de tri au travers des mécanismes de financement. Les maladies chroniques qui touchent principalement les personnes âgées font l'objet de peu d'attention politique dans un contexte de multiplicité de définition de la personne âgée. En rappel, alors que le programme national de la santé des personnes âgées fixe l'âge de la vieillesse à 50 ans, les rapports statistiques du système national d'information sanitaire retiennent 65 ans. Le Ministère de l'Action Sociale retient 60 ans et le Conseil National des personnes âgées opte pour 55 ans. A l'état actuel, l'intégration d'une médecine qui tienne compte de la vieillesse reste un défi éthique.

Conclusion

L'âge est un facteur d'inégalité d'accès aux soins médicaux spécialisés. L'organisation de la prise en charge montre que les frontières entre l'espace public et la sphère privée ne sont pas étanches. Les réalités socio-économiques du sujet âgé et de sa famille expliquent en partie les itinéraires thérapeutiques. Les personnes vieillissantes ne se rendent à l'hôpital que lorsque la voix de la douleur est entendue par l'entourage. En effet, les sensations douloureuses sont assimilées à la vieillesse. Il en résulte que la plupart arrive dans une situation d'urgence. Ces inégalités d'accès qui révèlent des inégalités sociales sont produites par la société (chapitre 1). Les effets de ces inégalités sur les corps souffrants amènent à une critique des insuffisances et des limites de la construction d'un système de santé qui serait capable d'offrir des soins de qualité aux plus âgés. Les inégalités d'accès aux soins pour les ainés sont le résultat d'une construction de la société qui distingue ceux qui ont la légitimité d'accès (femmes et enfants) et ceux qui ne sont pas reconnus légitimes. A ce titre, la prise en charge du sujet âgé touche au problème de vivre ensemble, c'est-à-dire à la solidarité. Dans cette posture, elle interroge la bio légitimité au sein de laquelle la vie devient le bien suprême et la pitié le premier ressort de l'action publique (Fassin, 2005). Dans ce sens, l'exclusion et la souffrance vont alors donner lieu à des pratiques et à des dispositifs sociaux d'accompagnement des plus faibles.

L'exemple de la gestion des femmes accusées de sorcellerie dans un centre à Ouagadougou éclaire ce discours où la raison humanitaire devient un nouveau droit social. C'est pourquoi je me propose de discuter le fonctionnement de ce centre afin de comprendre comment les activités de *care* participent à l'*empowerment* d'un groupe social spécifique.

Chapitre 8 : La cour de solidarité de Paspanga : un centre d'accueil de femmes accusées de sorcellerie

La cour de solidarité de Paspanga (Ouagadougou) est l'un des centres d'accueil et d'hébérgement de femmes accusées de sorcellerie du Burkina Faso. Leur existence rappelle que l'on ne vieillit pas de la même manière selon le sexe. Inscrire mon enquête dans l'anthropologie du *care* à partir d'un tel centre permet de dépasser les récits mettant en scène la fabrication de la sorcellerie et de montrer comment on en sort en interrogeant le rôle des acteurs (Etat, familles, travailleurs sociaux) dans le processus de prise en charge. Par ailleurs, à notre connaissance, ce type de centre n'existe qu'au Burkina Faso. Ce faisant, il permet de traiter un aspect spécifique de la prise en charge de la vieillesse féminine : celle des populations discriminées, exclues des liens sociaux et réfugiées dans un milieu urbain.

Une partie de la littérature anthropologique se consacre à une analyse de la relation entre le vieillissement et la sorcellerie chez la femme. Le phénomène touche tous les deux sexes, mais les hommes sont soupçonnés alors que les femmes sont des accusées à cause de leurs plus grandes vulnérabilités sociales et des représentations négatives de la femme. Marilyn French (1986) rappelle qu'au XVIe siècle, les mots *witch* (sorcière) et *wise woman* (femme sage) étaient interchangeable en Ecosse. Les guérisseuses, les herboristes, les matrones étaient appelées « les saintes sorcières ». Le christianisme va accuser ces femmes d'avoir conclu un pacte avec le diable. C'est ainsi que la sorcellerie prit un visage féminin. L'auteur précise que le mot féminin du latin *Femina* signifie « peu de foi » (French, 1986 : 177). Chez les *Tikrīt* du Kenya, le fait de ne pas avoir d'enfants est source de circonspection et assimilé à la sorcellerie (Sangree, 1994). Cette ambivalence du statut social de la femme fait que la vieillesse féminine oscille entre une valorisation (pouvoir) et une stigmatisation qui tire leur origine des représentations culturelles de la sexualité, de la reproduction. Denise Paulme (1994) dans le conte africain, l'image de la mère s'oppose à celle de l'épouse. La vieillesse sans enfant est synonyme d'une fin de vie indigne. L'auteure écrit : « nourrie par charité, souvent insuffisamment, sa mort sera ressentie comme un soulagement » (Paulme, 1994 : 184). La ménopause en consacrant la fin de la jeunesse et de la féminité (Delanoë, 2001) entraine chez plusieurs femmes la cessation des relations sexuelles (Gruénais, 1985 ; Vincent, 2003) et cristallise de ce fait les enjeux de la valeur sociale des

femmes. La sexualité à la vieillesse féminine tombe dans le registre du désordre et la femme sans règle représente l'anormalité. Dès lors, elle est « celle sur qui risque le plus de peser l'accusation de sorcellerie » (Héritier, 1996 : 84). Si en ville, les représentations de la sexualité et de la vieillesse féminine semblent connaitre une évolution du fait du recours possible à la médecine et de la monogamie (chapitre 6, p.238), en milieu rural, comme en milieu urbain beaucoup de femmes pauvres se voient accuser de sorcellerie.

Suzanne Lallemand (1988) explicite les hypothèses fonctionnalistes élaborées pour l'interprétation de ce phénomène. La théorie du « *centre* » insiste sur le fait que la sorcellerie affecte la famille mais préserve le lignage dans le contexte de la co-résidence. Au niveau des pratiques, les tensions familiales, les malheurs, les infortunes vont alors activer le phénomène de la sorcellerie dans les rapports entre les individus. A ce titre, l'imagerie sorcière au-delà de la diversité des présumés coupables, traduit l'injonction paradoxale du « devoir d'amour et son protocole subtil, de même que son corollaire implicite, l'interdit de détester » dans l'unité domestique (Lallemand, 1988 : 180). Elle poursuit que la sorcellerie apparaît « comme métaphore du conflit le plus fondamental [en rendant] compte des rivalités, à propos d'héritage ou de quête de pouvoirs. Celles-ci viennent se greffer sur une discordance interne, qui lui est antérieure » (Lallemand, 1988 : 184). La théorie de la « *périphérie* » insiste sur le fait que la sorcellerie en tant que pouvoir quasi-totalitaire menace, asservit et en dissuade toute velléité de contestation sociale. Elle jouerait alors un rôle dans le maintien de l'ordre social et n'importe qui peut se voir être accusé. Aussi écrit-elle les « éminents gestionnaires des biens familiaux, ou les membres reconnus du pouvoir villageois peuvent aussi se voir traîner au banc d'infamie » (Lallemand, 1988 : 164). Toutefois, Marc Augé, en distingant le soupçon et l'accusation montre le lien inextricable entre la sorcellerie et le pouvoir de l'individu. Ainsi, les riches et les forts sont soupçonnés alors que les faibles et les laissés pour compte sont accusés de sorcellerie. C'est pourquoi, l'auteur écrit que « l'âge sans une assise sociale ni la richesse témoigne en quelque sorte d'une prétention non fondée et constitue presque une provocation au soupçon et à l'accusation de sorcellerie » (Augé, 1975 : 105). Les enjeux liés au pouvoir et à l'autonomie (empowerment) des femmes âgées renvoient implicitement au proverbe moose : « la mère d'un roi n'est jamais sorcière » (Pacéré, 2004 : 323).

Ce dicton met en évidence que la sorcellerie n'est qu'un révélateur d'une absence de « *panga* » (litt. Force, pouvoir) au cours de l'avancée en âge. Ce faisant ces travaux qui s'inscrivent dans une anthropologie de la maladie nous renseignent sur l'impact du statut des aînées dans l'exposition au risque de l'accusation de sorcellerie. Les biographies des femmes rencontrées dans la cours de solidarité de Paspanga ne démentent pas ces analyses. La place importante de la sorcellerie dans le champ de la maladie a contribué à occulter d'autres aspects de ce phénomène (Le Marcis, 2001), notamment la prise en charge des accusés. D'autres travaux établissent un lien entre la sorcellerie et la modernité dans le champ de l'anthropologie politique. Pour ces auteurs, la sorcellerie est une réponse locale à l'impérialisme international et à la modernisation (Geschiere, 2000; Commaroff et Commaroff, 2000). C'est pourquoi, Peter Geschiere préconise d'inscrire la sorcellerie dans la réalité africaine contemporaine plus proche des villes et des partis politiques et des associations que de la brousse (Geschiere, 2000). Dans cette perspective, la paupérisation des populations conduit à une amplification de ce phénomène dans les sociétés urbaines contemporaines, au point que certains auteurs parlent de « épidémie sociale des accusations » (Martinelli et Bouju, 2012 : 9). C'est ainsi que la violence de la sorcellerie relève d'une violation des droits de l'homme (ibid. 2012). Ces auteurs décrivent de nombreux procès de la sorcellerie dans certains pays africains, sans que cela ne débouche sur des résultats satisfaisants quant à la réintégration sociale des accusés (Ibid.2012). Si ces travaux oscillent entre une anthropologie de la maladie et une anthropologie politique, ils ne se sont pas suffisamment intéressés aux soins donnés aux accusés. Dès lors, la sorcellerie peut être l'objet d'une anthropologie du care qui se focalise sur le travail social auprès de ces femmes.

Au niveau local, la sorcellerie est traduite par le terme de « mangeur d'âmes » dans un français « local » et en *Moore* par « *sôodo* ». Le sorcier (*sôeya*) (fait le sondo) renvoie à la possibilité de « manger l'âme » d'une personne. L'individu est considéré de ce fait comme un criminel et mérite à défaut la mort ou le baissement. Dès lors, on ne traite pas une personne de « *sôeya* » avec une légèreté au regard des conséquences dramatiques. A la suite de l'accusation de sorcellerie, les femmes se retrouvent dans une situation de perte de pouvoir (disempowerment) et font l'expérience de marginalisation et de discrimination.

Dans un article publié dans la revue de la Fondation Nationale de Gérontologie, j'avais abordé la question de l'autonomisation financière à travers les petites activités économiques au niveau familial (Rouamba, 2012). Je souhaite cependant en m'intéressant à ce centre déplacer la discussion de la question de la sorcellerie à celle de l'empowerment. Il s'agira de proposer une réflexion spécifique sur l'accompagnement d'une population, frappée par une double problématique (être femme âgée et être accusée de sorcellerie) afin de comprendre les facteurs de la reconstruction d'une vie équilibrée dans un centre d'accueil. Dans cette posture, le care (prise en charge) cherche à développer et à améliorer la capacité de choisir, de décider et de passer à l'action. L'acquisition de ces compétences passe par un renforcement de l'estime de soi (Charpentier et al, 2014). En effet, ce centre ambitionne de participer également à l'autonomisation des femmes en développant des activités d'insertion économique, en leur offrant une prise en charge alimentaire et sanitaire.

Sur le plan théorique, les études des centres hébergeant pour personnes âgées en Occident ont été abordées de plusieurs façons. La première manière, en mettant l'accent sur les aspects statistiques, occultent les logiques sociales qui structurent les modes de vie à l'intérieur (Mallon, 2010). La deuxième traite du flux des personnes âgées qui sont définies tantôt comme des « pensionnaires », tantôt comme des « reclus ». Dans ce cas, le centre est perçu comme une institution « totalitaire » ou « disciplinaire » qui façonne l'univers des résidents (Ibid., 2010).

En prenant le centre comme un refuge, celui-ci peut être abordé de deux manières. Le centre peut être assimilé à un camp-ville qui offre la possibilité de «l'appréhender comme n'importe quelle agglomération humaine hétérogène » (Agier, 2008 : 124). Cette posture permet de comprendre l'histoire du centre, les rapports entre le centre (les professionnels et les femmes) et l'extérieur (Agier, 2008). Quant à Bernadot, il estime que « les camps et autres centres d'accueil sont à la fois un type d'habitat dispersé […] et aussi un type d'habitat groupé » (Bernadot, 2008 : 55). Pour l'auteur, il y a « une continuité sociale et spatiale entre les modes de logement contraint comme les centres d'accueil et les institutions officielles de contention comme les prisons » (ibid., p. 57). Aussi les résidentes stigmatisées et le personnel affecté à leur prise en charge forment «une chaine résidentielle plus ou moins visible, plus ou moins contrôlée, plus ou moins durable »

(Ibid., p. 58). Ces différentes postures éclairent chacune une dimension fonctionnaliste (organisationnelle, architecturale, sociale) de l'étude des centres. Isabelle Mallon critique le fait que ces «options théoriques ont en commun d'adopter un point de vue externe aux résidents » (Mallon, 2012). Aussi, propose-t-elle une ethnographie par « le bas » pour prendre en compte le point de vue des personnes vieillissante afin de comprendre les conditions sociales de reconstruction d'une nouvelle vie. (Mallon, 2014). Comment les femmes « sorcières » s'adaptent à l'organisation du centre ? Quelles sont les ressources qu'elles mobilisent pour se reconstruire ? Je reprends d'abord le cheminement de la construction politique d'une intervention sociale en faveur des « sorcières », puis à mettre en exergue les contraintes architecturales, organisationnelles, avant de terminer par la production sociale d'une vieillesse particulière dans le centre.

1. La construction d'une intervention socio-sanitaire à l'endroit des femmes accusées de sorcellerie

Le Burkina Faso dispose de neuf centres d'accueil de femmes accusées de sorcellerie. Cette population résidente est estimée à six cents individus. Ces données statistiques qui sont loin de refléter la réalité, montrent un afflux moyen de vingt à quarante nouveaux cas par au cours des dix dernières années. L'analyse du profil montre que les victimes d'exclusion par allégations de sorcellerie cumulent toutes les formes de vulnérabilités sociales. Ainsi, neuf personnes sur dix sont des femmes, analphabètes mariées à des conjoints de même niveau scolaire en situation de polygamie. En plus, trois femmes sur quatre a plus de cinquante ans et vivent avec des enfants de moins de vingt ans, ou sont des situations de veuvage (Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, 2010). Comment l'Etat est-il venu à la mise en place des centres pour la prise en charge des femmes accusées de sorcellerie ?

A travers l'évocation de l'histoire des villages de la liberté intimement liée à l'esclavage, il s'agira de mettre en évidence le processus par lequel les victimes de la sorcellerie sont reconnues comme légitime à une prise en charge au niveau local. La mise en place de ce dispositif procède d'une transformation du contenu de la sorcellerie, rapporté initialement soit comme une cruauté humaine (mangeuse d'âmes) soit comme une violence, ou encore une pratique traditionnelle néfaste

(chapitre 9, p 375). Cette évolution s'inscrit dans la sensibilité plus grande à la cause de la femme qui remonte à la révolution de Thomas Sankara (chapitre 1 p.63).

1.1. L'origine des centres d'accueil pour femmes accusées de sorcellerie

Rappeler l'histoire de l'hospitalité accordée aux esclaves par les missions catholiques, permet de comprendre aujourd'hui le mode de fonctionnement des centres d'hébergement et de son caractère genré. La naissance des centres s'inscrit dans l'histoire de l'esclavage interne des royaumes *moose*. L'historien Bazemo Maurice dans ses travaux sur l'esclave dans les sociétés burkinabè traditionnelles, rejette le sens commun de l'esclavage comme un phénomène extérieur aux sociétés africaines. L'auteur montre que le phénomène de l'esclavage a été une réalité à l'époque précoloniale et aux premières années de l'ère coloniale dans toutes les sociétés du Burkina Faso. C'est ainsi que l'historien soutient qu'en dépit de l'existence des sociétés acéphales comme les sociétés fortement hiérarchisées, il existait une importante fraction de la population qu'on appelait « esclave de case ». En effet, après les guerres de pillages, le butin était constitué aussi bien des richesses matérielles (or, fer) que des animaux, des femmes et des enfants. Décrivant les femmes esclaves, Meillassoux (1998) montre qu'elles avaient peu d'enfants et n'étaient pas toujours prises en charge par leurs amants. N'étant pas dotées, elles n'étaient jamais mariées et elles vivaient de fortes instabilités maritales. C'est ainsi qu'elles pouvaient vieillir dans de mauvaises conditions sociales. L'auteur précise que leurs enfants n'étaient pas reconnus encore moins entretenus par leurs pères. Cependant, les esclaves auraient joué un rôle dans le développement socio-économique du royaume mossi en tant que main d'œuvre dans les travaux agricoles et comme monnaie d'échange. Cet esclavage connut son apogée sous le règne du moogho Naaba Baongo (1800-1830) avec le développement du marché des esclaves à Ouagadougou, appelé *Yembs Zaanga* (litt. le mimosa des esclaves) (Bazemo, 2007). L'instauration de l'impôt de capitation (de 1900 à 1908) et les famines (1931) ne feront que renforcer cette traite humaine dans les grandes régions du pays. Des milliers de jeunes filles dans le cercle de Ouahigouya, sont vendues à un prix dérisoire de trente-cinq FCFA (De Benoist, 1987). L'abolition de l'esclavage dans les colonies françaises intervient dans ce contexte de marché florissant. Si certains retournèrent dans leur localité d'origine, quelques-uns par

honte de la capture qui aurait rendu leur réinsertion difficile furent accueillis dans les villages de liberté. Ils y servirent de réservoir de main d'œuvre à bon marché, qui donnera plus tard une économie capitaliste avec l'institution du salariat (Meillassoux, 1998). Les missions catholiques rachetèrent certains esclaves à leurs propriétaires et les hébergèrent dans des « villages de liberté » appelés « Saint-Léon » à Koupéla et « Saint-Eugène » à Ouagadougou. Ils recevaient des vieillards abandonnés par leurs familles (De Benoist, 1987 ; Somé, 2004). Ainsi, en 1902, le « village de liberté » de St-Eugène se compose «d'un orphelinat de vingt-quatre garçons et de seize filles, d'un asile de douze vieillards et de neuf jeunes ménages comportant en tout vingt-trois personnes » (De Benoist, 1987 : 162). Un ouvroir créé en 1917 employait les jeunes filles des villages environnants ayant fui le mariage forcé. Elles fabriquaient des tapis de haute qualité à partir de la laine de brebis et de moutons mérinos importés (Langewiesche, 2008). La congrégation des sœurs de l'immaculée conception, fondée en 1930 par Mgr Thevenoud va se charger de la gestion de cette hospice au sein de la cathédrale (Ibid., 2008). C'est ainsi que naquit un institut religieux au sein duquel, les femmes pratiquent une vie active et religieuse communautaire (Ibid., 2008). Progressivement, les femmes chassées de leurs villages viennent se réfugier dans ces lieux. Au fil du temps, leurs conditions de vie peuvent-être comparées à celles des esclaves. Selon Claude Meillassoux (1998), la condition d'esclave se caractérise par la désocialisation, la dépersonnalisation, et la décivilisation.

La désocialisation de l'esclave est due à la capture qui entraîne une rupture dans le processus de socialisation de l'individu. Etant donné, que l'appartenance et le rang dans la société se construisent sur les rapports de filiation, sur les rapports conjugaux, sur les rapports d'alliance et d'aînesse, la dissolution de ces rapports complexes engendre une désocialisation. Par ce processus, l'individu prend la figure d'un étranger dans son lieu d'accueil car vivant loin de sa famille.

La dépersonnalisation fait perdre le pouvoir de renouer des liens avec les familles. L'auteur précise comment l'accueil des esclaves dans la société *anyi* est précédé de rites de rasage de tête, pour simuler une naissance fictive. Leur statut d'aînesse n'est plus corrélé à la période de naissance mais à leur entrée dans la maison du maître. Les âges individuels perdent de leur signification sociale antérieure, seule la chronologie d'arrivée justifie la constitution des hiérarchies.

Dans ce contexte, des individus plus jeunes en viennent à devenir les ainés des plus âgés avec ce que cela comporte comme privilège dans la répartition du travail.

La décivilisation renvoie à l'absence d'une reconnaissance juridique de l'individu ; c'est à dire le droit d'avoir recours en cas de désaccord pour un arbitrage. Pour l'esclave, il n'existe plus de recours possibles dans son milieu d'accueil (Meillassoux, 1998).

Au lendemain de l'indépendance en 1965, dans le souci de rendre la ville plus humaniste, le maire de la ville, le docteur Joseph Issouf Conombo fait édifier un hangar à *Tanghin* pour héberger les mendiants errant dans la ville. Après la construction de l'hôpital Yaldogo Ouédraogo en 1958, les malades psychiatriques furent internés dans ce centre par défaut de salles d'hospitalisation. Ceux qui avaient commis des meurtres au cours de leur crise, ne pouvant pas retournés dans leur village par peur de représailles s'y installèrent définitivement. Ainsi, naquit le premier centre pour accueillir les personnes exclues de leurs familles et leurs communautés. En 1968, après la démolition de l'hospice de la cathédrale, les vieilles femmes furent relogées avec les mendiants et les malades psychiatriques à *Tanghin*. Dans la même année, une sœur missionnaire de Notre Dame d'Afrique commence à visiter ce centre. Elle initie des activités pour les femmes. En 1983, le maire confie la gestion intégrale de ce centre à la mission catholique. En 1989, le centre prend le nom de centre *Delwendé* (litt. adosse-toi à Dieu). En 1994, la capacité d'accueil du centre est dépassée et il est créé la cours de solidarité du secteur 12 de Paspanga, dont la gestion est confiée au Ministère de l'Action Sociale.

D'un hospice religieux, l'on a assisté à une multiplication des centres à travers le pays (cf. tableau ci-dessous). A notre connaissance, ces structures d'accueil sont uniques en Afrique. Cette spécificité du Burkina tire ses origines de l'action publique importante des missionnaires catholiques face à l'absence de l'Etat. Les luttes d'influence sous régionale ont amené le colonisateur à supprimer le « territoire militaire » au profit du Niger, le Mali et la Côte d'Ivoire en 1932, avant de le reconstituer en 1947 grâce à l'implication de la chefferie traditionnelle et de l'église catholique (Savonnet-Guyot, 1986). A cette époque pré-indépendance, l'église a joué un rôle important dans l'implantation de structures médico-sociales et éducatives. C'est ainsi que la plupart des politiciens de la Première République

sont issues des écoles missionnaires. Si pendant la révolution, l'église catholique perd une partie de la gestion de ses écoles perçues comme élitistes, elle conserve la gestion des structures médico-sociales (Centre Médical Saint Camille, centre d'hébergement de femmes sorcières).

Tableau 3 Nombre des femmes accusées de sorcellerie dans les centres d'accueil de 2009 à 2011

Structures	**Effectifs**		
	2009	**2010**	**2011**
Centre Delwendé de Tanghin (Ouagadougou)	395	345	327
Cour de solidarité du secteur 12 (Ouagadougou)	104	102	98
Foyer Sainte Anne de Bokin (Yako)	36	33	34
Faubourgs[32] de Boussé	75	88	71
Centre d'accueil de Pissila (Kaya)	06	08	07
Maisons de la mission catholique de Yako	12	10	10
Maisons de la mission catholique de Pabré	06	05	04
Foyer de Kongoussi	15	13	14
Cour de solidarité Béthanie de Dédougou	04	04	04
Total	**653**	**608**	**569**

(Source : Plan d'action national de lutte contre l'exclusion sociale des personnes accusées de sorcellerie 2012 – 2016)

L'expérience des femmes dans les centres présente des similitudes. Une fois que les femmes sont déclarées sorcières, et accueillies dans ces centres, plusieurs d'entre elles perdent les liens familiaux. Par ailleurs, très peu d'action de justice n'est intentée pour une éventuelle réparation. Au cours de nos enquêtes, un gestionnaire nous a signalé un seul cas de procès dans une province grâce à l'appui du centre. Ce jugement n'a pourtant pas aidé la femme à rester au sein de cette localité. Elle est toujours internée dans le centre. C'est pourquoi, certains acteurs institutionnels sont sceptiques à l'efficacité de la justice. L'état de sorcière demeure un stigmate indélébile. Parfois tuées, souvent maltraitées et exclues de leurs familles, et de la communauté, ces femmes sont accueillies dans ces lieux, véritables « asiles sociaux».

En s'arrêtant aux chiffres (600 femmes), on ne mesure pas comment les évènements tragiques et douloureux « impriment dans l'esprit des marques qui par analogie avec celles qu'ils laissent sur le corps, sont désormais pensées comme des cicatrices » (Fassin et Rechtman, 2002: 14). Elles arrivent dans un état de choc

32 Zone non lotie en périphérie de Boussé ou des femmes accusées de sorcellerie se sont installées.

psychologique résultant d'un évènement traumatique (Fassin et Rechtman, 2002). Le contexte, les enjeux et la mise en forme de ce témoignage font du traumatisme un vrai problème de société et demande des réparations sous la forme d'une offre thérapeutique.

1.2. La victimisation, comme une ressource politique

La légitimité à la prise en charge va s'opérer par une reconnaissance publique de la violence faite à ces femmes, comme une injustice sociale. Elles deviennent des victimes de leurs familles et de la communauté. Le rôle des défenseurs des droits de l'homme et de personnalité nationale a été déterminant dans ce processus (chapitre 9). Les femmes ne sont plus considérées comme des bourreaux mais des victimes. La victime est reconnue et le traumatisme est revendiqué. Le processus de victimisation suppose une neutralité de l'Etat. C'est ainsi que l'enjeu n'est pas de savoir si on croit ou pas à la sorcellerie. Good Byron estime que c'est une mauvaise façon d'aborder le sujet (Good, 1998). Pour l'auteur, la vraie question renvoie au lien que l'on établit entre les pratiques dites « maléfiques ». Pour ce faire, l'auteur part d'une définition de la croyance à partir de son étymologie anglais. Le mot « *bilief* » aurait subi plusieurs significations au cours de son évolution historique. Au départ en vieux anglais, il voulait dire « chérir », « aimer », « considérer comme cher ». C'est ainsi que croire en Dieu avait le sens de s'engager de son être au service de Dieu. Commentant les travaux de Smith, Good identifie trois changements sémantiques. Dans le le premier changement portant sur l'objet, on serait passé « d'une personne en laquelle on a confiance à une personne et à sa parole » (ibid., p.53). Par conséquent, les croyances deviennent des présupposés. Le deuxième changement porte sur le sujet du verbe « *to believe* ». Selon Good, on serait passé d'une quasi usage de la première personne à la troisième personne, c'est à dire à une forme impersonnelle. Dès lors, l'acte de parler devient descriptif au détriment d'une dimension existentielle. Le dernier aspect porte sur le rapport de la croyance à la vérité et à la connaissance. Aussi, la croyance serait liée à l'incertitude, à la méprise, tandis que la connaissance renvoie à l'exactitude et la certitude. Dans cette dichotomie, la croyance devient « une opinion ou une conviction » (ibid., p.54). Cette posture a conduit à réduire la croyance en une « idée d'erreur ou de mensonge » (ibid., p.55). Pour l'auteur, ce qui est important n'est pas tant la rationalité des croyances mais bien les logiques et les pratiques qui s'y attachent.

Or les pratiques de la violence associées à la croyance en la sorcellerie sont une réalité sociale. Ces violences multiformes sont le produit d'une histoire sociale, politique et économique. Les individus sont exposés à ces violences en fonction des inégalités de statuts sociaux, de sexe et de pouvoir. C'est pourquoi, un plan d'action de lutte contre l'exclusion des personnes accusées de sorcellerie a été élaboré et mis en œuvre par le ministère de l'action sociale et des structures associatives.

L'enjeu n'est pas alors « l'évènement mais l'être humain dans sa singularité, dans sa faiblesse » (Fassin et Rechtman, 2002 : 16). Les bastonnades, la destruction de biens et la blessure morale font de la réalité de l'accusation de sorcellerie un fait social de portée générale qui appelle un accompagnement des victimes. Le traumatisme n'est pas seulement une souffrance que l'on soigne, mais il est aussi une ressource (Ibid., p.16). Cette reconnaissance institutionnelle va s'effectuer par une requalification des victimes en « *pensionnaires* » dans le langage administratif. Selon le dictionnaire Le Robert (2005), le sens du mot dans les années 1872 est « une personne logée, nourrie dans un établissement public, un hospice, un hôpital » (Rey, 2005 : 1258). Cette définition insiste sur la situation de vulnérabilité et de dépendance des femmes vis-à-vis des pouvoirs publics pour leurs besoins quotidiens. La labellisation facilite l'identification d'un groupe de personnes sans résoudre la tension sociale dans la relation que les citoyens entretiennent avec le fait sorcellaire. La prise en charge institutionnelle des victimes (pensionnaires) met à nu les tensions et les contradictions internes à l'intervention publique. Avant de voir le fonctionnement par « le bas » du centre de Paspanga, il convient de montrer sa localisation géographique et symbolique dans la ville.

2. Un espace de relégation de la vieillesse dans la société

Le contexte socio-culturel de la sorcellerie influence le travail social auprès des victimes. Le centre apparait comme un espace de relégation de la vieillesse au sein de la capitale dont je me propose de décrire les éléments objectifs et subjectifs de ce lieu en tant que refuge située en marge de la ville. Cette anecdote est pleine de signification sociale et politique par rapport à l'ancrage institutionnel du centre. Je me rends à l'Institut Géographique du Burkina (IGB) pour me faire confectionner une carte de position de la cours de solidarité. Contrairement aux autres bâtiments administratifs de la capitale, le centre n'avait pas de coordonnées géographiques car il était ignoré par les services de l'Institut géographique.

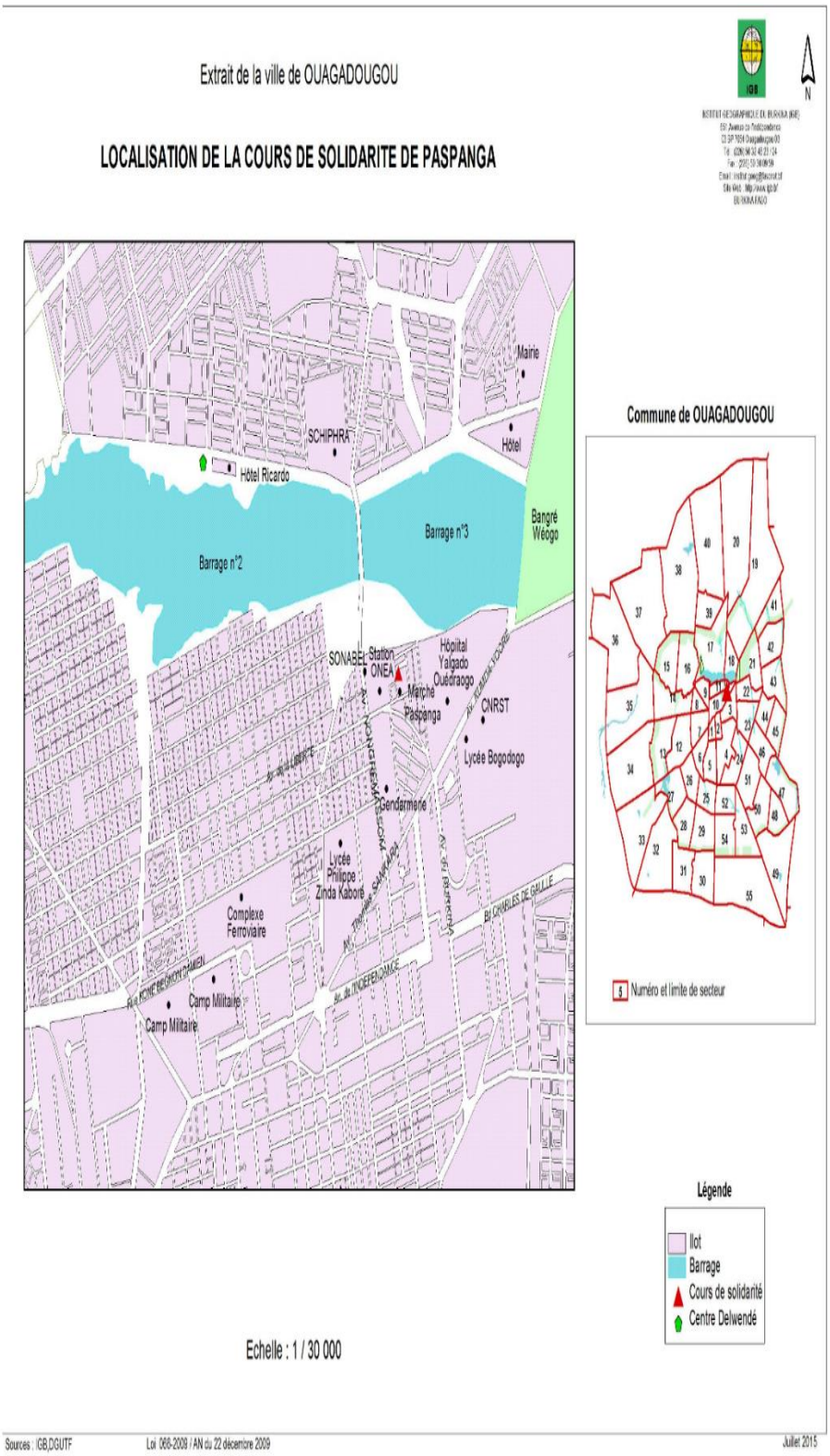


Figure 3 Localisation de la cour de solidarité dans la capitale en 2015

2.1.Paysage topographique du centre

La description topographique vise à montrer que les femmes font l'expérience de conditions difficiles de logement et d'isolement symbolique de leur cadre de vie par rapport au reste de la capitale Ouagadougou.

La cour de solidarité du secteur 12 est située dans le quartier « *Paspanga* » signifiant en langue *Moore* « *augmenter la force* ». Dernier lieu du parcours initiatique du « moogho-naaba » du royaume de Ouagadougou, dans ce vieux faubourg loti en 1961, les maisons sont pour la plupart construites en banco et enduites de ciment. En dehors de quelques étages nouvellement construits qui pointent le ciel, le vieillissement de l'habitat se laisse voir sur les concessions. Les murs rongés par les eaux de pluie sont l'objet de multiples réfections. Le quartier héberge dans sa partie nord-est les services centraux du ministère de la santé, le centre hospitalier universitaire Yaldogo Ouédraogo, l'École Nationale de la Santé Publique qui forme le personnel paramédical. Dans sa partie ouest, se trouvent une centrale électrique de la société nationale d'électricité, les lycées et écoles (le Zinda, Nelson Mandela, écoles Paspanga A et B) qui forment de milliers de cadres burkinabé et enfin le camp Paspanga (gendarmerie nationale et Garde nationale républicaine). Une petite surface représente sa partie résidentielle, traversée par l'un des plus vieux grands canaux d'évacuation des eaux de ruissellement qui se jettent dans les deux barrages de Tanghin.

Situé en marge, pour ne pas dire à la frontière de la ville bruyante, le centre est localisé dans la partie excentré du quartier vers le barrage. L'espace de voisinage est calme et un silence règne aux alentours. Seul le bruit du moteur de la centrale électrique rythme ce milieu et quand celui-ci s'arrête, les femmes tendent l'oreille et se mettent à parler entre elles de la coupure du courant électrique. Dans la rue (appelé « Six mètres) conduisant à ce « village urbain », quelques véhicules abîmés, signalant l'existence d'un garage pour automobiles, les maisons en ruine, emportées par l'inondation du 1er septembre 2009, confèrent au paysage un aspect de tristesse et d'absence de vie. Depuis cette date la zone est déclarée submersible, donc inhabitable et les résidents doivent se trouver un autre site d'accueil. Toutes les

habitations voisines ne sont pas occupées. Les propriétaires préférant s'installer dans d'autres lieux. Seule une villa silencieuse, dont la porte principale est presque toujours fermée se dresse en face de la cours. Autour du mur de la partie sud, il y a des amas de bois de chauffe sur lesquels les femmes sèchent leurs linges. C'est dans cet espace plein de détritus de bois qu'elles viennent vanner leurs céréales ramassés dans les marchés de la capitale. Les hangars du marché proches de la porte sud du centre sont inoccupés. Une large terrasse en ciment semble matérialiser une frontière entre les deux structures. Celle-ci est occupée très tôt le matin par des vendeuses de légumes et fruits venant directement des jardins périurbains (Koubri, Loumbila, Boulbi). Elles se partagent la surface avec un vendeur de fourneaux (appelés foyers améliorés) confectionnés avec des matériaux recyclés. Cet empilement de ferrailles donne l'impression d'un chantier abandonné. Après dix heures du matin, quand le soleil brûle, plus rien de l'extérieur ne semble être en relation avec le centre. Quelque fois, une petite fille ou une femme vient pour acheter de l'eau à la fontaine du centre situé à l'extérieur, vers le marché.

2.2. L'organisation de la cour de solidarité

Afin de donner la dynamique de fonctionnement, je me propose de décrire l'organisation architecturale, matérielle et humaine du centre et les interrelations entre les différents acteurs.

2.2.1. L'organisation architecturale

Le centre est un espace bien clôturé par des hauts murs avec deux portes d'entrée. Celle du nord, de taille moyenne formée d'un seul battant est peinte en couleur grise. La fermeture du sud s'ouvrant sur le marché est de petite taille et de même couleur. L'infrastructure de la cours de solidarité se compose des cinq bâtiments construits en matériaux définitifs (ciments) et de trois hangars faits de matières différentes. Le premier situé, à droite, juste à la rentrée, devant le dortoir est fait en matériaux précaires. Les poutres en bois d'eucalyptus très fin supportent un toit en paille, troué en quelques endroits et qui laissent passer les rayons solaires. Pendant les moments de chaleur, les « pensionnaires » les plus âgées s'assoient la dessous et se déplacent suivant le mouvement de l'ombre. Assises à même le sol, ou sur une natte de fortune, elles devisent en filant leur coton. Aussi, une année plus tard, il sera remplacé par un grand hangar en tôle installé entre les deux premiers

dortoirs. Le deuxième, planté un peu plus à l'intérieur au milieu de deux bâtiments, a un toit en tôles ondulées et soutenu par des poutres en fer rond. Occupant une surface rectangulaire d'environ trente mètres carrés, c'est le lieu de prédilection des femmes pour leurs activités quotidiennes. Ce hangar sert également de lieu des « causeries éducatives », des messes religieuses et les séances de prière (catholique, protestante). Au milieu du hangar, est suspendue la statuette de la Vierge Marie. Le dernier hangar abrite la cuisine communautaire. Confectionné en tôles ondulées, une partie du hangar est utilisée pour stocker le bois de chauffe afin de le protéger de la pluie.

La disposition de l'ensemble des bâtiments participe à donner au centre une forme de labyrinthe en trois espaces. La première partie se compose de deux dortoirs, situés à la porte. La femme responsable y a sa chambre. Le bruit d'une moto ou d'un véhicule, synonyme d'un visiteur la fait sortir systématiquement pour l'accueil. Pour un habitué de la cours, il vaudrait mieux t'enquérir de ses nouvelles en ces lieux au risque de devoir revenir sur ses pas au bout du chemin. Le deuxième espace est le lieu, le plus animé. Il est formé par le grand hangar où se déroule la distribution du coton et le séchage du *soumbala.* Pour les négociations et les ventes des marchandises individuelles, la préférence va de la chambre au petit hangar. Dans la dernière partie de la cours, se trouve la cuisine communautaire avec ses marmites de diverses tailles, posées sur des « foyers améliorés » construits en ciment. Tout juste devant la cuisine se trouve le hangar de stockage de bois de chauffe. A droite de cet ensemble, un bâtiment abrite le magasin de vivres et de coton. Un peu plus avant, à droite se trouvent quelques chambres, menues d'une terrasse où certaines femmes filent le coton, préparent les condiments et font une petite cuisine.

Deux toilettes sont localisées au nord et au sud de l'infrastructure. Leur caractère public dans un « domaine privé » en fait des endroits ouverts sur l'extérieur. Elles constituent des lieux de croisement entre plusieurs acteurs : les gestionnaires, les vendeurs, les acheteurs, les visiteurs etc. Elles font l'objet d'un entretien quotidien. Tous les matins, dès six heures et demies, un groupe de six femmes s'attachent à leur nettoyage à l'aide de balais, de serpillières et des seaux d'eau. Elles s'y lavent, se changent les habits à l'abri du regard de sa co-résidente.

La toilette journalière donne lieu à des actions de solidarité entre les handicapés et les plus valides qui s'occupent de leur administrer.

L'espace domestique des femmes est constitué par deux types de chambre : un modèle de 6m^2 pour deux occupantes et un autre plus grand (12 m^2) pour quatre personnes. Le contenu de la chambre présente des similitudes. Le mobilier composé de nattes est disposé de façon séparée, symbolisant le territoire de chaque résidente. Espace d'intimité, les membres de la famille y sont reçus pour pouvoir discuter plus tranquillement. Dans la journée, les nattes sont repliées et adossées à l'angle de la chambre. Les femmes à motricité réduite sont courbées, les jambes tendues ou croisées pour filer le coton. Dans les dortoirs, l'éclairage et l'aération restent faibles et pendant la canicule, elles sont obligées de sortir sous les hangars, torse nue entrain de filer leur coton. Celles qui ont une mobilité faible, s'approchent de la porte pour recevoir un peu plus d'air frais. Lors des nuits chaudes des mois d'avril à juin, certaines dorment sur les terrasses.

2.2.2. Le service social

Le service médico-social occupe un bâtiment de trois compartiments. Dans la première, occupée par le responsable du service se trouve une table, une chaise dessus-rembourré et une chaise pour les visiteurs. Sur une deuxième table se trouve empilés des documents divers : les fiches d'enregistrement des femmes, le cahier de visites et les archives. Dans la deuxième pièce, deux travailleurs sociaux occupent les lieux: le responsable du « volet santé » et le responsable du « volet accueil et réintégration de la famille ». Chacun d'eux dispose d'un bureau mais utilise leur propre micro-ordinateur. Dans cette pièce, les photos des femmes prises lors des manifestations festives sont collées dans un large tableau d'affichage. Elles apparaissent heureuses et on les voit entrain de danser, de recevoir des vivres et toutes bien habillées. Sur ce même tableau, sont collés le menu journalier, l'organigramme. Dans la salle de l'intérieur, sont affichées les statistiques sur les femmes depuis l'année 1994. Ces affiches semblent plus faire partie du décor général des bureaux qu'un rôle informatif.

2.2.3. Les travailleurs sociaux

Le travail au centre est construit comme un travail illégitime et non reconnu. Les travailleurs sociaux se caractérisent par des trajectoires et des expériences professionnelles très différentes. Le plus ancien cumule douze années de travail social. Sa carrière débute en milieu rural en 2000 dans plusieurs localités. Nommé responsable du service, il est chargé de « *veiller à ce que ça soit fait et bien fait [et d'] appuyer si il y a des difficultés* ». Le second agent cumule une expérience de deux ans de travail social dans une commune rurale à proximité de la capitale. Il est nouvellement affecté dans le centre. En plus de ses compétences d'assistant social, il est également détenteur d'un diplôme de brevet en génie civil. Il est le responsable du « *volet santé* » et de *« l'hygiène et assainissement* ». Aussi décrit-il ses fonctions en ces termes:

> *« Je m'assure de l'état sanitaire des pensionnés ; c'est surtout pour les petites maladies que je donne du paracétamol et de la quinine ; et puis le lundi, l'infirmier vient faire la consultation et je l'assiste dans ce qu'il fait ; celles qui ne peuvent pas sortir, j'amène l'infirmier les voir ; j'assure le ravitaillement en médicaments, dès qu'il y a un manque. On a répertorié un certain nombre de symptômes et pour ces cas-là, on essaie de doser faiblement ; pour les cas graves, on se réfère à l'infirmier ; c'est pour les rhumes, les maux de tête, les petites douleurs de ventre, on essaie de donner les calmants » (Entretien du 21 Mars 2013)*

Le dernier agent vient nouvellement de sortir de l'école de formation. Il est arrivé au centre en même temps que le second. Il s'occupe du « *volet accueil et réintégration en famille* » et il décrit son travail en ses termes :

> *« C'est l'accueil, s'il y a une nouvelle pensionnaire ; je suis chargé de l'accueillir ; je l'installe et je veille à ce que cette personne puisse s'intégrer dans « la famille » ; il y a des moments, où on intercède auprès de la famille (village) pour qu'elle puisse réintégrer. Pour les activités socio-économiques, il y a la borne fontaine ; chaque matin, je relève la consommation et je suis chargé d'encaisser les recettes ; il y a le coton et le soumbala » (Entretien du 20 Mars 2013)*

La totalité des agents ne connaissait pas le centre avant leur affectation. Un travailleur social se souvient de son étonnement en ces termes:

> *« Quand on m'a affecté à Baskuy (service communal), j'ai fait une semaine et Mme X m'a dit qu'il n'y a pas assez d'agent ici et j'ai dit qu'il n'y a pas de problème ; et quand je suis venue, j'ai trouvé que c'était des vieilles. J'ai dit wouha !!! Je suis au milieu de mes grandes mamans et de mes mamans. Je pense que je retourne au bercail, je n'ai pas grandi avec mes grands-parents ; j'ai eu près de 90 grands-mères ».*

Un autre dit ceci :

« Je vous dis que le premier jour que j'ai mis pieds ici, bon…. Ce n'était pas du tout gai pour moi (voix baisse)… Être en face d'un groupe de personnes âgées … pas elles toutes qui sont âgées, mais quand même. Il y en a qui sont vraiment âgées et écouter leur histoire ; il y a injustice à quelque part ; c'est vraiment touchant et ça fait vraiment mal, difficile à supporter ».

Cette situation découle de la double invisibilité du centre. La relégation urbaine s'accompagne d'une forme d'invisibilité institutionnelle. Le travail au centre apparaît alors comme une activité qui relève du « sale boulot », de la souillure à qui on confie à des subalternes ou aux jeunes. Le sentiment qu'on y est affecté par défaut est perceptible dans les discours et dans les attitudes surtout que leurs activités ne sont pas adaptées à leur formation professionnelle. A ce titre, un travailleur social qui a deux ans d'exercice dit ceci:

« Mon public cible en temps normal est les enfants en situation difficile, les jeunes ; c'est avec eux j'ai le plus travaillé. Je m'occupais de la résolution de cas…c'est ce que font les services de l'action sociale, couramment… le règlement de conflits, la solidarité ; un peu de tout » (Entretien du 21 Mars 2013).

Un autre renchérit :

« Je m'attendais plus à être dans le milieu enfant, je voulais être plus dans le milieu des enfants ; mais si on m'a amené ici ; c'est Dieu qui l'a voulu ainsi et il faut que j'accepte (…). Moi mon option à la formation, c'est la formation des handicapés et éducation surveillée ; l'éducation surveillée, ça va avec les enfants de la rue, les enfants en conflits avec les lois ; par exemple à Gampèla ; nous on pensait qu'on allait nous affecter dans ses structures ; et pendant les affectations, on s'est rendu compte que ce n'est pas le cas… et on va faire avec.... c'est parce que Dieu a décidé qu'on aille à tel endroit. A l'école, nous on a donné des formations et on nous a dit que vous êtes aptes à travailler n'importe où ; je pense que ce que j'ai reçu à l'école, je vais utiliser cela et s'il y a des insuffisances, et s'il y a une formation, j'irai me former» (Entretien du 20 Mars 2013)

Le travail au centre apparaît comme une sanction, une forme de punition dont la source ne peut venir que de Dieu. Cette situation de compromis est une menace pour les identités professionnelles car le travail social repose en tant que culture sur un ensemble de savoirs et de compétences acquis au cours de la formation professionnelle. L'exécution de tâches ne relevant pas de leur qualification entraîne à long terme le risque d'une perte de compétence. L'inaction se manifeste au quotidien par leurs comportements. La plupart d'entre eux viennent au travail après huit heures et ce n'est qu'après leur arrivée qu'une pensionnaire vient

faire le ménage. Assis dans leur bureau sous équipé, ils passent le temps à jouer aux cartes sur leur ordinateur personnel ou à bavarder entre eux des banalités de la vie courante. Les journées paraissent longues et cela se remarque dans les mobilités fréquentes entre le centre et la ville. Pour celui qui a une autre qualification, le temps libre généré par l'inactivité offre l'opportunité de s'investir dans des activités extraprofessionnelles très rentables. Aussi le calme et le silence du centre ne sont perturbés qu'aux heures du repas de midi, ou à des moments particuliers comme le partage de coton, la réception des vivres et la visite d'une association. Dans ce contexte, la source de motivation au travail relève de la satisfaction de soulager la souffrance. Aussi, un agent dit ceci :

> *« Mais avec le temps, à force d'y être avec elles tous les jours et également, le fait que j'arrive à travers un sourire, une poignée de main à soulager, ça fait que j'ai des forces de pouvoir y être et travailler avec moins de difficultés[...] ça me plaît ; parce que quand j'arrive à soulager et quand je souris, on me répond ; quand je taquine, on me taquine, c'est bon pour le morale. Je n'ai pas peur d'aller vers elles ; je ne suis pas complexée et elles non plus ; elles entrent ici, comme elles veulent et quand elles veulent ; je vais dans leur chambre quand je veux et comme je veux ».*

L'engagement des travailleurs est justifié par le sentiment d'accomplir une vocation « divine » :

> *« Du moment que c'est une vocation ; ça me plaît ; j'aime aider les personnes ; et Dieu même a dit de venir au secours de ceux qui ont besoin ».*

Les discours des travailleurs sociaux sur leur travail montrent le choc de la découverte de l'environnement de travail et l'inadéquation entre formation et les actions d'intervention. Cette situation va induire des formes d'adaptations continues, un apprentissage dans le tas et le risque pour les agents de désapprendre. La précarité des statuts professionnels n'est que le produit de la pauvreté du dispositif de prise en charge des femmes.

2.2.4. Le public cible

La quasi-totalité des femmes parlent la langue *Moore* et sont de l'ethnie moose. Ethnie majoritaire du pays, elle représente près de 60% de la population et repartis sur l'ensemble du pays avec des fortes concentrations dans la partie centrale. Les graphiques ci-dessous, construits à partir de l'exploitation statistique des données issues des archives montrent la diversité des femmes accueillies dans le centre.

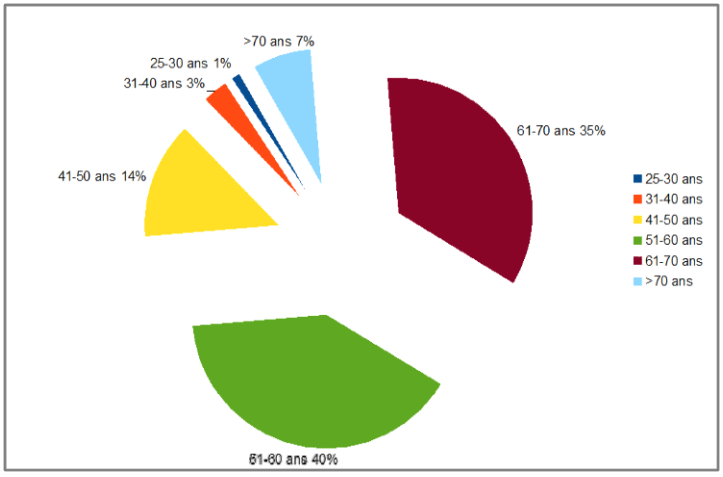


Figure 4 Diagramme des âges des femmes à l'entrée dans le centre (N=111)

Sur les 111 femmes enregistrées de 1994 à 2012, 82% des femmes ont plus de 50 ans. Parmi celles-ci, 40% ont un âge compris entre 51 et 60 ans et 42% ont plus de 61 ans.

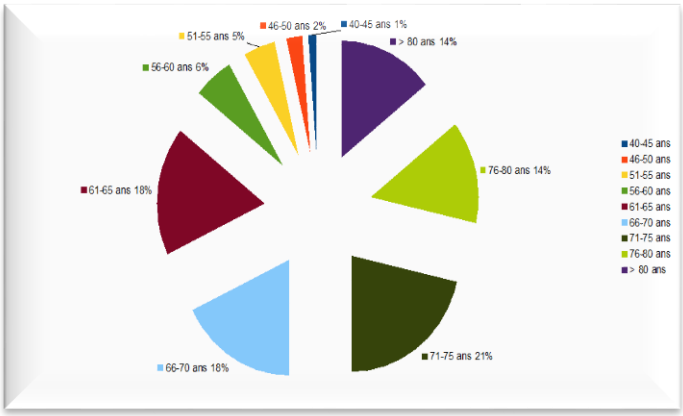


Figure 5 Diagramme de répartition des femmes selon les âges en 2014 (N= 84)

Les âges des femmes au moment de l'enquête montre un public cible hétérogène. Les 14% des résidentes ont moins de 50 ans ; parmi les femmes dites

« âgées », 36% ont un âge compris entre 60 et 70 ans et 14% ont plus de 80 ans. L'on rencontre des femmes handicapées, qui se déplacent difficilement ou cloitrées dans les chambres. Pour celles-ci, elles bénéficient de l'aide des autres plus jeunes pour les activités quotidiennes de la vie domestiques (se laver, chauffer de l'eau, nettoyage de la chambre). Chacune fait une expérience singulière de vieillir du fait qu'elles ont des histoires singulières et qu'elles sont venues à des époques différentes.

Les modalités d'accès au centre mobilisent des acteurs étatiques et familiaux. Dans les récits de l'accusation et de la violence subie, certaines femmes ont fui toutes seules ou avec l'aide de leurs enfants pour se réfugier dans le centre. Aujourd'hui, bon nombre d'entre elles est référé par le service de l'action sociale des localités d'origine à la suite de l'échec de multiples médiations. Ainsi, elles arrivent avec une fiche de liaison dans laquelle, il est mentionné leur identité et le motif de leur exclusion de la communauté « *sont victimes d'exclusion ; elles ont été accusées de mangeuses d'âmes* ». A son arrivée au centre, la personne est reçue individuellement pour les formalités d'enregistrement à l'aide d'une fiche sur laquelle figurent les informations suivantes : le numéro d'enregistrement ; l'identité de la personne (nom, prénom, âge) ; la filiation (nombre d'enfants vivants, morts) ; la provenance (village, département, province) et un commentaire sur les causes de sa venue au centre. C'est ainsi qu'en fonction de leur histoire personnelle, les femmes ne disposent pas des mêmes ressources, des mêmes pouvoirs et elles n'ont pas toutes les mêmes rapports à leurs villages d'origine.

Les relations entre les bénéficiaires et les travailleurs sont empreintes de cordialité, de respect et parfois de domination. L'idée de se sentir comme dans une famille revient dans les discours. Aussi un travailleur déclare :

> *« L'atmosphère, c'est détendu, ça va ; l'atmosphère avec le personnel ; c'est comme une grande famille. Ça fait que à certains moments, on ne sait pas qu'on travaille »…*

Cet esprit de famille apparaît les sobriquets (« *rûmde* » [ma préférée], « *yaaba* » [grand-mère]). Toutefois des rapports sélectifs naissent entre certaines femmes et les travailleurs sociaux. Je constate qu'une seule femme sert à manger aux travailleurs et c'est elle qui leur « f*ait le marché de légumes* ».

Dans cette «famille», deux femmes jouent un rôle important dans la vie de la structure Il s'agit de la « *paag-naaba* » (Litt. Le chef des femmes) et son adjointe. Les deux responsables bien que discrètes surveillent, et supervisent le déroulement des activités du centre (partage de repas, distribution de coton, réception de vivres et de dons). D'ailleurs, elles détiennent toutes les clés des magasins de vivres, comme celles des bureaux des travailleurs sociaux.

2.2.5. Les acteurs externes

La première catégorie des intervenants regroupe les partenariats structurés comme «Helvetas- Burkina Faso», «Ambassade de Danemark», l'ONG « Emmaüs Solidarité », qui a leurs domaines d'intervention bien ciblée. L'Association pour la Promotion de la Femme et de l'Enfant (APFE) sise à Yako intervient dans la prise en charge psychosociale des femmes à travers des causeries mensuelles. L'ONG Promo-Femme complète les actions par un appui juridique qui apparaît comme une mise en scène politique. L'association « Soufas » appuie la structure en dotation de médicaments et prend en charge le salaire d'un infirmier en retraite. La deuxième catégorie regroupe les personnes physiques (comme un couple autrichien) qui interviennent par des actions ponctuelles (don des vivres, du matériel d'entretien). La troisième catégorie concerne les institutions religieuses chrétiennes qui jouent un rôle dans la conversion et le maintien d'une vie religieuse. La dernière catégorie regroupe les vendeurs ambulants de toutes sortes de marchandises qui viennent pour des transactions commerciales.

La description du centre avec ses multiples acteurs externes et internes montre une structure dynamique et animée dans la journée. Les nuits sont calmes car les pensionnaires racontent que « leur coin est plein de voleurs ». Ainsi, quand la nuit commence à tomber, elles invitent avec instance leurs visiteurs à rentrer chez eux. Dans ce contexte, comment cette institution familiale est perçue dans la ville ?

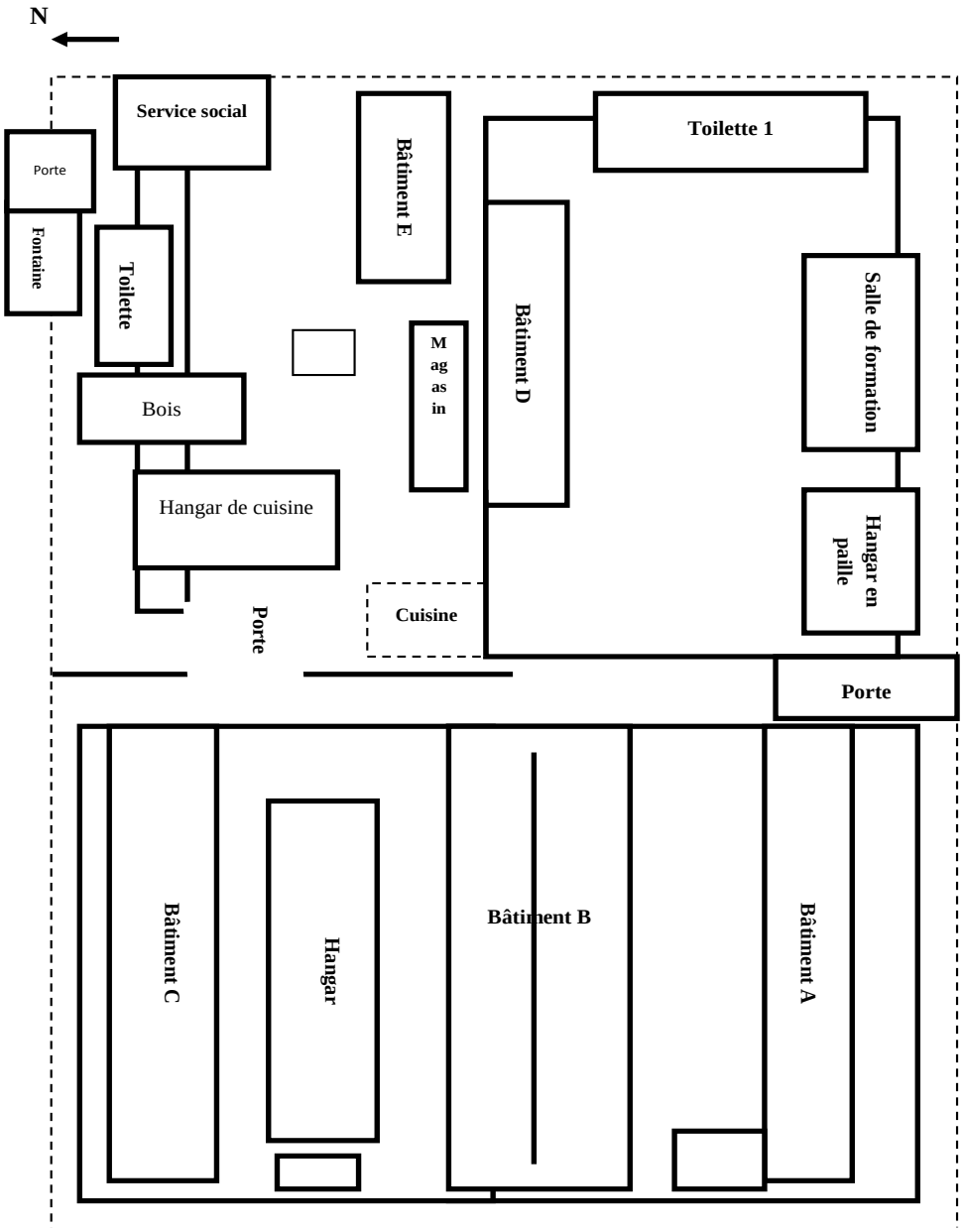


Figure 6 Schéma de l'architecture de la cour de solidarité

2.3.L'image du centre dans la ville

L'image du centre est le reflet de la représentation ambivalente de la sorcellerie de la femme âgée. D'un côté, le centre est le symbole d'une injustice sociale et de la traduction des inégalités de rapports de force entre les hommes et les femmes. A ce titre, un chef de quartier déclare :

> *« Moi aussi j'entends parler de sorcellerie, des mangeurs d'âmes. Est-ce que c'est vrai ; je me dis que souvent ; ce sont des personnes qui sont vieilles et qui n'arrivent plus à servir la famille et le plus souvent, c'est la jalousie, et on veut les mettre à l''écart ces dernières. Personnellement, je ne suis pas d'avis qu'on chasse des femmes vieilles qu'elles sont sorcières ; je suis contre ces pratiques »*

De l'autre côté, le centre suscite la peur, la crainte chez les riverains. Plusieurs personnes croient à la sorcellerie parce qu'elles ont été informées par les radios communautaires, la presse locale, dans les lieux de cultes (églises évangéliques, mosquées) ou témoin d'une violence faite à une femme pour accusation de sorcellerie. Une vieille femme de 68 ans, vendeuse de bouillie me raconte son expérience personnelle :

> *Quand j'avais l'âge de douze ans, j'ai été mordue par une sorcière. J'avais une plaie au niveau de la fesse (elle me montre le lieu avec son doigt) qui résistait au traitement. Une nuit, la sorcière s'est transformée en un chat noir et est venu dans un rêve pour agresser notre père. Celui-ci l'a tué en l'égorgeant. Le lendemain matin, une vieille femme est trouvée morte dans sa couchette. (Elle hausse la voix) si tu n'as jamais été agressée par une sorcière, tu vas dire qu'elle n'existe pas » (Entretien du 25 Mai, 2013)*

Dans la culture pentecôtiste en expansion, la reconnaissance est explicite et s'accompagne d'une offre de guérison. Dans leur tradition, de l'homme fait de corps, d'âme et d'esprit, la sorcellerie relève des œuvres de Satan ou du diable. Un pasteur de 45 ans, exerçant depuis 2003 donne sa définition et des témoignages :

> *«Dans la bible, il est dit que si tu hais ton prochain, tu es un sorcier. Ce n'est pas seulement la personne qui mange les « âmes ». La haine est une forme de sorcellerie. L'exemple type est celui de Caïn et Abel. J'ai rencontré beaucoup de personnes dans l'exercice de mon ministère pastoral qui sont des sorciers. Quand je suis revenu de la Côte d'Ivoire, trois personnes se sont associées pour me prendre (en Moore « yonke »). Je revenais d'un marché et je les ai rencontrés face à face. Ils m'ont dit que ma prière leur dérange et que je n'aurai pas la paix (en Moore « laafi »).Un jour, j'ai prié et je suis allé chez lui. Il me demande si je ne crois pas à sa sorcellerie. Je lui réponds que Dieu a dit qu'il ne veut pas que le méchant périsse mais qu'il se convertisse pour aller au paradis. J'ai demandé à Dieu d'anéantir ses pouvoirs afin qu'il ne puisse plus tuer l'enfant du village. Comme il a persisté, il a été chassé un jour des funérailles parce qu'il a tenté de prendre l'âme de quelqu'un » (Mars2014)*

Au cours de notre entretien fait en *Moore* parce il ne s'exprime pas en Français, celui-ci poursuit par le témoignage d'un homme. Celui aurait été nourri (en Moore « *dilge* ») par la coépouse de sa mère à son enfance. Il précise alors que la sorcellerie acquise dans la petite enfance est plus forte que celle obtenue à l'âge adulte. L'homme aurait expliqué que les parties du corps d'un bossu (en Moore « *yuigo* ») peuvent être utilisées pour avoir le pouvoir de l'invisibilité afin de dévorer la richesse des autres. Le pasteur termine son récit en donnant l'expérience de guérison d'une fille. Au cours d'une séance d'exorcisme, la fille aurait vomi un cadenas, des cauris. Si toutes ces histoires visent à prouver l'existence de la sorcellerie, le pasteur rejette tout de même l'idée que toutes les femmes du centre soient des « sorcières » car certaines sont victimes de la jalousie, de la haine de leurs familles.

Le rôle des médias et de la rumeur dans l'amplification de la sorcellerie dans la capitale rappellent les travaux de Henry et Tall (2008). Ces auteurs insistent sur la la multiplication récente des publications, des radios et à l'ouverture de l'espace public (Henry et Tall, 2008). Ils dénoncent le fait que les journalistes ont tendance à banaliser un imaginaire sorcellaire. Ils rapportent les rumeurs sur «les retrécissements des sexes » que l'on a coutume d'entendre à Ouagadougou. Cette production sociale de la sorcellerie a des effets sur les engagements individuels des acteurs qui portent en eux les valeurs et les normes du milieu ambiant. Ces représentations ont la prétention de distinguer les victimes légitimes à une prise en charge et celles qui ne le sont pas. Le fonctionnement du centre apparait comme le produit d'un ensemble d'éléments subjectifs et objectifs, qui fabrique des figures de la vieillesse

3. La production institutionnelle des femmes âgées

Dans le centre, les femmes sont en droit d'attendre une prise en charge alimentaire, sanitaire et mortuaire. Elles bénéficient d'une ration alimentaire quotidienne. Les pathologies courantes des pensionnaires sont traitées sur place au sein d'une infirmerie de fortune. Lorsqu'une femme décède, un service funéraire leur est offert par le service municipal. En contrepartie des biens et services reçus, les femmes s'investissent dans des activités collectives de nature commerciale et socio-économiques. La précarité des financements du centre

rejaillit sur le statut des travailleurs qui se retrouvent en difficulté de par la précarité financière de la structure et de la nature des tâches auxquelles, ils sont astreints. Ces difficultés sont omniprésentes dans les discours et dans les situations observées. Cette précarité du dispositif est significative des réalités des actions publiques en faveur des personnes âgées. Les acteurs stratégiques (institutionnels) ne font guère d'illusion sur les insuffisances de ressources allouées au fonctionnement du centre. Les travailleurs sociaux se débattent, comme ils peuvent au quotidien mais ils sont confrontés à des situations exceptionnelles, sans aucune référence professionnelle antérieure avec un public « spécifique ». Les acteurs font le mieux de ce qu'ils peuvent en fonction de leurs ressources professionnelles, institutionnelles et financières dans un contexte de contraintes fortes multiples.. C'est pourquoi, je propose de discuter de la production institutionnelle des femmes âgées. En effet, le centre façonne la vie quotidienne, les statuts sociaux. En d'autres termes, le centre produit des figures de « pug gnãse »

3.1. La conversion religieuse

A partir du récit d'une femme, je me propose de discuter du processus de conversion à la religion catholique comme un « rite d'institution » (Bourdieu, 2001 : 173). Le sorcier est appréhendé comme un être n'ayant pas de pouvoir sur ses passions qui lui font dévorer les humains (Augé, 1975 ; Lallemand, 1988). Cette condition du sorcier traduit une hétéronomie, facteur favorisant un défaut d'intégration à tout groupe social. La conversion fonctionne véritablement comme un rite d'institution en « marquant solennellement le passage d'une ligne qui instaure une division fondamentale de l'ordre social » (Bourdieu, 2001 : 176). Cette ligne crée une frontière entre « un avant et un après » (Ibid., p.176) et fabrique ainsi une différence entre les deux périodes de la vie : la vie antérieure de « sorcière » et la nouvelle vie où la femme est débarrassée de sa « sorcellerie ». La cérémonie de baptême, dont elle en parle pourrait alors être comparée à une investiture (Ibid., 2001), un acte qui fait « connaitre et reconnaitre une différence » (Ibid., 2001 : 178). A ce titre, elle « exerce une efficacité symbolique tout à fait réelle en ce [qu'elle] transforme réellement la personne consacrée » (Ibid., 2001 : 178). La conversion qui procède de plusieurs étapes est illustrée par le cas de Ruth.

Ruth est une femme de petite taille, très vive et semble bien portée ses 75 ans (née en 1940). Elle incarne la mémoire du centre, capable de raconter les histoires des autres femmes. Elle met au monde neuf enfants dont cinq garçons et quatre filles. Quatre garçons et une fille meurent à leur jeune âge. Durant l'année 1995, elle perd son mari. Elle est donnée en mariage à un des enfants de sa coépouse. Au bout de quelques temps, celui meurt. Elle est accusée de sorcellerie et elle est chassée avec son seul fils avec lequel, elle vivait. Elle retourne chez sa famille qui accepte l'héberger jusqu'à ce qu'un habitant du village meurt ; elle est de nouveau accusée. Ne sachant plus où se réfugier, son fils l'amène au centre en 1996. A son arrivée au centre, elle est accueillie par un assistant social. Une femme plus ancienne dans le centre l'héberge environ trois semaines au cours desquelles, elle « observe comment les femmes vivent ». Elle raconte que la semaine suivant son arrivée, un prêtre est venu pour une messe. Elle fut présentée à ce dernier qui la reçoit dans un coin à l'abri des oreilles. Elle ne révèle pas le contenu de cette conversation, mais elle décide de se convertir à la religion catholique. Après sa rencontre avec le prêtre, elle est conviée à la responsable de la cellule catholique de base du quartier. Celle-ci vient régulièrement les jeudis après-midis pour ses séances de prières et d'enseignement. Trois ans plus tard, elle est baptisée au cours de la célébration de la fête de Pentecôte. Ce jour, raconte-t-elle fut « un grand jour dans sa vie » parce qu'elle s'est sentie entourée par la communauté. Elle prit le prénom « Ruth ».

Depuis ce temps, elle arbore une croix à son cou. Le récit de vie de cette femme est représentatif de celui des autres femmes. Cette pratique de conversion du centre tire sa source des origines missionnaires de l'église catholique. Les habits avec l'effigie de la Vierge Marie, les signes de croix avant les repas, la croix du Christ suspendu sous le grand hangar sont des mises en scène d'une vitalité religieuse dans le centre. La vie religieuse apparait dans l'ensemble des pratiques journalières et singulièrement les dimanches et les jours de fête. Des séances de prières sont organisées à leur intention par la paroisse ou la cellule catholique de base à certains moments particuliers, comme dans le mois de rosaire. Le mardi de Pâques de l'an 2014, le curé de la paroisse, en compagnie d'un de ses assistants viennent pour une séance de confession, suivie d'une messe. Une quête de l'argent est organisée. Après la messe, les sujets de plaisanteries alimentent les

conversations avec le prêtre. Quelques femmes continuent de venir donner l'argent et le prêtre apparemment gêné dit « *hé ! Vous aussi !* ». Ce jour, les femmes boivent leur *dolo* et du « *zomkom*[33] » en compagnie du prêtre, donnant à cette tranche de la journée l'allure d'une fête. De temps en temps, quelques évangélistes passent « *leur annoncer la bonne nouvelle* ».

La conversion confère au converti une autonomie définie comme une domination de soi, une capacité à maitriser ses émotions et ses passions (Decobert, 2001) pour favoriser la réinsertion dans un groupe. La représentation de la femme « sorcière » va se trouver modifier vis-à-vis des autres au sein de la société. La femme ne constituera plus une menace. C'est pourquoi, plusieurs femmes rendent témoignages de la cérémonie de baptême qui a été une opportunité de renouer les liens familiaux, jadis brisés. Une femme de 80 ans raconte son expérience :

> *« A mon baptême, mon fils, son épouse et un de mes petits fils sont venus assister. Depuis lors, quand son père vient me voir et il (petit-fils) est au courant, il pleure….et parfois, il est obligé de l'amener…. L'année passée, je suis rentrée les voir et quand je voulais revenir, il a pleuré abondamment… je dis ; ne pleure pas car je vais revenir…celui [fils] qui est en Côte d'Ivoire, m'a appelé l'autre jour et on a échangé… il a demandé si j'ai la santé, j'ai répondu que oui…qu'est-ce que je vais dire…le fils qui est au village aussi vient ; même si je l'appelle aujourd'hui, il viendrait ; j'ai son numéro. Hier nuit, je l'ai appelé ; il était en circulation. Arrivé à domicile, il m'a rappelé ; j'ai demandé les nouvelles de sa femme et des enfants ».*

La conversion marque également un changement de sens de la vie. Elle procurerait une nouvelle identité en rupture avec celle du passée qui se caractérisait par une condition « d'insécurité, de l'état de faiblesse et de fragilité » (Decobert, 2001 : 72). L'institution de cette nouvelle identité se fait par l'imposition d'un nouveau prénom qui assigne « une essence, une compétence » (Bourdieu, 2001 : 178). La nomination impose « un droit d'être qui est un devoir d'être » (Ibid., 2001). Si les pratiques quotidiennes visibles portent le sceau de la religiosité, le processus d'identification aux nouveaux prénoms apparait comme une prétention. Cette dimension subie voire forcée est révélée au cours d'un incident banal lors de la distribution du coton.

Ce jour-là, le centre est particulièrement bruyant. Deux femmes se plaignent en disant « *vos mauvaises paroles, je ne suis pas dedans* ». Assis sur une chaise,

33 Eau mélangée à la farine à laquelle, on ajoute du sucre et parfois du citron, du gingembre et des aromates

sous le grand hangar, un travail social procède à la vente mensuelle du coton. Il tient la liste des pensionnaires et coche devant chaque nom avec un crayon. Quand elle appelle le prénom d'une femme, celle-ci s'avance, reçoit son coton pesée par deux autres résidentes. A un moment donné, il constate que le prénom inscrit ne correspond pas à celui qui est utilisé couramment. Il demande parfois « *est ce que vous n'avez pas un autre prénom ?*» Chaque fois, les femmes répondent positivement. Toutefois, la conversion leur ouvre des espaces de rencontre avec la communauté des chrétiens à travers leur participation à la messe de dimanche. La religion viserait « une quête de l'ordre, la sécurité et la paix » (Thomas et Luneau, 1997 : 256) dans la dimension sociale. Aussi apparaît-elle comme une action psycho-morale qui associe la guérison et le pardon. Le pasteur comme le curé recourent dans leurs sermons les registres de la réparation et la réconciliation pour le retour de l'ordre. Véritable action thérapeutique, le repas collectif à la fin de la messe est un symbole de l'union retrouvée.

Après cette conversion la femme va recevoir son premier kit de coton, qui l'insère dans la vie économique de la communauté.

3.2 La participation aux activités économiques collectives

L'implication et la participation aux activités économiques donnent une configuration domestique au centre. Quelle est la nature de ces tâches quotidiennes ?

L'activité de filage du coton occupe la grande partie du temps de Ruth. La constitution du stock de coton du centre se fait au moment de la récolte grâce au financement de l'organisation non-gouvernementale (ONG) suisse Helvetas. La première dotation individuelle se compose de quatre kilogrammes de coton au prix de 1750 F CFA (1,5 euros) et d'une quenouille. Au fur et à mesure que la femme vend son fil de cotonnade, elle rembourse progressivement le prix d'achat du coton. Elle met de côté le bénéfice pour ses besoins personnels. Son stock est renouvelé jusqu'à ce qu'elle ait la capacité financière de rembourser son crédit. Les recettes sont versées auprès de la personne chargée de l'intégration socio-économique qui dispose d'un cahier de recettes. A la fin de chaque mois, le responsable du service « fait le point » des recettes avec elle. Celle-ci rembourse le prix du coton et le

bénéfice lui revient de droit. Toutes les femmes s'adonnent à cette activité lucrative, en plus d'autres tâches qui sont confiées à des responsables de groupe.

Située à la porte sud du centre, la fontaine est gérée alternativement par une femme chaque semaine. La fontaine est sous un hangar fait avec des supports en fer rond, couvert de paille. Une grande bâche entoure les quatre coins de ce lieu, au point qu'à première vue, le visiteur ne sait pas de quoi il s'agit. Elle sert de lieu de ravitaillement aux commerçants du marché et aux résidentes. L'eau de consommation et pour les travaux collectifs (cuisine, nettoyage) est gratuitement fournie ; par contre pour les usages personnels, elles paient à la fontaine en raison de 10 F le bidon de 20 litres, comme cela se passe en ville. Chaque matin, la femme de semaine passe verser les recettes de la veille au service chargé de l'intégration socio-économique. Le responsable passe faire le relevé du compteur d'eau. Ces recettes servent à régler les factures d'eau du centre. Certains commerçants s'approvisionnent et appellent amicalement la vendeuse « *yaaba* » (grand-mère). Par contre d'autres optent de se rendre dans une fontaine située de l'autre côté du marché par « peur » disent-ils. La fontaine est un lieu propice à des rencontres et des échanges entre les femmes et l'extérieur et participe à diminuer la stigmatisation sociale de ce lieu et de ses habitants. C'est le cas d'une commerçante du marché de Paspanga, qui raconte sa rencontre et son amitié avec une pensionnaire. Elle dit que durant les fêtes, elle va participer car dit-elle « *ce sont nos mamans ; d'autres sont des sorcières, mais d'autres sont accusées à tort* ». Au cours d'une autre conversion, cette jeune femme me dira qu'elle ne croit pas à la sorcellerie et se demande si, c'est parce qu'elle est née à ouagadougou ou c'est le fait qu'elle ne serait pas *moose*. Elle envoie régulièrement son garçon de douze ans offrir du « *babinda* » à sa « *grand-mère* ». Son fils est bien connu dans le marché comme le petit-fils de la pensionnaire. Une autre activité à vocation lucrative et nutritionnelle est la production du « soumbala ».

Le « soumbala » est un produit d'assaisonnement fabriqué à partir des graines de néré fermentées et mises en boule. Très utilisé dans la cuisine à Ouagadougou, le centre a bénéficié de l'appui de l'ambassade de Danemark pour la formation et de l'équipement. Cette production est bien contrôlée par le responsable des femmes, qui suit toute la chaîne de production. Derrière la répartition de la

fabrication par groupe de travail, je constate qu'une jeune femme en est la vraie responsable qui se charge de la quantification (le nombre de « plats » à préparer), jusqu'à la vente des produits finis. Les autres membres du groupe s'occupent de la partie difficile, le pillage et le lavage des grains. La connexion entre cette production et la cuisine renforce sa place dans la vie du centre. Le soumbala attire au quotidien plusieurs acheteurs de l'extérieur.

La mise en place de ces activités collectives tire ses origines des ateliers de tricotage et de filage pour les jeunes filles de l'église catholique (Bazémo, 2007). Du reste, au cours d'un échange avec un gestionnaire d'un autre centre, celui-ci qualifie l'organisation des centres selon la « philosophie de l'église ». Les activités socio-économiques contribuent à faire du centre un espace de transactions commerciales. Leur but est d'assurer un autofinancement pour remédier à la précarité de l'institution.

La dimension collective de ces activités participent à donner l'image d'une maisonnée; d'où l'importance des discours de comparaison du centre à une « grande famille » de la part des femmes que des travailleurs sociaux. Ainsi la solidarité quotidienne qui apparait dans les formes d'échanges de biens et de services (partage de repas, aide à la toilette aux handicapés) participe à la survie quotidienne des membres du collectif (Weber, 2005). La solidarité à l'œuvre à travers les formes de mutualisation des ressources de la maisonnée va alors se reposer sur les différentes modalités de l'identité collective. Cependant les différentes manières de se comporter à l'intérieur du groupe, permet de saisir les expériences plurielles de vieillir dans le centre.

3.1. Les figures de vieillesse au centre

Deux figures de la vieillesse peuvent être appréhendées au travers de la capacité d'adaptation ou inadaptation dans le centre. La figure de l'équilibre se traduit par l'acquisition d'une nouvelle vie, c'est-à-dire par l'existence d'un « monde privé » (Mallon, 2010 : 167). Il se compose de « trois types des avoirs familiaux : un lieu, des biens, des liens » (Ibid., p.167). A l'inverse, la figure du déséquilibre met en évidence les difficultés d'intégration au centre qui se révèlent dans le désir de retourner dans les lieux d'origine et des formes de vie en réclusion.

3.1.1. La figure de l'équilibre

Ruth est une figure symbolique d'une femme qui s'est adaptée, intégrée à la vie du centre par une appropriation des espaces, par la constitution des réseaux d'amitié et la reconquête du soutien familial.

L'espace intime de Ruth se compose de sa chambre qu'elle partage avec Marie, une femme de même âge et de sa nièce qu'elle héberge. Deux matelas d'une place sont posés à même le sol à côté d'un lit-pico. Deux moustiquaires sont suspendues au toit de la maison. Les vêtements sont suspendus à des cordes. Dans sa chambre, dans un coin sont gardées les céréales. La chambre est nettoyée et propre. En plus de son logis, elle dispose au coin du mur, une cuisine de fortune où elle prépare ses plats du soir car le centre offre un seul repas par jour. La vie de cette dame se déroule également sous le hangar où les résidentes se regroupent pour converser sur les banalités de la vie et pour le triage des céréales. Elle se rendait régulièrement au marché de *Sankar-yaare* pour le grappillage des céréales à des fins commerciales. Au fil de temps elle a fait venir une des nièces pour s'occuper de ce volet de ses activités commerciales. Très tôt le matin, menu d'un balai, d'une calebasse et d'un grand plat en plastique, elle arpente les rues de la capitale pour le grappillage des céréales composées de riz, mil, maïs, sorgho et du haricot. Après le triage, les céréales sont lavées et séchées pour être revendues aux femmes, restauratrices de mets « traditionnels » (bouillie de mil, gonre [galette de haricot], mansa [galette de mil] de la ville. Elle ne revient que le soir toute fatiguée avec les pieds couverts de poussière. La scène ci-dessous rend compte de la nouvelle vie de la femme.

Dans mes notes de terrain : Ce dimanche Ruth, sa fille venue du village pour lui rendre visite et sa nièce rentrent de la messe. Elles sont habillées chacune d'une robe blanche, faite de dentelles. La vieille femme porte un pagne, un foulard. Dès son retour, elle se change d'habits pour mettre son vêtement ordinaire, fait d'une longue robe vieillie qui montre l'effigie de la Vierge Marie. Les deux autres conservent leur habit de dimanche. La petite fille va prendre une natte dans la chambre et vient étaler sous le grand hangar. Pendant ce temps, la vieille femme récupère leurs repas du jour qui a été soigneusement gardé dans un coin de la chambre. Ruth demande à une des amies, Naomi, âgée de 74 ans si la

vendeuse de bière de mil n'est pas encore passée. Naomi a intégré le centre la même année que Ruth. Depuis, elles sont devenues des complices. Plusieurs fois, elles conversent ensemble des banalités de la vie pour se soustraire de la solitude. Ce jour-là, non seulement, la vendeuse de dolo est venue plus tôt que les autres fois mais également, elle disposait d'une petite quantité. Cependant, elle est venue avec la soupe de viande. Sa copine avait pris soin d'en acheter. Le groupe s'assoit pour prendre le déjeuner. Le menu se compose du riz sauce, de la soupe de viande et un bidon de deux litres de dolo. Après avoir fini de manger, la fille (visiteur) se couche sur la natte pour se reposer. A peine, elle s'est couchée qu'une résidente vient pour la saluer et prendre des nouvelles du village. Les unes après les autres, elles défilent pour témoigner de leur reconnaissance car elle est venue avec des vivres, des légumes secs pour sa mère. Celle-ci en a partagé avec ses plus proches. Entre temps, un vendeur de pagne rentre dans le centre. Le prix unitaire d'un pagne en tissu coûte 750f (environ 1euro) mais aujourd'hui, Ruth n'achète pas car elle en a pris deux la semaine passée pour elle et pour sa nièce.

L'adaptation au centre se traduit parfois par la mise en place d'un quasi-monopole commerciale, l'établissement des relations privilégiées avec le personnel et des retours fréquents à la localité d'origine pour participer aux évènements sociaux de la famille. C'est le cas d'Andréas.

Originaire d'un village situé dans une province du nord du pays, elle a un frère qui réside dans un des nouveaux quartiers riches de la capitale. Née en 1963, elle a deux garçons et trois filles, dont le plus âgé des enfants a 30 ans. Ses deux premiers enfants sont décédés dans leur petite enfance. Elle intègre le centre à la date du 9 octobre 2007. Elle raconte les causes de sa venue

> *« Je suis revenue de la Cote d'Ivoire pour m'occuper de mes beaux-parents, âgés. Il y a deux mois environ un homme âgé de 50ans est décédé dans l'entourage de ma belle-famille. Sa famille a porté le corps et nous avons été désignés comme des coupables. Nous étions trois à être accusées. Nous avons donc été expulsées du village. C'est pourquoi je suis venue demander de l'aide au centre ».*

De par son séjour en Côte d'Ivoire, elle est la seule femme qui s'exprime en français en plus de la langue *Moore* et le *bambara*. Son dynamisme fait d'elle la responsable « désignée » de la cuisine à qui il incombe l'achat des condiments chaque matin. Elle entretient des relations particulières avec les travailleurs sociaux

à qui elle rend de nombreux services personnels. Elle leur achète les légumes et autres marchandises au marché et c'est elle également qui leur amène à manger chaque midi. Elle s'occupe également de la production et de la vente du « *soumbala* ». En plus des autres activités économiques collectives du centre, elle gère un réfrigérateur où elle vend de la glace et de l'eau fraîche. Elle raconte que c'est avec ses économies du grappillage de céréales, de la vente du coton, qu'elle a pu s'offrir un réfrigérateur « Au revoir-France » à un coût de 100.000 FCFA (150 euros). Pendant la période de chaleur, en plus des femmes, plusieurs personnes viennent de l'extérieur pour en acheter. Pour son activité de vente de glace, elle a à sa disposition une petite salle. Quand elle sort pour ses courses, elle confie la clé à une personne de son choix, même parfois au personnel administratif. Elle est la seule pensionnaire à disposer d'un téléphone portable. Très impliquée dans la vie du centre, elle intervient pour la résolution des tensions qui naissent autour du partage des repas. Depuis son hébergement au centre, son frère serait venu lui rendre une seule visite avec son épouse. Désormais, ils s'appellent parfois au téléphone. Cependant, elle retourne parfois au village pour voir ses enfants et ses parents. Elle reçoit régulièrement la visite de sa sœur. Bien que le silence entoure sa situation financière, les petits plats particuliers du soir qu'elle s'offre et les achats de pagnes et de foulards auprès des petits commerçants témoignent d'un statut économique plus favorable que ses cohabitantes.

Pour ces femmes, le centre constitue une maison qui renvoie à une idée de « chez soi » au sens « d'une relation entre un lieu et une identité » (Mallon, 2012 : 167). Un « chez-soi » qui se démultiplie en plusieurs lieux privatifs au sein des espaces collectifs. La cuisine « personnelle » au bord du mur de clôture témoigne d'un statut social valorisé. En effet, toutes les femmes n'en possèdent pas et ce « foyer » constitue un lieu de révélation des statuts socio-économiques des femmes. On y trouve les marmites noircis, du bois à moitié brulé, du charbon de bois (que l'on revend parfois). La terrasse est également un espace privatif pour quelques heures de la journée. Non seulement, les céréales personnelles y sont séchés, mais c'est également le lieu que les parents de passage se reposent dans la journée. C'est encore en ce lieu, que les relations d'amitiés sont mises en scène à travers la prise en commun de certains repas. A l'image des réfugiés dans un camp, certaines femmes se sont adaptées « aux changements importants au cours

de cet apprentissage de la vie dans un habitat et un cadre écologique urbain » (Agier, 2008 : 161). Le flux de vendeurs, les querelles quotidiennes, les affinités et les complicités, les activités économiques confèrent au centre une vie singulière, une expérience nouvelle de vieillir en milieu urbain.

Ces soutiens familiaux se concrétisent par les visites et les hébergements des parents. Le rétablissement des liens familiaux apparait comme un premier critère d'une possibilité de retour dans la communauté. C'est pourquoi, un cahier de visite est mis en place. Dans ce cahier sont notifiés la date de la visite, l'identité du visiteur, le bénéficiaire de la visite. Le téléphone du service social sert de relais entre les familles et les femmes. Pour ce faire, un cahier de téléphone dans lequel sont inscrits les correspondants des pensionnaires est mis en place. Les items de ce cahier sont : date/ Nom –prénom (appel)/ Lieu de l'appel/ message/.

Si la finalité de cette prise en charge est de favoriser le retour en famille, l'objectif est loin d'être atteint. En effet, sur la période de 2001 à 2010, seulement dix-huit femmes sont retournées dans leurs familles d'origine. Cette difficulté de réintégration rend compte de l'ambiguïté du statut du centre (refuge et logement urbain) et de l'ambivalence de la perception de la prise en charge par les femmes exclues et par leurs familles. D'une part, le centre produit de nouvelles vies, au point de se transformer en une famille ; d'autre part, il demeure un lieu d'exclusion, mal vécu par les femmes qui expriment le souhait de retourner dans leur communauté.

3.1.2. La figure du déséquilibre

Les itinéraires des femmes portent des évènements traumatiques liés à l'éclatement de la famille, à la destruction de leurs biens et aux sévices corporels. L'expérience quotidienne du vieillir oscille entre les comportements de retrait, de résignation et de résistance. C'est le cas de Juliette, une femme de 80 ans.

C'est une femme de grande taille avec de beaux traits. Il ne fait pas de doute qu'elle fut une belle fille dans sa jeunesse. Elle intègre le centre en 2008. Elle retrace les événements :

> *« C'est une femme qui a perdu son enfant… ; je ne vais dire une femme (pag ye), mais c'est notre sœur, nos pères sont des frères consanguin. C'est le mari de ma fille ; l'enfant est décédé et on a dit que c'est nous. J'ai dit, je ne suis*

pas au courant. Moi-même, j'ai mis au monde 9 enfants, il y a 6 qui sont morts….j'ai dit que je suis incapable de faire cela ; ils ont dit ; non ! Que si je veux ; je peux partir rester chez mes parents, mais c'est à côte à côte. Chez mes parents, ma mère est décédée, mon père est décédé ; la coépouse de ma mère aussi, il ne reste que les jeunes…Eux aussi, ils ont peur, c'est pourquoi, je suis venu ici…si les deux familles étaient séparées, je pouvais rester chez mes parents ; mais à partir du moment, où ils sont ensembles ; c'est la peur »

Cette accusation survient trois ans après le décès de son mari. Elle ne s'oppose pas au lévirat, mais il n'y a « *personne à qui on aurait pu* » lui donner. Ancienne présidente d'un groupement de femmes, de son village, elle consent de rester avec son seul fils. Survivante de sa génération, elle raconte la réaction de son fils :

« Comme il n'a pas de force, qu'est-ce qu'il va dire ? Il s'est levé pour construire à côté ; mais les gens ont dit que s'il me laisse résider ici, ils vont me tuer cela aussi ne le convient pas. C'est pourquoi, il m'a amené chez un de mes frères qui est à Goudou ; celui-ci aussi a eu peur ; ils ont alors contacté le service social de Goudou et c'est de là, que je suis venu ici ».

Au cours de cet entretien qui se déroule dans un des bureaux des assistants sociaux, elle se met à pleurer à chaude larme. Sa morve coule. Je tente de la consoler. Elle reste silencieuse pendant quelques minutes et je l'accompagne dans sa chambre. Ma relation avec Juliette est devenue plus familiale au fil du temps. Nous conversons sur les banalités de la vie, de ses rapports avec sa famille et de sa perception de sa prise en charge au centre.

Au moment de l'enquête, elle ne s'était pas conformée à la norme et règles du centre qui voudraient que les résidentes se convertissent à la religion catholique. Cette femme fait l'expérience de l'exclusion sociale dans sa triple dimension : exclusion des liens sociaux (famille, voisins), exclusion territoriale (localité d'origine) et exclusion religieuse (avec les ancêtres). Au quotidien, cette femme passe presque toute la journée dans sa chambre. Elle est assise, le buste courbé, la main au menton, les jambes tendues. Elle file peu le coton, contrairement aux autres femmes. Rien ne semble l'intéresser. Quand elle assiste un jour à la causerie éducative, la main toujours au menton, à un moment donné, elle se lève et rentre dans sa maison. Ses moments de silence, me dit-elle « *c'est quand elle pense à la maison* ». Pourtant, les relations avec son fils se maintiennent au travail du téléphone. Elle raconte :

« L'autre jour, mon fils m'a appelé et demander de mes nouvelles ; on a échangé au téléphone ensemble ; il disait qu'il aurait souhaité venir mais il n'a pas pu »…

Même si ces besoins de base sont fournis (aliment, vêtements), ses besoins de reconnaissance sociale sont loin d'être comblés. Elle dit ceci :

« Je lui ai dit, il faut remercier les gens de Ouagadougou, car ils ont bien fait, je mange, je porte des habits, je bois… mais (elle craque, elle commence à pleurer….. » (Silence)

La situation de cette femme est comparable au « syndrome du survivant », défini comme un anéantissement psychique (Fassin et Rechtman, 2002). Ces auteurs les décrivent comme des individus avec des « visages défaits » et vivant avec « ces peurs qui paralysent ». Ils ajoutent que ces individus vivent une situation de « destruction totale », acculée par la honte et la peur. Les pleurs de cette femme rappellent la profondeur du traumatisme associée à l'exclusion de la lignée familiale et lignagère. Cette exclusion touche aussi bien à la relation interpersonnelle dans la parentèle que son affiliation symbolique (ancêtre). Par conséquent, ses biens statutaires (le rang, le nom, le sang) ne peuvent plus entrer dans un processus de transmission au sein du groupe domestique. C'est pourquoi, Juliette demande à retourner chez elle en ces termes :

« Je lui ai dit de faire tout ce qu'il peut pour que je rentre parce que je ne veux pas mourir ici ; depuis que je suis ici, pendant la saison des pluies, il y a eu un mort, on vient ramasser « diike tesse », je ne sais pas comment ça se passe après….que c'est à Toudem-weogo ; personne n'a suivi… je ne sais pas si la tombe était déjà creusée, je ne sais pas comment ça se passe (elle rit),la souffrance n'exclut pas le rire « suntoogo ka rig laado ye »… comme je ne sais pas comment ça se passe. Pour cela, je ne suis pas d'accord (elle claque sa langue). Même si j'étais une sorcière, je ne veux pas être enterrée là-bas et surtout que je veux répondre à mon père (saaga ba) et à ma mère (saaga yaaba).Je l'ai appelé et je lui ai dit de venir que je veux partir… je ne veux pas mourir ici, je ne veux pas être enterré dans le cimetière des sorcières alors que je ne suis pas sorcière ; je lui ai dit l'autre jour » (Femme de 80 ans)…

Cet extrait relate la souffrance vécue dans le centre par la femme pour deux raisons principales. Il s'agit de la gestion de sa propre mort et de la perte des rôles familiaux et sociaux.

Le traitement du cadavre qui ne correspond pas à ses attentes car le cimetière est perçu comme celui des « sorcières ». Le déshonneur va alors se poursuivre même après la mort. C'est dans cette logique de la gestion de la vie après la mort,

qu'il faut inscrire les demandes incessantes de certaines femmes à réintégrer leurs familles. Les dispositions prises pour la gestion des morts dans le centre telles que racontées par les acteurs de terrain sont perçues par les femmes comme un rite indigne de leur âge. En cas de décès, l'infirmier vient faire le constat et le service « Burkina Sépulcre » s'occupe de l'enterrement en collaboration avec le service d'hygiène de la mairie. Annuellement, il est organisé une messe de requiem pour l'ensemble des femmes décédées. Cette « solitude du mourant » fait que la mort dans le centre est l'événement le plus redouté aussi bien des acteurs comme des bénéficiaires. Un acteur du ministère de l'action sociale déclare ceci :

> *« Les femmes sont préoccupées par ce problème ; « quand je vais mourir, qui va faire mes funérailles ? ». Elles nous posent cette question comme une préoccupation ; quand une meurt, quand les responsables ont le numéro d'un enfant il l'appelle ; ensuite, ils appellent les pompes funèbres, la municipalité vient enlever le corps et procéder à l'inhumation. Comme elles sont solidaires entre elles là-bas, on fait les rites religieux et on l'enterre ; c'est deux ou trois jours après que certains enfants peuvent venir prendre ses effets personnels ; c'est souvent dramatique ; sur le plan psychologique, elle voit sa propre mort qui vient à grand pas ».*

Pour comprendre le traumatisme de la rupture des liens sociaux (étendus aux ancêtres), de la femme, je vais convoquer les travaux sur le processus d'enterrement chez les *moose*.

La mort correspond à un retour chez les ancêtres « *kiim kulugo* » [cour des ancêtres] qui est localisée sur un territoire « *ting pelem* » [terre blanche]. Degorce nous en fait une description minutieuse de la manière dont le cadavre est traité avant son enterrement. Le corps du défunt est lavé, enduit de beurre de karité, sa tête rasée, puis il est enroulé dans une « natte » faite de tiges de mil sẽko (pl. sẽgdo) dont seuls dépassent ses pieds. Le corps est sorti devant la maison et le laagda (pl. Laagdba) [le croque-mort] (Degorce, 2010) le saisit pour le coucher la tête vers l'Est pour les hommes et vers l'Ouest pour la femme. On aurait tort de penser que ces constructions sociales de la mort n'ont plus de place dans la vie des citadins à cause à l'avènement de la religion du livre. Certaines croyances au devenir post-mortem existent toujours et justifient les pratiques funéraires. C'est le cas des enterrements dans les cours familiales, ou dans les villages d'origine. De même la « mauvaise mort » ou « *ku miugou* » (mort rouge) ne rentre pas dans la cours familiale. Dans cette catégorie de mort, figurent entre autres les accidents de la voie publique, les pendaisons, les suicides. Les messes de l'église catholique et les

« doua » musulmans conservent leur fonction de rites d'agrégation (Thomas et Lunneau, 1997) qui permettent aux familles de relier des contacts. Elles font l'objet d'une préparation minutieusement et rassemblent des foules nombreuses. Ce sont des moments de grande fête où l'on boit et mange, et on danse. La « présentification » (ibid. 1997) du disparu à travers les grandes photos publiées dans les journaux, les effigies sur les habits témoignent de l'importance des rites funéraires de nos jours.

Être dépouillée en un seul jour de sa place dans la famille et dans la communauté entraîne une perte de repère culturelle. A ce titre, une femme déclare:

> *« La vie est bien mais ce n'est pas bien … (silence)… nous sommes là, nous mangeons mais, les habits on nous donne, mais…. Je dis mais… parce que quand tu es habituée à manger avec tes petits-enfants ; c'est bien… si tu es assise et que tu ne peux pas te lever, tu vas dire à un petits-enfants, prends telle chose pour moi… mais ici, il n y a pas cela…nous sommes tous des vieilles. Si tu es à la maison, il y a des moments où le fils et sa femme se font la dispute, si tu es là-bas, tu vas dire à ton fils ne pas faire ainsi ; tu vas pacifier ; mais ici, tu ne sais pas si les enfants (mariés) vivent en harmonie ou pas….et puis quand ils ne sont pas à la maison, et que tu es âgé « bikasga », tu vas mettre de l'eau à l'abreuvoir des poules, des animaux…. Si tu es assise ici, et il n'y a pas d'enfants entre vous*

Après avoir relaté, ses rapports avec ses enfants et son petit-fils, elle déplore la perte totale de ses rôles sociaux dans la famille. Cette situation accentue la souffrance de la vie du centre. Cependant le retour en famille est influencé par quelques contraintes sociales et économiques.

4. Le retour en famille sous contraintes

Le facteur déterminant le retour de la victime est le décès du principal accusateur. Lisons l'extrait de l'entretien de sortie avec les deux fils en présence de la femme :

> *« Quand le problème s'est produit, quand tu l'approche [son père] pour arranger c'est la bagarre (zaaba), ce sont les menaces de malédiction (kambse) ; on a parlé jusqu'à se fatiguer et nous nous sommes tus… Maintenant le nin-kêema est décédé et comme c'est lui qui avait chassé la vieille... il est mort. Donc, nous allons nous occuper de la maman jusqu'à ce qu'elle meurt à son tour… Dans le village, il n'y avait pas de problème particulier, pas de problème ; pas de problème (il se répète plusieurs fois).*

La femme dont il est question dans cet extrait vit au centre depuis 14 ans. Elle a huit enfants. Au moment de l'accusation de sorcellerie, tous les grands

garçons sont en Côte d'Ivoire. Il ne reste que le fils cadet et les trois filles, toutes des adolescentes. Aujourd'hui, les enfants sont installés dans la zone de Bobo-Dioulasso où ils sont devenus des grands producteurs de céréales. Le cadet est un « *grand commerçant* » de la localité du village d'origine. La descendance a un pouvoir économique, qui rappelle que l'accusation ou le soupçon de sorcellerie apparait dans les familles vulnérables. A ce titre, au cours de l'entretien de sortie, un enfant déclare :

> *On a construit une maison pour elle. Je ne peux pas lui dire de ne pas travailler… ce qu'elle peut faire dans une famille (zaka), elle n'a qu'à faire et s'occuper de ses petits-enfants. Elle n'ira pas chercher de l'eau (kuiliga), ni au moulin (werbo) ; ni faire la cuisine, encore moins aller au champ… ces belles-filles peuvent faire ce boulot…. Je ne peux pas lui dire de s'asseoir sans rien faire, mais ce qu'elle peut faire … elle fera ce qu'elle veut ».*

Toutefois, vieillir même hors de chez soi, c'est assister à distance à la perte progressive des individus de son entourage. A ce titre, le retour dans sa communauté donne un sentiment d'étrangeté quand on a perdu tous les individus de sa génération. C'est pourquoi certaines femmes se résignent à terminer leur vie dans le centre. A ce titre, le responsable dit ceci:

> *« Pas qu'elles ne veulent pas repartir ; mais chez qui aller ? Il y a qui ont quitté depuis…. Qui n'ont plus de parents ; ou bien les enfants ne sont pas là ; le mari qui n'est plus. Repartir en ce moment, n'a plus de sens. Elles préfèrent rester ici ; attendre les derniers jours »*

Vieillir dans cette institution, c'est reconnaitre non seulement que la structure façonne l'existence des pensionnaires qui en retour, composent avec différentes formes de vieillissement (Mallon, 2014). En investissant de manière active dans les activités collectives et individuelles, ces femmes ont endossé « de manière volontariste le rôle» (Mallon, 2012 : 170) de pensionnaires. Le travail social prend des formes variées au cours du processus de vieillissement.

Conclusion

Le centre est un lieu de mise en œuvre d'une intervention socio-sanitaire en faveur des femmes stigmatisées par l'accusation de sorcellerie.

Le centre prend la configuration d'une coopérative de solidarité sociale dont l'objectif est de répondre aux besoins de base des femmes en difficultés en intégrant des activités commerciales. Le fonctionnement s'inspire d'une vision économique pour sortir de la logique de l'économie caritative (Laville et Gardin, 1999) pour permettre aux femmes d'avoir une activité génératrice de revenu stable. Cependant à la différence d'une coopérative « ordinaire » où le fonctionnement est basé sur la liberté d'association, ici il s'agit de s'unir pour survivre. En dehors du mode de regroupement forcé (un refuge), le centre montre comment des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » vulnérables et stigmatisées peuvent organiser des ressources humaines (travail volontaire) et matérielle (financement public) pour répondre à leurs besoins (Ibid., 1999). A ce titre, le centre en mobilisant des outils d'éducation et de développement social (formation, production de soumbala, filage de coton) d'une population défavorisée s'inscrit dans un modèle d'empowerment. Il s'agit de donner aux femmes des ressources psychologiques et financières pour leur permettre de recouvrer leur autonomie relationnelle (Ennuyer, 2013). Le centre illustre la manière dont les femmes âgées peuvent continuer à y vivre. De façon plus globale, le centre interroge les rapports de genre et la place de la vieillesse dans la société contemporaine. Les figures ambivalentes des femmes montrent que le concept d'empowerment revêt une dimension complexe. Il semble difficile de déterminer concrètement les effets de ce travail social « d'empowering » sur l'acquisition de pouvoir d'agir ou de l'autonomie. En d'autres termes, la question de comment juger si une personne a développé des habilités pour mieux gérer sa vie ou pour prendre en main sa nouvelle situation demeure entière. Cette préoccupation ne peut faire l'économie d'une analyse de la construction de l'action publique en faveur des «nin-kêemse » et des « pug gnãse».

Chapitre 9 : La construction du vieillissement comme un problème politique et social

Les 22 et 23 octobre 2012 s'est tenu le premier forum national des personnes âgées placé sous la présidence effective du Premier Ministre Luc Adolphe Thiao sur le thème « quels dispositifs développer pour promouvoir la personne âgée comme actrice de développement ? » Ce forum comme celui des jeunes et des femmes sont mis en place par le Président Blaise Compaoré pour servir d'espace de consultation populaire et de débat public. Co-organisé par les ministères en charge de l'action sociale et de la fonction publique, le forum a regroupé environ trois cents participants composés des associations des personnes âgées, les institutions publiques, les instituts de recherches. Dans le discours d'ouverture, le Premier Ministre a précisé que la promotion et la protection des personnes âgées occupent une place de choix dans le programme quinquennal du Président du Faso, « Bâtir, ensemble un Burkina émergent ». Le but de ce cadre d'échange est formulé en ces termes : « le mouvement de notre pays vers le progrès ne laisse pas en marge certains groupes sociaux » (Ministère de l'action sociale, 2012 : 2). Le forum a permis de faire un diagnostic des conditions de vie des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » au Burkina Faso et proposer des recommandations. Comment les problèmes des personnes âgées sont-ils passés de la sphère intime (familiale) à la sphère publique ?

Pour répondre à cette question, je partirai de l'exemple de l'inauguration du pont de «Max Gluckman (1940) [Analysis of a social situation in modern Zululand] (Tholoniat et De l'Estoile, 2008) pour analyser le processus d'émergence de la question du vieillissement dans l'espace public. Je propose de comprendre comment au travers des aspects formels de la cérémonie, les règles de préséance, la diversité des acteurs en présence, la société met en scène les processus et les mécanismes de sélection et de construction des problèmes publics. Les questions que je me pose peuvent être formulées comme suit : comment le vieillissement est-il construit comme un problème public ? Qui sont les acteurs de ces processus ? De quelle catégorie des ainés la cérémonie met-elle en scène ? Comment historiquement cette catégorie de bénéficiaires de l'action publique s'est-elle constituée en excluant les autres « nin-kêemse » et les « pug gnãse » ?

Une cérémonie de lancement de la visite médicale gratuite est organisée à la place Naabo-Koom sous la présidence de Madame Chantal Compaoré, épouse du Président Blaise Compaoré. La publicisation de l'activité est d'une intensité comparable au premier moment de la lutte contre le sida. En effet, des banderoles publicitaires sont affichées au niveau du « *rond-point des nations unies* » au centre-ville. Deux banderoles retiennent mon attention en ce qu'elles traduisent le rôle des organisations internationales dans la diffusion des concepts du « vieillissement actif » et de son inscription dans la promotion de la santé. Sur la première, il est écrit « *visite médicale gratuite en faveur des pensionnés de la CNSS et de la CARFO. Le bien-être des pensionnés, un souci permanent des institutions de prévoyance sociale* ». Sur la deuxième, on peut lire « *visite médicale gratuite en faveur des retraités de la CNSS et de la CARFO. Pour la promotion d'un vieillissement actif par la prévention en matière de santé, la CNSS et la CARFO s'engagent* ». Au niveau de la tribune, une grande banderole, bien visible à une centaine de mètres annonce la présence de la première dame à la cérémonie : « *Ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale, cérémonie officielle de lancement de la visite médicale gratuite des pensionnés de la CARFO et de la CNSS, sous le haut patronage de Madame Chantal COMPAORE, épouse de son excellence Monsieur le Président du Faso. Ouagadougou, place Naaba Koom le 16 décembre 2013 à 9 heures* ». Cette cérémonie a vu la présence de Monsieur Zakané Vincent, ministre de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale, de l'adjoint du maire de Ouagadougou et de Monsieur René Sebgo, ministre de la santé. Les épouses de certaines personnalités ont accompagné la Première dame. Il s'agit de Madame Ouattara, épouse du président de l'assemblée nationale et Madame Thiao, épouse du premier ministre.

En ce matin du 16 décembre 2013, les grands haut-parleurs diffusent des musiques dites « modernes » et des musiques « traditionnelles ». Il règne une effervescence inhabituelle à la place « *Naaba-Koom* » située près de la société de chemin de fer Ouagadougou-Abidjan (SITARAIL). La seule gare de la capitale construite en 1954, a joué un rôle important dans l'immigration des burkinabè vers la Côte d'Ivoire. Aujourd'hui, elle connaît un ralentissement de ses activités à la suite des privatisations des entreprises publiques dans le cadre du programme d'ajustement structurel. Néanmoins, plusieurs femmes vendent des mets (fruits-

ananas-, des légumes, de l'attièkè, des ignames) importés de la Côte d'Ivoire au bord de cette rue. Étalés à même le sol sur des cartons, sur des tables fortunes et sur des charrettes à quatre roues, ces produits « exotiques) sont prisés par les nombreux migrants de retour de la Côte d'Ivoire. Autour du jardin, une rue circulaire se transforme en un grand rond-point autour duquel se dressent quelques services administratifs (la police, le syndicat des transporteurs, le service médical de la CNSS).

Dès sept heures, en cette période froide de décembre, les jeunes enfants, les personnes âgées, les vendeurs ambulants arrivent de tous les côtés de la ville. A huit heures, la place est pleine d'une foule bigarrée et vieillissante : les « vieux » courbés sous le poids de l'âge se déplacent à l'aide d'une canne ; les uns portant des lunettes de correction ; les autres avec des têtes chauves ou à moitié chauves brillant au rayon du soleil levant ; certaines têtes sont couvertes d'une chevelure blanche ; la plupart des femmes âgées portent un gros foulard appelé (*«zug-vilga»* litt. Couronne de la tête). La tribune officielle consiste en des gradins protégés par une grande tente. Des fauteuils de couleurs et de qualités différentes sont disposés à chaque étage. Au milieu, au premier niveau des « fauteuils-ministres » portent des écriteaux : Ministres, maire de Ouagadougou, Marraine etc. Autour de ces fauteuils, des chaises tapissées sont installées. Trois filles habillées en tee-shirt sur lequel est inscrit au dos « lancement de la visite médicale gratuite », sur la poitrine à gauche « CARFO, CNSS » sont arrêtées près de la tribune officielle ; elles s'occupent d'accueillir et de diriger les invités vers la place qui leur est réservée sous l'œil vigilant de leur responsable. La présence des hôtesses en ces lieux témoigne de l'émergence de nouvelles professions dans la capitale. En effet, à côté du métier de vigile (appelé avant gardien) né avec l'apparition des services de sécurité privée, s'est développé la profession d'hôtesse, dont la fonction est l'organisation des cérémonies publiques et privées. Au milieu de cette foule d'apparence uniforme, les inégalités de sexe, économiques qui fondent les hiérarchies sociales sont visibles à travers à la fois la manière avec laquelle les acteurs sont accueillis et celle que ces derniers ont d'occuper les places assises. Parmi les organisateurs, je rencontre un membre du bureau national de l'ANRBF, un ancien membre du conseil d'administration de la CNSS. J'échange quelques mots avec lui à propos du déroulement de la journée. Il constate : « *nous sommes nombreux* ». En marchant

ensemble, les retraités nous saluent systématiquement à leur passage. Je suis accosté par deux individus qui me sollicitent une place pour s'asseoir. Je les accompagne vers la tente la plus proche de la tribune. Ils y sont accueillis par un homme grand de taille, d'aspect solide avec une calvitie qui va du front à la moitié de la tête. Ce dernier arbore un badge « organisateur ». Il fait un salut militaire et la main tendue s'accompagne d'un *« bonjour mon capitaine ! Bonjour mon commandant* ». Les retraités assis sur les chaises à la première rangée se lèvent automatiquement et imitent l'organisateur. Immédiatement, deux chaises sont apportées et les deux nouveaux arrivants s'installent à la première rangée.

En attendant le début de la cérémonie, la conversation est vivante sous la tente. Certains parlent des députés qui ne savent pas lire et qui dorment lors des sessions parlementaires. D'autres s'étonnent de voir un ancien collègue et demandent «tu nous as rejoint?». A un moment donné, un membre de l'organisation commence à distribuer des tee-shirts aux militaires retraités. Il les jette et chacun tente de les attraper depuis sa chaise. Quand une personne lève le doigt pour signifier qu'elle n'en a pas reçu, le distributeur lui demande « est-ce que tu es militaire ?» Au fil du temps le groupe est mélangé des veuves des militaires et des civils. Par moment, une personne prend une chaise d'une autre tente et vient s'installer près de la tribune officielle.

La présence des « femmes de la brigade verte » attire mon attention. Elles sont assises au bout de la rangée sur des chaises mais hors des tentes. On les appelle aussi « les femmes de Simon », du nom de l'ancien maire de Ouagadougou (Chapitre 1. p.66). Elles sont habillées en tenue de travail, une blouse verte sur laquelle, certaines portent un gilet lumineux pour se préserver des accidents de la circulation au petit matin. La couverture médiatique est assurée par les journalistes des presses écrites, des radios communautaires et des télévisions. La présence des « photographes de cérémonies[34] » permet aux citoyens ordinaires de se faire sur le champ des photos de souvenirs.

Quelque temps après, le maitre de cérémonie habillé en boubou blanc arrive suivis des traducteurs en langue *Moore, fulfulde* et *dioula* (ce qui traduit bien la

34 On les rencontre à chaque regroupement à caractère festif. Ils prennent les participants en photo et les leur revendent immédiatement.

nature cosmopolite de la ville de Ouagadougou, une cité initialement exclusivement mossi). A huit heures dix minutes, le quatrième adjoint au maire de la capitale arrive. Il vient d'intégrer la nouvelle équipe de la commune à la faveur de la dernière élection de 2012. Le fait politique important de la vie municipale est le départ de l'ancien « bourgmestre de Ouagadougou », Simon Compaoré après dix-sept ans (1995 en 2012). Ce long séjour vaut à la ville d'être nommée « Simon-ville ».

A huit heures trente-trois minutes, Zakané Vincent, le ministre de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale arrive du côté Ouest de la place de cérémonie. Il est accueilli par le quatrième adjoint du maire de Ouagadougou. Il soulève timidement ses mains pour saluer les invités et les nombreux curieux. Entre temps, il est rejoint à la tribune par René Sebgo le ministre de la santé qui entre discrètement du coté Est. Quelques instants après Madame Ouattara, épouse du président de l'assemblée nationale et Madame Thiao, épouse du premier ministre arrivent à la tribune officielle.

Vers huit heures cinquante minutes, un groupe d'officiels composé des deux ministres, du représentant du maire et trois agents de sécurité vont attendre la première dame qui arrive à neuf heures. A l'arrêt de son véhicule, une jeune fille, grande de taille, habillée avec un ensemble pagne sort de la chaise avant et ouvre la portière de derrière. Madame Chantal Compaoré est accueillie par le ministre de la fonction publique, qui la salue en courbant sa tête. Elle salue les autres personnalités. Quand elle s'engage pour rejoindre la tribune située à environ quarante mètres, la foule se lève et le maitre de cérémonie demande des applaudissements pour « *l'accompagner à sa place* ». Elle marche d'un pas posé, tourne la tête à gauche et à droite pour saluer de sa main droite les participants. Arrivée à la tribune, elle salue les femmes des personnalités et s'assoie. Le maître de la cérémonie donne le programme.

L'ordre de passage des discours révèle une hiérarchie de pouvoir et de responsabilité dans la construction d'une action publique en faveur des retraités. Tour à tour, le représentant du maire, le président de l'association nationale des retraités, le Ministre de la Fonction Publique et Madame Chantal Compaoré, épouse du président de Faso livrent leurs discours. L'organisation de l'activité s'inscrit dans une logique de reconnaissance sociale des travailleurs pour leur contribution

passée au développement du pays. Madame Chantal Compaoré insiste sur le fait que les retraités doivent s'engager dans de nouveaux rôles sociaux. Son discours est traduit dans trois langues nationales que sont le *Moore*, le *dioula* et le *peulh* (les trois dialectes les plus parlées). La première dame donne le top départ de la visite médicale par une prise de tension artérielle d'un jeune homme. Celui-ci est couché sur une table d'examen d'apparence neuve, la tête légèrement relevée vers le haut, le bras tendu à madame Compaoré, habillée en blouse blanche. Cette mise en scène est l'objet de commentaire du traducteur en *Moore,* qui demande avec humour « *où elle a appris à prendre la tension* » et il ajoute qu'il « *va prendre sa tension plus tard* ». L'assistance se met à rire. La première dame reçoit ensuite un présent de la part de la directrice de la CNSS. Il s'agit d'un tableau représentant une femme berçant un nouveau-né. La cérémonie prend fin par un cocktail. Les chefs de service, les présidents des associations, la première dame, les directeurs de la CNSS et de la CARFO et d'autres personnalités sont reçus dans la cour du service régional de la caisse de sécurité. Le maître de cérémonie invite les retraités à effectuer une visite médicale dans les centres de santé de leurs villes. Les femmes de la brigade verte reçoivent de l'argent de la mairie pour leur rafraîchissement. Les autres personnes retraitées prennent leur repas dans le jardin de la place « *Naaba Koom* ». Petit à petit, la place se vide et à quatorze heures elle a retrouvé son visage habituel.

Cette cérémonie publique autour des questions d'offre de soins à l'égard des plus âgés de la société témoigne d'un nouveau regard sur la vieillesse. La prise en charge de la vieillesse n'est pas seulement une préoccupation individuelle ou familiale. Elle est un problème social pour la collectivité qui se doit soit pour des raisons de justice sociale soit pour une raison morale (Kouamé, 1990) d'organiser une offre de service adapté aux besoins des plus âgés. Cependant les professionnels de santé et les assistants sociaux font face à des situations complexes dans leurs pratiques d'accompagnement et soins aux individus vieillissants. Les observations des situations de care et les discours des différents acteurs confirment que l'espace professionnel apparait comme un secteur de travail précaire où persiste un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Pour comprendre cette situation, je propose de faire un retour sur la construction historique de l'exclusion d'une catégorie des ainés de l'offre publique à partir de l''histoire des systèmes de retraites.

1 Dispositifs normatifs de prise en charge de la vieillesse

Deux dispositifs majeurs incarnent les enjeux contemporains de la gestion de la vieillesse au Burkina.

Le premier dispositif porte sur les régimes de retraite, objet de débat et de réformes multiples alors même que la retraite ne concerne qu'une minorité de la population.

Le second porte sur la participation des personnes âgées à la production, à savoir l'idée de rester le plus longtemps possible dans le travail. A ce titre, les fonds spéciaux d'appui à la réinsertion économique apparaissent comme une réponse politique. Je ne prends pas en compte ici, les programmes de filets sociaux orientés vers les « populations vulnérables ». Comme on l'a vu (chapitre 7. p.276) la notion de population vulnérable recouvre différentes populations dont les personnes âgées. Mais les politiques qui sont associées à cette notion ne sont pas spécifiques à l'une ou l'autre population, Aussi je ne les discuterai pas ici.

1.1. Les régimes des retraites

La retraite comme un droit social au profit des travailleurs du privé et du public est d'apparition relativement récente au Burkina. Avec un taux de salariat de 6,3 pour cent de la population active, la retraite ne concerne qu'une minorité des personnes âgées (Institut national de la statistique et de la démographie et, 2010). Si la mise en place du régime de retraite relève d'une imitation consciente et pragmatique des pouvoirs publics du colonisateur, les innovations ultérieures sont le « *fruit d'une lutte* » entre l'État, les associations de retraités et les syndicats. Sa formalisation s'inscrit dans l'histoire politique et sociale de la sécurité sociale, dont il convient de rappeler pour comprendre la logique de sélection des bénéficiaires.

Le régime de retraite au Burkina, comme dans la plupart des anciens pays colonisés de l'Afrique française remonte à la période coloniale. Les travaux de Robert Vuarin (2000) nous permettent d'avoir des données solides sur l'histoire des retraites en Afrique francophone.

Les orientations pour bâtir une sécurité sociale se sont basées sur le statut légal de la personne, tel qu'il est défini en 1944 à la conférence de Brazzaville. En Afrique occidentale française, de 1871 et 1936, la citoyenneté française était donnée

aux habitants des quatre communes (Dakar, Gorée, Rufisque et Saint Louis) (Vuarin, 2000). L'auteur poursuit que le reste de la population n'avait aucun statut juridique, aucune existence légale et était considéré comme des sujets français (non des citoyens) sauf les femmes qui recevaient un statut intermédiaire entre le citoyen et le sujet. De ce fait, la promotion de la liberté et de la dignité de la femme devient le pilier des politiques sociales. C'est ainsi que historiquement, la sélection des bénéficiaires était bâtie vers les indigènes qui avaient adopté les valeurs prônées par le colonisateur. A ce titre, l'instauration de la monogamie, l'octroi des allocations familiales, le développement de la santé de la mère, furent parmi les premières interventions publiques. L'idéale du mariage civil, adossé à la religion chrétienne apparaît comme une valeur de l'époque en ce sens, la famille monogamique demeure un espace de promotion de la liberté de la femme. Plus tard, des mesures de protection contre les accidents de travail pour les employés de l'administration seront élaborées afin de garantir une main d'œuvre solide. Le salariat acquiert le critère fondamental de l'accès à une pension de vieillesse, puisque celle qui sera mise plus tard va adopter un modèle contributif. Dans cette logique de sélection des interventions et de triage des individus, le système de retraite burkinabé hérité de la colonisation française repose sur le versement de cotisations des salariés pour bénéficier de versements ultérieurs d'un revenu de remplacement lors de l'arrêt de l'activité.

Le « livre d'or de la Fonction Publique » (2009) complète les travaux de Robert Vuarin (2000) sur les retraites au Burkina Faso. Avant l'indépendance, le Burkina ne disposait pas d'un régime de retraite encore moins une caisse de retraite. Ce que l'on peut considérer aujourd'hui comme une structure embryonnaire d'une caisse de retraite, était l'existence à la direction du budget, un service de pensions chargé du traitement des dossiers de pension des fonctionnaires de l'administration coloniale. En effet, il existait une Caisse Locale de Retraite (CLR) dont le siège est à Dakar pour les cadres locaux de l'Afrique occidentale française; une Caisse de Retraite de la France Outre-mer (CRFOM) à Paris pour la gestion de la pension des cadres généraux et supérieurs des territoires d'Outre-mer**.** Après l'indépendance, le Burkina va procéder à la mise en place progressive de dispositifs institutionnels et juridiques pour la prise en charge de la retraite (Livre d'or de la Fonction Publique,

2009). En 1961[35], le cadre juridique du régime de retraite s'intéressait aux fonctionnaires, aux magistrats, au personnel des établissements publics de l'Etat à caractère industriel et commercial régis ainsi que leurs veuves et orphelins. Progressivement, l'élargissement des bénéficiaires a permis de prendre en compte les personnels militaires à partir de 1965[36]. Les prestations sociales vont connaitre progressivement un élargissement. L'arrêté colonial (arrêté N°1029/ITLS-HV) instituait un régime de sécurité sociale au Burkina Faso (ex Haute Volta) ne comportait qu'une seule branche : celle des prestations familiales. C'est en 1959 qu'une seconde branche, à savoir la branche de la réparation et de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est instituée. Il faut attendre 1960, pour que la Loi[37] crée la branche des Pensions. Le ministère chargé des finances (direction de la solde et des pensions) et le ministère de la défense (intendance militaire) s'occupaient de la gestion des pensions et des rentes. Au fur et à mesure que le nombre de pensionnés augmente, des difficultés apparaissent dans la gestion financière et organisationnelle (Ministère de la Fonction Publique, 2009).

L'indexation de l'allocation de vieillesse au salariat reproduit des inégalités économiques au sein de la population âgée dont la justification est fondée sur la nature du travail. La dualité du marché de l'emploi oppose le secteur informel (environ 80% des actifs) qui cumule des emplois précaires contre le secteur formel (privé et Etat) où la fonction publique, qui symbolise l'emploi garanti emploie une minorité. Ce dualisme se traduit au niveau du système de retraite par une opposition entre une retraite obligatoire (avec pension de retraite) pour les travailleurs couverts par une sécurité sociale formelle et l'absence d'une allocation de vieillesse pour les employés du secteur informel.

Aujourd'hui, la loi 013/98 du 28 Avril 1998 stipule à son article 28 que « tous les agents de la fonction publique bénéficient d'une protection sociale en matière de risques professionnels, de prestations familiales, d'assurance vieillesse et de soins de santé dans les conditions définies par la loi » (Ministère de la fonction publique, 1998 : 12). Au terme de cette loi, la protection sociale couvre trois grandes

35 Loi n° 37/61/ AN du 24 juillet 1961
36Loi n 8 -65/AN du 25 mai 1965°
37N° 78-60/AN du 10/08/60

dimensions: la prise en charge des soins de santé et des risques professionnels, la prestation familiale et la maternité et l'assurance vieillesse.

Les mobilisations collectives des associations de retraités vont se concentrer sur la faiblesse de la pension de retraite qui sera un argument pour revendiquer une politique active. L'État va mettre en place un fonds spécial pour faciliter la reconversion à de nouveaux emplois en faveur des retraités et des déflatés.

1.2. Le Fonds National d'Appui aux Retraités et Déflatés (FONAR-D)

Ce fonds tire son origine du Programme National d'Appui à la Réinsertion des Travailleurs Déflatés mis en place pour faciliter l'insertion socio-économique des travailleurs licenciés ou mis en retraite précoce suite au programme d'ajustement structurel (PAS). Créé en 1991, c'est en février 1992 que le FONAR-D démarre ses activités par une phase pilote avec les licenciés de la banque nationale de développement du Burkina (BND-B). Une évaluation ayant abouti à des conclusions satisfaisantes, on assiste à un passage à l'échelle avec extension des bénéficiaires. Les retraités deviennent un groupe cible bénéficiaire et l'association nationale des retraités obtient un siège au sein du conseil de gestion. A partir de ce moment, la structure est renommée le fonds national d'appui aux travailleurs déflatés et retraités dont le but est de participer à l'atteinte à un des objectifs de la Direction de la Protection de la Personne Agée à savoir le développement d'activité socio-économique des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » qui « *peuvent se reconvertir ; celles qui ont des idées, des projets les mettre en œuvre* » (entretien du 12 novembre 2012). La revendication d'une politique active centrée sur la prolongation du temps de travail se construit sur l'idée que les retraités peuvent contribuer au développement de la nation.

Dans la pratique, l'accessibilité à ce fonds public demeure sélective au profit de ceux qui ont la meilleure garantie de remboursement. Un responsable d'une association de retraités dit ceci « *nous sommes éligibles ; mais le FONADR n'a pas de moyens ; le budget est de 300 millions pour 40.000 demandes* ». Dans ce contexte, les acteurs de terrain trient les bénéficiaires en intégrant de façon subjective l'état de santé (assimilé à la longévité) et les capacités financières pour l'octroi des crédits. Les préoccupations de remboursement des emprunts constituent

des barrières à l'accès au FONADR pour certaines catégories de personnes âgées notamment les non pensionnés. Dès lors, il reproduit les inégalités sociales.

Les autorités politiques ne peuvent pas mettre sur agenda l'ensemble des problèmes ; elles ont une obligation de choisir dans un contexte de rareté de ressources. La revendication corporatiste de l'association des retraités a abouti à un phénomène de captation des ressources de l'Etat au profit de ce groupe minoritaire. La culture sous-jacente d'exclusion des autres « nin-kêemse » et les « pug gnãse » (sans pension) renvoie à une solidarité sociale, fonctionnant selon une logique de l'échange socialisé (Dodier et Camus, 1971). La description des dispositifs publics en faveur de la personne âgée montre que la question de l'accès est une dimension structurante de ces dispositifs. Parce que les dispositifs sont complexes, la notion d'accès permet d'interroger l'action publique de la vieillesse dans une perspective de l'éthique du care. Pierre Boite et Jean-Philippe Cobbaut dans une réflexion sur l'éthique d'accès aux soins en France proposent un élargissement de la notion d'accès pour prendre en compte les inégalités sociales de santé, les conditions et les modes de vie. Ils envisagent l'accès comme un continuum qui « va de la perception des problèmes, de leur traduction dans la formulation d'une demande, à l'acheminement de cette demande vers des lieux susceptibles de la prendre en charge » (Boite et Cobbaut, 2006 : 12). Certes les contraintes budgétaires amènent à procéder à des arbitrages et à des choix, mais cette restriction de la personne vieillissante au seul groupe des retraités, renvoient une politique de rationnement. Celle-ci consiste à limiter les services rares et coûteux aux plus utiles, à savoir ceux « qui représentent l'avenir » (Fuchs, 2002 : 39) ou ceux qui ont incarné le passé, comme une forme de récompense sociale. Cet argument apparaît de façon récurrente dans l'espace public, au cours de la cérémonie de lancement d'une activité médicale au profit des retraités. Cette situation de rationnement de l'offre de soins et de sélection des bénéficiaires interroge le processus de mise sur agenda des problèmes des ainés. Qui sont les acteurs ? Commençons par rappeler le contexte de ces processus en les resituant dans une perspective internationale.

2 Les processus de mise sur agenda des problèmes des ainés

Le terme agenda est défini comme « l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit, de la part des autorités publiques et donc susceptible de faire l'objet d'une ou de plusieurs décisions » (Hassenteufel, 2010 : 50). La compréhension de ce processus de sélection des problèmes des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » en les recodant sous la forme d'un problème public suppose de prendre en compte les logiques d'internationalisation de l'action publique, le rôle des médiateurs, des entrepreneurs politiques et des groupes stratégiques dans l'émergence des problèmes politiques.

2.1. L'internationalisation de l'action publique sur le vieillissement

L'internationalisation de l'action publique sur le vieillissement prend sa source en 1982 lors de l'assemblée mondiale sur le vieillissement à Vienne. Le vieillissement sans précédent de l'humanité est perçu comme une entrave au développement des pays à cause des dépenses sanitaires et sociales à pourvoir à l'endroit des aînés. Le premier aspect de cette approche est "la tranversalisation" (Hassenteufel, 2010) de ces projets politiques qui conduit à une articulation entre le sanitaire, le social. Cette évolution est concomitante aux nombreuses études de la Banque Mondiale (BM) et du Bureau International du Travail (BIT) qui pointent la pauvreté des personnes vieillissantes. Ainsi le plan d'action préconise d'assurer aux retraités et aux personnes âgées une plus grande sécurité économique et sociale. Ce plan insiste en plus sur la contribution que ce groupe cible peut apporter au développement et à l'équilibre de la société. A travers ce consensus international, il est invité à chaque pays d'intégrer dans les politiques et programmes de développement, des mesures pragmatiques pour permettre aux aînés de connaître une vie digne et de participer au développement. C'est ainsi que le traitement de la vieillesse se caractérise par une ambition de prise en charge globale des problèmes de la personne âgée. Une décennie plus tard, lors de l'Assemblée générale des Nations Unies (résolution 46/91) le 16 décembre 1991, les principes des Nations Unies pour les personnes âgées sont adoptés. Les gouvernements sont encouragés à intégrer ces principes à leurs programmes nationaux. Ces quatre principes sont : l'indépendance, la participation, l'accès aux soins ; l'épanouissement personnel et la dignité. La conférence internationale sur la population et le développement de

1994 a attiré également l'attention sur les conséquences économiques et sociales du vieillissement de la population. Au fil du temps, on va assister à un élargissement de la dimension sanitaire pour englober les phénomènes de marginalisation et de discrimination dont certaines personnes âgées vivent au quotidien. Dans cette dynamique de politisation de la question du vieillissement, une journée internationale de la personne âgée est instaurée le 1er octobre de chaque année depuis décembre 1990. Son objectif est de sensibiliser les politiques, les leaders d'opinion et les habitants sur les multiples formes de discriminations dont les personnes âgées sont victimes. C'est au cours de l'année 1999, que fut déclaré l'année internationale de la personne âgée avec pour thème « une société pour tous les âges ». Cette thématique insiste sur la nécessité de lutter contre les formes d'exclusion à l'endroit des personnes âgées. Concordance du temps et des intérêts, la relation entre la santé et le développement amène à une médicalisation de la vieillesse qui se traduit par une production de normes et modèles de vieillissement dans le champ de la gérontologie et de la gériatrie.

La médicalisation est la traduction en langage sanitaire des problèmes des personnes âgées en un problème de santé (Fassin, 1998). Désormais, le traitement des problèmes des ainés va s'inscrire dans une approche de la santé globale. Cette démarche centrée sur la santé « comme un bien-être physique, social, mental tout au long de la vie » vise à rendre compte des facteurs qui en plus des soins de santé, influencent la manière de vieillir des individus. Il s'agit incontestablement « d'une reconnaissance des droits des personnes âgées et des principes d'indépendance, de dignité, d'assistance et d'épanouissement de soi » (OMS, 2002 : 13).

La santé devient la pierre angulaire des différents programmes de développement. En 1996, lors de l'assemblée mondiale de la santé à Brasília, une déclaration sur le vieillissement est faite par l'OMS. Cette déclaration insiste sur le fait que les personnes âgées sont une ressource pour leur famille, leur communauté et pour l'économie quand elles sont en bonne santé. Dans ce sens, l'OMS défend un vieillissement actif où les personnes âgées seront toujours engagées dans les différents secteurs de la vie. Cette position largement inspirée de la théorie de l'activité issue des travaux de recherche sera formalisée lors de la 52ème assemblée mondiale avec le concept de vieillissement actif en santé. Pour cette organisation : « vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de

bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse » (OMS, 2002 : 12). Cette approche collective et globale, s'appuie sur trois piliers : la participation, la santé et la sécurité. C'est ainsi que plusieurs facteurs ont été identifiés comme déterminants du vieillissement actif : les facteurs économiques, les services sanitaires et sociaux, les facteurs comportementaux, les facteurs personnels, les facteurs sociaux, l'environnement physique. Le programme de l'OMS du vieillissement actif a été décliné dans l'espace européen à travers un plan d'action dans plusieurs domaines (Jolivet, 2002). Selon Walker (2009), le concept de « *active ageing* » permet de prendre en compte les aspects qualitatifs et préventifs du vieillissement en rendant sensible aux inégalités sociales, et de proposer des actions d'*empowerment* sur le plan individuel, collectif et politique. C'est ainsi que le terme « vieillir en restant actif » ambitionne de diffuser un message d'éducation en santé pour promouvoir un « vieillir en bonne santé ».

Le grand tournant mondial de la question du vieillissement est la deuxième session de l'assemblée mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002. Il s'agissait de faire le point sur les préoccupations des personnes âgées dans le monde, vingt ans après le plan d'action de Vienne et de proposer des interventions. L'Afrique devient sensible à la question du vieillissement et commence alors à se mobiliser. Un plan d'action pour l'Afrique a été adopté en Afrique du Sud en 2002. Ce plan propose d'intégrer dans les politiques publiques, les lois de protection des droits des personnes âgées, des mesures réglementaires qui leur permettent d'avoir accès aux services sociaux de base.

En juin 2005, lors du dix-septième congrès mondial de gérontologie et de gériatrie de Rio de Janeiro, l'initiative «Villes-amies des aînés» est lancée. Ce projet a commencé par une caractérisation de l'environnement urbain propice à un vieillissement actif et en bonne santé. Les divers travaux de recherche confirment l'importance pour les personnes âgées d'avoir un accès aux transports publics, aux espaces de plein air et aux bâtiments, ainsi que la nécessité de logements adaptés, d'un tissu social et de services médicaux. En 2010, à Genève, l'OMS lance le réseau mondial des villes-amies des aînés dans le cadre d'un ensemble de mesures visant à répondre au vieillissement rapide des populations.

Aujourd'hui le concept de "vieillissement actif" et son inscription dans une politique communale à travers les projets « villes amies des aînés » sont les formes de politiques publiques internationales. Les discours politique ne sont pas neutres dans la perception du corps vieillissant car les programmes de soutien et de prise en charge de la personne âgée, véhiculent un modèle de vieillissement auquel, il est fait injonction de respecter. Aussi se développent plusieurs propositions de modèles de vieillissement dans le champ de la gérontologie. Le plus en vue est le « vieillissement actif en santé ». Les critiques qui valent pour la circulation des modèles en santé (Gobatto, 2003) peuvent bien être transposées dans le champ du vieillissement.

Dans son introduction à l'ouvrage sur « les pratiques de santé dans un monde globalisé » (2003), l'auteure suscitée définit le modèle comme « une entité structurée autour de savoirs, de normes, de valeurs » (Gobatto, 2003 : 14). Elle précise que les modèles ont pour « caractéristique d'être reconnus et partagés par les membres d'un groupe dont ils peuvent fonder les savoir-être et dont ils encadrent les savoir-faire » (Ibid., p.15). Elle dénonce le transfert dans les sociétés du sud, des « modèles prétendus fondés dans des rationalités universelles » (Ibid., p.15). En effet, selon l'auteure, les actions et les interventions sont conçues et pensées pour « des individus asséchés de leur histoire, envisagés statistiquement et collectivement sans chair, sans volonté, sans douleur » (Ibid., p.15). L'intérêt de la réflexion de Gabatto Isabelle est qu'elle ouvre un questionnement général sur les processus de transfert du modèle du vieillissement actif en santé dans les pays du sud [et qui] « n'ont aucune sorte d'équivalent dans les pays du nord » (Ibid., p.15). Dans quelles mesures, le modèle du vieillissement actif peut-il être une politique internationale unique pour tous les États? La question demeure entière. Toutefois, au niveau local, les pratiques et les discours portent les marques de ce modèle (Cf. partie sur la journée internationale de la personne âgée).

La réappropriation par les élites locales pour en faire un référentiel d'action publique s'inscrit dans une transformation d'un concept à un référentiel d'action dont Viriot Durandal et Moulaert (2013) proposent une généalogie.

Ces auteurs soulignent le rôle des grandes organisations internationales, le monde de la recherche et les relais locaux (nationaux) dans la production et la

diffusion de la notion de vieillissement actif. Si au début cette notion se focalisait aux problèmes d'emploi des aînés dans les sociétés occidentales, au fil du temps des enjeux de santé publique semblent avoir pris le dessous avec le rôle plus actif de l'OMS. Aussi, les activités de prévention des chutes et de la maltraitance et des activités physiques vont se voir être érigés en stratégie d'intervention pour les personnes âgées. D'une part, ces auteurs n'oublient pas de souligner les effets des inégalités socio-économiques dans l'accès aux activités physiques. D'autre part, commentant les travaux inspirés de l'approche foucaldienne de la gouvernementalité, ils critiquent le vieillissement actif qui induit des formes de normalisation à partir des injonctions à l'activité (emploi, sports).

L'intérêt de cette réflexion sur le vieillissement actif en santé pour mes travaux porte sur deux dimensions. La première montre que les interventions portent sur les modes de vie à la vieillesse. Autrement dit, il s'agit de produire des actions curatives à court terme, mais également des stratégies préventives globales d'intégration sociale. Ceci fait déborder le traitement de la vieillesse hors des limites du champ classique de la santé pour prendre en compte la « souffrance sociale » (Fassin, 2002). L'extension du champ de compétence de la médecine va se matérialiser par une pathologisation des problèmes de la société. C'est ainsi que la pratique médicale façonne les corps et affecte non seulement l'identité personnelle et relationnelle des individus mais aussi le lien social, le rapport au pouvoir et à l'autorité (Thiel, 2006). Dès lors des domaines qui relevaient d'autres secteurs vont se voir être investis par le médical. La santé devient le « premier bien et le fondement de tous les autres » (Ibid., p.97). La souffrance issue de la maladie, comme de la violence de l'accusation de sorcellerie donne une légitimité forte à l'expertise médico-sociale des professionnels de la santé et de l'action sociale. Ainsi, la médicalisation de la vieillesse « érige le rapport corps physique et corps social en jeu politique où elle fait intervenir les institutions politiques » (Fassin, 1996 : 56). Dès lors la dignité humaine devient un aspect de la prise en charge sociale. C'est ce qui justifie la mise en place d'un programme de lutte contre l'exclusion sociale des personnes accusées de sorcellerie. La deuxième dimension porte sur le rôle des élites nationales (cf. partie sur l'ANRBF) dans la circulation des concepts transnationaux et leur transformation en actions publiques. Des acteurs

se positionnent dans l'espace public pour favoriser par des multiples actions de médiation à l'émergence de la vieillesse comme un problème public.

2.2. Le processus de publicisation

Les médias participent à une publicisation intense du problème à travers les multiples canaux d'informations pour former une opinion publique. Les manifestations de la rue et de la célébration de la journée de la personne âgée traduisent « une prise de conscience et de la désignation des problèmes » (Hassenteufel, 2010 : 55) des personnes âgées. Ces mises en scène publique renvoient à « la reconnaissance d'un mal-être collectif et à un travail d'imputation de responsabilité » (Ibid., p. 55) à l'Etat. Trois événements retiennent mon attention à cause de leur caractère public et inédit et de leur retentissement auprès des populations. Si la journée internationale de la personne âgée découle d'une volonté du pouvoir politique de respecter un engagement international, les manifestations de la rue des militaires à la retraite, tout comme la marche publique des femmes accusées de sorcellerie ont été des espaces d'expression de la « voix » des plus âgés de la société.

2.2.1. La journée internationale de la personne âgée

Progressivement, le Burkina adopte les directives internationales en organisant la journée internationale de la personne âgée le 1er octobre de chaque année. Cette journée donne lieu à une mise en scène de la valeur de la personne âgée à travers des décorations de reconnaissance. Pour celle de 2003, le ministre de l'Action sociale remet au Conseil national des personnes âgées, un chèque de dix millions de Francs CFA (15.000 euros) provenant des contributions collectées lors du mois de la solidarité édition 2003. Dans le message du ministre de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, en 2006 lors de la commémoration de la journée internationale des personnes âgées, dont le thème portait sur « Promouvoir les stratégies globales des Nations unies pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, Mme Pascaline Tamini invite « tous les citoyens à quelque niveau qu'ils soient à une prise de conscience afin qu'ensemble nous opérions un changement des attitudes actuelles négatives à l'égard des « nin-kêemse » et des « pug gnãse » et œuvrons à la diminution de leur vulnérabilité et à la promotion de leurs droits à l'équité en matière de jouissance des services et de participation à la

prise de décision». Ces festivités s'accompagnent de slogans qui traduisent une infiltration des concepts internationaux. Le thème de la vieillesse active occupe les médias, en témoigne le thème du 19ème congrès de l'Association Nationale des Retraités du Burkina Faso (ANRBF) de 2010 « *quelles stratégies de relance du militantisme au sein de l'ANRBF et de gestion d'une retraite active* ». Un responsable associatif déclare :

> *« La personne âgée doit toujours être active. Il y en a qui préfère la chaise longue, c'est le chemin le plus rapide pour aller à la mort. Il faut bouger, il faut faire quelque chose » (Entretien du 28 novembre 2012)*

La journée internationale des personnes âgées du 1er octobre 2008, organisée par le CNPA avait pour thème « *les droits des personnes âgées* ». Implicitement, c'est un appel non pas seulement à l'état-providence à travers le slogan national « *Encourageons et facilitons un vieillissement actif et productif en donnant aux personnes âgées la possibilité de participer pleinement à la construction de la nation* » mais aussi une invite à la responsabilité individuelle dans le processus du vieillissement à travers la campagne de sensibilisation « *la personne âgée face à son auto prise en charge* ». Les acteurs locaux vont se saisir de ce concept pour susciter un intérêt politique sans aller vers une approche globale de la santé des personnes âgées. Au fil du temps, cette question devient une préoccupation de l'association des retraités, puis celle des institutions de prévoyance sociale. Au cours de la journée du 1er octobre 2008, une marche de santé et d'oxygénation de la place de la Nation vers les différentes mairies d'arrondissements (Bogodogo, Baskuy, Signoghin, Nongrémasson et Boulmiougou) est organisée, consacrant ainsi le début d'une émergence la santé dans l'espace public. Des interventions ponctuelles sont proposées après une analyse de la situation sanitaire des retraités en 2005 par un médecin de travail qui recommande l'organisation annuelle d'une visite médicale au profit des retraités.

2.2.2. Les manifestations de rue des militaires en retraite

Depuis les années 2000, les effets conjugués des programmes d'ajustement structurels, la flambée des prix des vivres et la montée du chômage des jeunes vont contribuer à menacer la sécurité sociale des aînés (Roth, 2010) et particulièrement des militaires de rang qui vont à la retraite vers l'âge de quarante-sept ans. Au cours de l'année 2004, les militaires à la retraite manifestent régulièrement dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso pour dénoncer les conditions de vie des soldats et particulièrement ceux qui partent à la retraite. Leurs revendications portent sur l'augmentation de cinq ans de l'âge de départ à la retraite, le remboursement des indemnités de départ pour les soldats récemment admis à la retraite et l'augmentation du montant des pensions pour refléter le coût de la vie. Ces manifestations relayées dans la presse nationale pour sa répétition, sa soudaineté et de sa gravité vont amener le pouvoir politique à proposer des actions ponctuelles pour désamorcer la crise. Il est offert aux militaires à la retraite des emplois de contractuels dans l'administration et des crédits financiers à ceux souhaitent mener des activités sylvo-agropastorales. Dans ce cadre, quelques 2 700 emplois sont octroyés aux militaires qui, en plus de leur pension reçoivent un salaire. Dans une interview dans le quotidien gouvernemental Sidwaya[38], en date du 8 janvier 2010, le Général Dominique Djindjéré, chef d'État-major général des armées dit tout le bien de la reconversion des militaires en ces termes : « *la reconversion relève de la volonté d'accompagner le militaire en fin de carrière à mieux se réinsérer dans la vie active civile. Les résultats déjà enregistrés dans sa mise en œuvre sont encourageants* ».

Du côté des civiles, les manifestations de la rue ne sont pas encore perçues comme des formes de revendications appropriées. Du reste, ils reconnaissent ne pas avoir la force des militaires (allusion aux armes) et inscrivent leurs revendications dans des espaces institutionnels. Les membres des associations de retraités sont des membres des conseils d'administration des caisses de prévoyances sociales (CARFO et CNSS), du FONARD et du comité de gestion du fonds de solidarité national. Toutefois, ces cadres de concertations n'arrivent pas à trouver des solutions à des problèmes spécifiques vécus par certains groupes sociaux. En

38 http://www.lefaso.net/spip.php?article34811

l'occurrence, l'accusation de sorcellerie qui s'accompagne d'une violence à l'endroit des femmes vieillissantes va pousser ces dernières dans la rue de la capitale.

2.2.3. La marche historique des femmes accusées de sorcellerie

L'implication des personnalités politique et religieuse, comme le *Moogho Naaba* et la première dame, Madame Chantal Compaoré à la cause des femmes accusées de sorcellerie aboutit à une marche de protestation le 6 mars 2010 à la place de la nation. Au cours de cette journée, le Moogho Naaba Baongho dans son discours commence par rendre hommage à toutes les femmes pour leur contribution à l'essor économique et social du pays ; puis il décrit la situation des femmes victimes de violence en des termes de « *traitements cruels, inhumains et dégradants* ». Ensuite, il replace ces pratiques dans les contextes quotidiens des rapports sociaux traditionnels en les nommant de « *pratiques traditionnelles négatives* ». Enfin, il requalifie ces comportements violents de violation des droits humains qui porte atteinte à la dignité humaine. La violence de la sorcellerie acquiert un statut de problème social car « lorsqu'une atteinte à la reconnaissance véçue individuellement prend un sens collectif, cette expérience morale peut devenir le moteur d'une lutte sociale » (Le Marcis, 2010 : 15)Dès lors, l'État se voit obligé d'intervenir dans l'organisation d'une prise en charge de la sorcellerie à travers un programme national 2012-2016 de lutte contre l'exclusion des personnes accusées de sorcellerie. Cette marche s'inscrit dans d'une montée en puissance de la « voix » des aînés dans l'espace public. Dès lors, des médiateurs vont contribuer à porter les problèmes des ainés auprès des politiques.

2.3. Les médiateurs de l'émergence

La notion d'émergence apparaît comme un concept fondamental dans l'analyse des politiques publiques. L'émergence est définie comme un « processus qui implique le passage d'un champ à un autre, qui implique la sortie d'un milieu et l'entrée dans un autre milieu » (Favre, 1992 : 6). Plusieurs niveaux d'émergence sont théoriquement établis (Favre, 1992) mais ce que l'on peut retenir est que l'émergence s'accompagne de conflits et de luttes. Ce processus s'accompagne de la constitution d'acteurs, c'est-à-dire un ensemble reconnaissable de personnes engagées dans une action collective, soit en tant que instigateur ou destinateur de la

revendication (Tilly et Tarrow, 2008). Ils ont un rôle important à jouer dans l'implantation d'une politique en participant à définir les besoins des populations. . Quatre catégories de médiateurs vont apparaitre progressivement dans l'arène publique. Une coalition entre ces acteurs, jusque-là distincts se forme pour une coordination visible et directe de ces revendications. Les organisations des personnes âgées, pionnières de la lutte vont être rejointes par les associations de défense des droits de l'homme.

2.3.1. Les associations des personnes âgées

Les organisations et associations des personnes âgées occupent de plus en plus l'espace public. Elles sont devenues des interlocutrices de premier ordre pour tous les acteurs, notamment pour les pouvoirs publics. Elles jouissent d'une certaine légitimité du fait de leur action fédératrice, de la reconnaissance de leur expertise sur certaines problématiques propres à la population âgée et aussi de leur action qui est souvent un complément indispensable de celle de l'État.

La vitalité associative des personnes âgées s'inscrit dans une longue histoire des luttes pour améliorer leurs conditions de vie. Deux moments peuvent être repérés. La première période qui va des indépendances (1960) aux années 2000 correspond à la mise en place des deux associations des retraités. La deuxième période, qui commence après les années 2000 voit l'émergence d'autres structures (caritatives, associations) intervenant dans la prise en charge de la vieillesse. Le nombre des associations ne cessent de croître pour atteindre une soixantaine. A partir de ce moment, la question de la vieillesse ne se réduit plus aux retraités mais l'on assiste à un élargissement à toute la population âgée. Cependant, j'insiste dans ma présentation sur trois associations à cause de leur grande notoriété au sein de l'espace public en tant que interlocutrices de premier ordre pour les pouvoirs publics : l'association nationale des retraités du Burkina Faso ; l'association des anciens combattants et le conseil national des personnes âgées.

Dès le retour des deux guerres mondiales, la question de la prise en charge des anciens combattants et des retraités a donné naissance à la première association des personnes âgées: l'Association unique des anciens combattants, anciens militaires, veuves, orphelins et victimes de guerre du Burkina. Créée en 1946, elle se lance entre autres dans la lutte pour avoir une même pension que celle de leurs

collègues combattants du nord. C’est une association qui n’est visible que lors des défilés militaires pendant les fêtes nationales, dans la pure tradition militaire.

L'association nationale des retraités du Burkina Faso (ANRBF) est créée en septembre 1968 par les élites de la première république. Pour mémoire, citons Salembéré Sibiri, Ministre de l’agriculture et de la coopération du premier gouvernement burkinabé du président Maurice Yaméogo (Archives 1V 203 de la présidence de la république). L’ANRBF fonctionne comme une structure qui produit des biens et des services. En effet, elle dispose d’un centre de formation dont les locations procurent des revenus, un dépôt pharmaceutique dont la vente des médicaments génère des recettes. Toutefois, les deux structures nationales ne prennent pas en compte la majorité des « nin-kêemse » et des « pug gnãse ». La population âgée du monde rural manque un relais pour faire remonter leurs problèmes quotidiens. C’est dans ce contexte que le Burkina est invité à la deuxième session de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002. Monsieur Gilbert Ouédraogo, Ministre de l’action sociale et de la solidarité nationale décide de la création d’une structure nationale inclusive : le Conseil National des Personnes Agées (CNPA).

Le CNPA est informellement mis en place en 2002 pour prendre en compte l'ensemble des «nin-kêemse » et des « pug gnãse ». Pour accompagner son fonctionnement un plan d’action est élaboré pour servir de base de plaidoyer auprès des organismes de financement extérieur afin « *de trouver les moyens pour la mise en œuvre effective du Plan d'Action* ». L'argument mobilisé est que les retraités sont perçus comme des privilégiés par rapport aux autres catégories de « nin-kêemse » et des « pug gnãse » sans pension de retraite. Au début de sa création, elle a fonctionné dans un dédoublement des rôles des gestionnaires qui assument les mêmes fonctions aussi bien au sein de l'ANRBF que du CNPA. C'est en 2011 la dernière structure devient autonome avec la construction d'un centre. Le mérite revient au ministre d’élargir la définition de la personne âgée pour ne pas la réduire au seul bénéficiaire d’une pension de vieillesse.

2.3.2. Les associations de défense des droits de l'homme

A partir du moment où, la question de la vieillesse ne se réduit plus aux retraités les problèmes des ainés vont se voir porter sur la place publique par certaines associations. Sous l'injonction d'une organisation transnationale comme « Helpage », une forme de judiciarisation va accompagner la médicalisation. A ce titre, un représentant de la direction de la protection contre les violations des droits humains affirme ceci :

> *« La question de la protection des personnes âgées a commencé en 2009 où des organisations de la société civile que sont Promo-femme, Helpage se sont approchées du ministère [promotion des droits humains] pour que la prise en charge juridique des personnes âgées soit renforcée. De synergie en synergie, cela a abouti à l'élaboration de la situation des droits des personnes âgées» (Entretien, année 2014)*

A l'issu d'un atelier national de validation du rapport, un avant-projet de loi et des décrets d'application ont été envoyés au Secrétariat du Gouvernement pour une future adoption. Cette judiciarisation va s'étendre jusqu'à la famille. Une activiste des droits de l'homme suggère de réfléchir à un texte juridique qui obligerait les enfants à s'occuper de leurs parents âgés. Elle donne les détails de sa pensée :

> *« Je pense qu'avec la relecture du code pénal, on est en train d'envisager à des infractions en la matière pour abandon. Le fait d'être abandonné par ses enfants lorsqu'on est dans le besoin. Vous voyez une personne âgée qui n'a plus les moyens pour se soigner… un certain nombre de faits que l'on pourrait cadrer par un système juridique. Je pense que ça sera une bonne chose… il faut un cadre juridique pour attirer l'attention des enfants. C'est ton père, tu as les moyens, il faut s'en occuper. Si tu ne veux pas t'occuper de lui, si tu brimes ces droits, voilà ce à quoi tu t'exposes » (Entretien, année 2014)*

Les associations (Helpage Internationale, l''Association des femmes juristes, l'organisation non-gouvernementale Promo-Femmes) vont conduire des actions de plaidoyers auprès des chefs religieux et leaders coutumiers. La mobilisation collective à la base pour faire émerger le «problème-vieillesse» renvoie à la notion de « militantisme gris ». L'image colorée de ce militantisme teinté de gris, en référence à la marque du temps, renvoie aux associations et aux individus qui s'engagent pour la promotion de la qualité de vie des « nin-kêemse » et des « pug gnãse ». Le militantisme gris exprime donc ici les activités de défense des intérêts des sujets vieillissants auprès des organisations instutionnelles au travers des actions de négociations, de propositions et de contestations. Ce

militantisme implique des actions concrètes dans la mesure où il impose une prise de position dans le débat public. C'est dans ce sens que Charpentier dans une réflexion sur l'engagement social des femmes aînées au Québec écrit : « militer, c'est se battre afin que la société adhère ou priorise une idée, une valeur » (Charpentier et Quienard, 2007 : 104). Pour l'auteure, le militantisme s'inscrit dans une volonté de changement social car le bénévole n'est pas opposable au militant. Une des conditions de succès d'un processus d'émergence dépend de l'existence d'un groupe de représentants des personnes âgées capable de faire du « bruit » pour faire entendre leur préoccupation (Favre, 1992). L'Association Nationale des Retraités, l'Association des Anciens Combattants et récemment le CNPA ont réussi à porter leurs problèmes dans le champ politique grâce aux entrepreneurs politiques.

2.3. 3. Les entrepreneurs politiques

L'entrepreneur politique est un individu dont les qualités reconnues (audience, reconnu, expertise, leur leadership) permettent d'influencer l'émergence d'un problème public. Des personnalités du monde politique et de la chefferie coutumière vont se mettre en arrière-plan des revendications dans le champ de la santé et de la violence faite aux femmes.

L'irruption de la première dame dans la mobilisation collective s'inscrit dans un processus de l'usage d'une personnalité dans le lobbying politique pour la journée internationale de la personne âgée. Elle intervient en apportant un appui financier. Aussi, un membre du CNPA déclare à propos de l'organisation de la journée de la personne âgée :

> *« L'année dernière, nous l'avons décentralisé à Bobo ; nous avons été très bien aidé par notre marraine qui est madame Chantal Compaoré ; ça nous a permis de faire venir les présidents provinciaux, à Bobo et ils ont eu un message pour donner à la base » (Associatif, membre du CNPA)*

Son parrainage a permis d'élargir la gamme des services offerts aux retraités bénéficiaires de la visite médicale gratuite. Elle se composait d'un examen clinique et d'un examen biologique (la numération de la formule sanguine, la glycémie à jeun et la créatinémie). En outre, cette visite concernait d'abord les affiliés de la CNSS. Ce n'est que plus tard, qu'elle a été élargie à l'ensemble des retraités. Parallèlement, aux examens médicaux sont venus s'ajouter des dons gratuits de médicaments pour la prise en charge des affections courantes. En 2007, la caisse

nationale de la sécurité sociale va élargir des interventions pour prendre en compte des activités « caritatives » en offrant des bourses d'étude aux orphelins et enfants vulnérables des affiliés. Ces actions s'inscrivent dans une logique de reconnaissance sociale qui s'accompagne d'une redéfinition du rôle des ainés dans la société. Madame Chantal Compaoré déclare[39] :

> *« L'époque où le retraité était perçu comme une personne inactive pour la société est révolue (...) la retraite doit être vue comme le passage d'une vie professionnelle active à une vie personnelle active. Les personnes âgées doivent continuer à apporter au monde professionnel, politique et social leur contribution à l'édification d'une société empreinte de sagesse. Il convient alors d'œuvrer à leur bon état sanitaire afin qu'elles assument pleinement cette mission qui leur est dévolue » (Madame Chantal COMPAORE, épouse du président Blaise COMPAORE)*

Le rôle de la première dame rappelle que la mise sur agenda « dépend des bénéfices politiques attendus » (Hassenteufel, 2010 : 52). En effet, derrière ces actions « humanitaires » se cachent souvent des motivations de mobilisation de l'électorat. Toutefois, il convient de reconnaitre que son implication a permis de mettre en visibilité les problèmes de santé des ainés. Le recours au Moogho-Naaba s'inscrit également dans ce registre des processus de politisation. L'action des entrepreneurs politiques contraint plus ou moins les décideurs politiques à proposer des interventions.

2.3. 4. Les groupes stratégiques

Les revendications collectives des associations ne deviennent des objets politiques que si elles rencontrent des acteurs stratégiques au sein de l'administration publique. Ces groupes stratégiques se composent des organismes de prévoyance sociale et de deux services administratifs créés au niveau du ministère de la santé et du ministère de l'action sociale.

Le régime de retraite burkinabé est un système contributif. Autrement dit les travailleurs cotisent pendant la phase active et reçoivent une pension à la retraite. Ce système est géré par deux organismes publics et les systèmes d'assurance privée qui ne seront pas traités dans ce travail.

39 Rapporté par Hema Clarisse, Journal Sidwaya du 3 juin 2009.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) gère le régime de pensions applicable aux travailleurs régis par le Code de Travail.

La Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO), créé en 1986 s'occuper des fonctionnaires, des militaires et des magistrats et de leurs ayant cause, en remplacement d'un service des pensions jusqu'ici rattaché à la direction des soldes du Ministère des finances, et qui était alors chargé de la liquidation et du paiement des retraites de ces catégories d'agents.

La direction de la protection et de la promotion des personnes âgées est créée en 2007 «*suite aux interpellations des personnes vieillissantes elles-mêmes* » au sein du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale. Ce service rattaché à la direction générale de la solidarité est localisé dans un bâtiment autre que celui qui héberge les services centraux du ministère sis dans un autre quartier de la ville.

Le service de la santé de la personne âgée est chargé de la mise en œuvre d'une politique de santé des personnes âgées au niveau de la Direction de la Santé de la Famille.

La direction de la protection des groupes catégoriels au sein du ministère de la promotion des droits humains joue un rôle capital dans la production des droits des aînés.

Les rapports entre les groupes stratégiques se caractérisent par une faible coordination. A ce titre, un intervenant du ministère des droits humains déclare :

> *« Il n'y a de cadre de concertation, même s'il y a eu plusieurs rencontres avec les acteurs clés que sont les ministère de la santé, de l'action sociale, de l'économie, et les structures associatives comme le conseil national et l'association des retraité. Se pose la question de quelle structure va suivre les conditions des personnes âgées ? » (Entretien 2012)*

Le directeur de la promotion de la personne âgée renchérit :

> *« Il y a la question de la coordination ; on a le ministère de la santé qui a un plan de santé des personnes âgées ; on a les droits humains qui sont en train d'élaborer une législation, on a l'action sociale. Nous, on regarde les questions d'assistance et d'épanouissement de l'individu dans la société de façon globale. Comment mettre ensemble toutes ces actions pour qu'on sente que ce sont les politiques publiques en harmonie qui sont en train d'agir ? Comment faire pour que la contribution des associations qui sont sur le*

terrain, les amener à travailler ensemble pour que l'on puisse avancer ; tout cela ce sont des problèmes ? » (Entretien, année 2013)

Les difficultés de coordination mettent en lumière le rôle de chaque acteur qui mène ses interventions en fonction de ses références idéologiques et de ses valeurs singulières. Il en résulte non seulement un éclatement des interventions en faveur des «nin-kêemse » et des « pug gnãse » mais une sous problématisation de la vieillesse. Dès lors, les interventions prennent la forme d'un modèle exceptionnel.

3 Vers un modèle de l'exceptionnalité ?

Face à l'absence d'une réponse politique cohérente et globale de la prise en charge de la vieillesse, le modèle de l'exceptionnalité semble être la stratégie d'intervention. Ce modèle se matérialise à travers le dispositif de la visite médicale, les campagnes de sensibilisation (banderoles dans les grandes artères de la capitale, les courses d'oxygénation des retraités) et l'inhabituelle mobilisation des personnalités politiques et des groupes de pression (associations de personnes âgées et association de défense des droits de l'homme). En outre, la prise en charge est cantonnée à un groupe spécifique (Carricaburu et Ménoret, 2014) à savoir les retraités. Les contraintes qui limitent l'offre publique du care pour tous sont de deux ordres. D'abord, l'impossibilité assumée de l'Etat à offrir une sécurité sociale pour tous, amène à une sélection des bénéficiaires et au triage des interventions. Enfin, la concurrence des causes induit des interventions verticales au détriment d'une approche globale de la prise en charge de la personne âgée.

3.1. L'absence (partielle) de l'Etat-social

Le contexte dans lequel vivent les «nin-kêemse » et les « pug gnãse » connait de grandes mutations. Les processus d'individualisation sont à l'œuvre aussi bien dans la sphère publique (mouvements de contestation) et dans la sphère privée (mariages, contraintes financières). Mais il faut prendre garde de trop noircir la situation car le mouvement d'individualisation n'est pas encore achevé et on observe une certaine ambivalence En effet, comme Godelier (2010) le souligne au niveau des villes africaines, il y a d'un côté, « l'individualisation grandissante du choix des individus qui refusent d'obéir aux obligations de partage, d'hospitalité, d'entraide que leur imposent selon les traditions les liens de parenté » Godelier,

2010 : 704*)*. De l'autre côté, des individus qui occupent de haute fonction dans l'administration, des entrepreneurs et des grands commerçants riches, continuent « d'héberger des dizaines de parents, d'amis venus de leurs villages natal leur rendre visite et séjourner pour un temps limité » (ibid.,p.704). Cependant l'hospitalité n'est pas le seul fait des plus aisés, mais elle s'impose à certaines personnes au cours de leurs trajectoires. Dans cette situation, il est légitime de se demander où l'Etat-social ?

A cette question, une personne âgée de 75 ans, vivant dans une zone périphérique que je rencontre dans une structure de santé, me répond que l'État ne fait rien pour eux (les Vieux). Au cours d'une autre discussion, une vieille femme de 69 ans vivant dans une trame d'accueil, demande que Chantal Compaoré, épouse du Président du Faso puisse s'occuper d'elles. Une militante d'une association de défense des droits des femmes, affirme : « *il appartient à l'Etat de prendre des mesures pour garantir à l'individu au soir de sa vie de vivre dignement* » (Entretien, le 15 Novembre 2013). Cette sollicitation dans un accent d'humour n'en traduit pas moins une formulation des attentes vis-à-vis de l'État. Ces nouvelles demandes sociales traduisent le sentiment d'insécurité et d'incertitude vis-à-vis de la solidarité familiale. Les limites des solidarités familiales et de l'État à organiser la prise en charge de la vieillesse sont une nouvelle réalité sociale. Dès lors il convient de questionner la capacité de l'État à proposer des solutions complémentaires aux stratégies familiales de prise en charge de la vieillesse. Le lien entre la responsabilité et la vulnérabilité sociale des individus est une logique de la réflexion de la théorie du care. Dans ce registre, les critiques des personnes âgées à l'égard de l'État s'orientent vers le constat d'une absence de responsabilité de l'Etat vis-à-vis d'elles.

Après avoir dénoncé la corruption des relations entre les individus, le réquisitoire atteint le politique. Le « yãado » n'agit pas seulement au niveau des individus, il atteint le fonctionnement clientéliste et patrimonialiste de l'État puisque celui-ci se montre incapable de sanctionner ceux qui s'accaparent des ressources publiques à leur profit. A ce titre, au cours d'un entretien avec un groupe de retraités à la maison Antoine Nanga (siège de l'ANRBF), les propos suivants semblent avoir l'assentiment du groupe :

> *« L'état perd de plus en plus sa crédibilité ; il y a des dossiers pleins au tribunal pour des gens qui ont détournés ; jugez-les ! Si c'est faux, ils vont démontrer ; si c'est vrai, ils vont payer à la hauteur de leur forfait ; mais si vous preniez les dossiers et vous rangiez, ça signifie que vous les encourager. Le retraité doit bénéficier ; mais si c'est pour faire un gouffre financier et que d'autre récupère pour faire leur patrimoine, comme on le voit ; si c'est pour jeter dans des gouffres comme cela, pourquoi ne pas prendre et faire des révisions de pensions afin que mon grand frère [un autre retraité venait de rentrer], il doit lui rester 50 ans maximum à vivre, ça pouvait améliorer ses vieux jours ; éviter les pensions de misères » (Entretien du 27 novembre 2012)*

Cet extrait dénonce l'impunité de l'État vis-à-vis des enrichissements illicites, et de la corruption généralisée. Au cours de ce même entretien, il relate l'histoire du directeur général de la douane comme un exemple d'enracinement des pratiques de corruption. Le 2 janvier 2012, la nouvelle qui devient « l'*affaire Guiro* » est rendue publique par un décret présidentiel. En suivant les traces d'un réseau de jeunes s'adonnant à des dépenses extravagantes, la gendarmerie nationale découvre quatre cantines contenant des objets précieux et un peu moins de deux milliards de Francs CFA (environ 3 millions d'euros). Ces cantines appartiendraient au directeur général de la douane nationale. Il sera limogé et par la suite, déféré en prison. Il bénéficie d'une liberté provisoire et se fait élire comme un conseiller municipal de son village pour le compte du parti majoritaire, le congrès pour la démocratie et le progrès (CDP). Cette situation est expliquée par la défaillance de l'état qui n'a pas pu se déconnecter de son « enracinement dans les profondeurs historiques des sociétés communautaires et de leurs traditions autoritaires » (Marie, 1997 : 91). Il en résulte de nos jours la dispersion du pouvoir de l'Etat dont les conséquences se déploient au quotidien dans les formes de vie (Mbembé, 2004). Parmi ses effets, l'auteur énumère l'affaiblissement des capacités administratives, propice à la généralisation des pratiques informelles. La multiplication de celles-ci offre alors des possibilités de contourner les lois et les règles dans un contexte où « les capacités de sanction détenues par les pouvoirs publics et autres autorités sociales seront les plus affaiblies » (ibid. p.178). C'est ainsi que les agents publics et privés adoptent « des conduites visant à infléchir les normes aux fins d'accroître les rentes et tirer le bénéfice maximum de la défaillance des institutions formelles » (ibid. p.178). En racontant cette histoire, il s'insurge contre la faiblesse des systèmes de protection sociale pour l'ensemble des «nin-kêemse » et des « pug gnãse ».

Plusieurs auteurs imputent cette situation à l'absence d'une éthique de redevabilité, perçue comme un trait de la démocratie en Afrique. En effet, la protection sociale relevant de la responsabilité de l'état ne peut avoir un fonctionnement efficace que dans un contexte de démocratie (Sissoko et al, 1999). Le contexte politique burkinabè, qualifié de semi-autoritaire (Hilger et Marzzochetti, 2010) est loin d'être une banalité dans la prise en charge institutionnelle de la vieillesse. Par conséquent, cette impunité augmente leur sentiment d'insécurité sociale puisque les «différentes sources de pouvoirs et de contre-pouvoirs se déqualifient mutuellement » (Laurent, 2010b : 45). Cette captation différentielle des ressources de l'État serait à la base de l'émergence d'une « *société à big man* » (Laurent, 2000). Pour cet auteur, le « *big man* » est celui qui acquiert du pouvoir en s'accaparant des rentes dont les plus courantes sont la maitrise du système foncier (lotissement), l'aide au développement. Aussi, le « *big man* » acquiert des privilèges par le fait qu'il a accès à des responsables de l'État. Dans la même logique, l'accaparement des richesses nationales et son réinvestissement dans des sociétés prêtes noms, font émerger de « *nouveaux riches* » qui sont « des sujets et des otages » (Laurent, 2000 : 15) d'un système de corruption généralisée. Des noms de quartiers symbolisent cette perception de la corruption ; en l'occurrence « *Ouaga 2000* » et le « cité de *Somgandé* » appelé « *cité de l'impunité* ». Les révoltes du 30 et 31 octobre 2014, suivies de scènes de pillages ciblés des maisons et des unités économiques des proches du régime traduiraient un ras de bol d'un développement générateur de fortes inégalités sociales.

La politisation du care (son inscription dans l'action publique) insiste sur les responsabilités des acteurs dans la construction des partenariats pour atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité de la vie des personnes âgées. Les interactions organisationnelles des acteurs mettent à jour les contraintes et les concurrences de causes autour la question de la vieillesse.

3.2. La concurrence des causes dans l'offre de services aux personnes âgées

La mise en œuvre des interventions en faveur de la personne âgée, est l'objet de concurrences de causes qui s'expriment à travers un arbitrage complexe des priorités d'intervention. La concurrence se définit comme « la poursuite par deux ou de plusieurs acteurs d'objectifs mutuellement exclusifs » (Tilly et Tarrow, 2008 : 354). Le financement d'une activité est le résultat des rapports de force entre les acteurs institutionnels. C'est pourquoi je propose de montrer d'abord à travers les discours des décideurs, leur justification de la faiblesse de l'action publique en faveur des plus âgés. Enfin, à partir d'un cas concret de la mise en œuvre de la visite médicale dans deux structures de santé, je traiterai de la verticalisation des interventions.

Quels sont les facteurs internes et externes qui influencent le choix d'une activité à financer ? Le financement des activités dépend de la manière dont chaque institution construit la priorité en l'absence d'une politique cohérente. Les arbitrages financiers peuvent aboutir à ignorer, voire nier l'action en faveur des plus âgés. A ce titre, un acteur de la Direction de la Promotion de la Personne Agée déclare :

> *« Dans un pays où il y a beaucoup de priorités, la question des personnes âgées peut paraître comme une question périphérique et marginale. Quand on regarde, c'est surtout des questions de jeunes, d'écoles, les soins de santé. Les personnes âgées ce n'est pas encore…. Même dans la conception des politiques, nous qui sommes à cette direction, à certain niveau quand vous parlez des personnes âgées, à la limite, ce n'est pas tellement important pour le moment ; cela ne doit pas nous empêcher d'en parler ; les données démographiques de l'ONU disent que les personnes ne cessent de vieillir ; il va se poser la question de leur prise en charge aux États. Les difficultés qu'on a quand vous prenez le budget du ministère, d'abord c'est un budget qui est faible ; notre programme d'activités, ne reçoit pas de financement en tant que tel ; c'est un peu paradoxal ; vous avez une structure qui est là, qui a des missions à exécuter mais il n'y a pas de …. Si je prends un exemple concret, l'organisation du forum des personnes âgées ; dans le budget du ministère ; il n'y avait pas de budget pour cela ; donc vous devez aller vers les partenaires pour solliciter leurs contributions ; cela fait que ce n'est pas évident ; quand vous n'avez pas les moyens de votre politique, ce n'est pas évident ; quand je prends un autre ; mettre en œuvre le plan de lutte contre l'exclusion, dans le budget du ministère ; il n'est pas inscrit une ligne budgétaire. Vous allez mettre en œuvre le plan avec quels moyens ? La première difficulté est la baisse des ressources destinées à la promotion des personnes âgées c'est une préoccupation que nous essayons de relever tous les jours (Entretien, année 2012).*

Pour certaines institutions, la logique pragmatique d'offrir les soins aux plus grands nombres des individus (chapitre.7, p.284) justifie les arbitrages budgétaires défavorables aux interventions en faveur des « vieux ». Un responsable au sein du Ministère de la Santé déclare :

> *« C'est un problème au niveau du ministère ; l'État en a fait une préoccupation ; si on est arrivé à élaborer un document de santé des personnes âgées on devrait être à mesure d'en exécuter. C'est le manque de financement » (entretien, année 2013)*

Pourtant, le Ministère dispose d'un programme d'appui au système de santé, fonctionnant comme un instrument de collecte des ressources financières auprès des partenaires financiers (panier commun), et procède après à l'allocation aux différents services. Dès lors, la responsabilité incombe à chaque structure d'affecter le budget en fonction de ses propres priorités. Dans ce contexte, ce sont les intérêts individuels des acteurs internes qui définissent ce qui est prioritaire. C'est en ces termes, qu'un acteur institutionnel renchérit :

> *«Le programme d'appui au système de santé finance pour les groupes spécifiques auxquels, les personnes âgées font partie. Maintenant, quid au décideur d'enlever une partie pour s'occuper des personnes âgées ».*

Cependant le rôle des partenaires dans la sélection des interventions n'est pas anodin. Cet acteur poursuit en ces termes :

> *« Il faut dire d'une manière générale que les PTF [partenaires financiers et techniques] ne s'intéressent pas encore à la santé des personnes âgées. Ils s'intéressent exclusivement aux maladies transmissibles, alors que les maladies des personnes âgées sont chroniques ; ils s'intéressent à la santé de l'enfant, des jeunes et de la mère, certainement qui sont les bâtisseurs de demain. Ils préfèrent ce qui est d'actualité, visible, d'urgence »*

Même parmis les décideurs nationaux, les interventions en faveur des personnes âgées semblent être un problème négligé. Ainsi, ils ne s'empresseraient pas de mobiliser de manière active les partenaires techniques et financiers pour la cause des personnes âgées. Dans ce cas, il reconnaît l'administration publique en ces termes :

> *« Peut-être c'est à nous de les approcher pour les expliquer [ ]. L'OMS m'a dit : « nous on attend que l'État s'engage, si l'État s'engage à travailler au profit personnes âgées nous on est prêt pour accompagner le gouvernement burkinabé. Mais notre ministère est très complexe, dès lors que ces financements seront acquis ils vont envoyer quelqu'un autre pour venir s'asseoir à ma place » (Entretien de l'année 2013)*

Au niveau du Ministère de la Promotion des Droits Humains, outre la faiblesse du financement engendrant une obligation de trier les problèmes à résoudre ; elle déclare :

> *« Vue les contraintes budgétaires, il y a des activités qui sont soustraites du plan d'action. On a initié des projets qu'on n'a pas pu mettre en œuvre soit parce que c'est insuffisamment financé, ou pas du tout financé. Face à plusieurs priorités, souvent on est obligé de faire des choix (avec embarras)… le fait qu'on en parle montre que c'est une priorité ; avant on n'en parlait pas. Il y a eu le forum ».*

D'autres acteurs sont pragmatiques comme les propos d'un praticien de santé:

> *« Pour le moment, la santé des personnes âgée est un luxe au Burkina. Si tu sors parler de cela aux jeunes, ils vont réagir en disant ' nous-même on est là, on a des problèmes et vous voulez vous occuper des personnes âgées. Le secrétaire général, est le seul gériatre du Burkina, il n'a pas pu mettre en place un programme de santé des vieux »*

Les différents discours des acteurs institutionnels renvoient à deux problèmes dans la reconnaissance des problèmes des plus âgés. Le premier montre que la « rencontre avec le courant des solutions est aussi nécessaire » (Ridde, 2006 : 150) pour une mise en œuvre d'une politique publique. Il ne suffit donc pas que le problème soit reconnu par quelques personnes (morales et physiques) mais qu'il le soit par la société entière. A ce niveau, les avis sont antagonistes, sinon divergents sur la question de la prise en charge de la vieillesse. D'un côté, on assiste à une montée dans l'espace public d'une revendication du bien-être des personnes vieillissantes et de l'autre côté, des acteurs institutionnels qui pensent que les familles à elles seules peuvent s'en charger afin que l'Etat puisse s'occuper des jeunes et des femmes. Le second problème est la saturation du champ politique qui fait qu'un nouveau problème n'est pas nécessairement la bienvenue. Par conséquent, la saturation entraine une hiérarchisation des priorités auprès des institutions étatiques (Fabre, 1992). Cette situation est dénoncée comme le résultat d'un processus de planification dysfonctionnel et non orienté vers les besoins (Ridde, 2006). Dans ce contexte, la solution aux problèmes des plus âgées est la mise en œuvre de programmes verticaux, au détriment d'une approche globale.

Le caractère exceptionnel se laisse appréhender par la demande forte du service se traduisant par un grand nombre d'usagers. Pendant cette campagne de visite médicale, des innovations organisationnelles sont mises en œuvre au

détriment des activités de routine. Les activités de soins connaissent un ralentissement, voire un arrêt des autres prestations.

L'exemple de la mise en œuvre de la visite médicale sur le terrain permet de comprendre les contraintes organisationnelles et matérielles auxquelles, les prestataires de soins font face au quotidien.

3.3. La verticalisation des interventions

A partir de la visite médicale des retraités, je propose de discuter de la « verticalisation » de l'offre de soins aux « Vieux ». La verticalisation en introduisant des procédures spécifiques de prise en charge déséquilibre une organisation des services déjà fragile. La mobilisation des agents de santé les détourne de leurs tâches ordinaires en raison des ressources financières supplémentaires.

Le lendemain 17 décembre 2013, je me rends dans un hôpital du district de Ouagadougou. Dès sept heures, une file de quinze retraités attend devant le laboratoire pour leurs examens sanguins. Jusqu'à neuf heures, il ne se passe rien. Las d'attendre, ils repartent un à un à la maison. Le médecin chef me dit qu'il n'a pas été informé de la visite médicale hors mis, qu'il « a suivi le lancement de l'activité au cours du journal télévisé comme tous les citoyens ». Les techniciens de laboratoire ne sont pas non plus informés et ils continuent de vaquer à leurs activités quotidiennes. En effet, aucune note d'informations de la direction régionale de la santé, ni aucune directive du ministère de la santé ne sont venues informer les acteurs de terrain au niveau des districts sanitaires.

Le 18 décembre 2013, je retourne au laboratoire de l'hôpital du district. Les prélèvements sanguins n'ont pas encore commencé. Je rencontre deux retraités : Sabine (chapitre 4. p.168), agent technique de l'agriculture et M. Sanogo ancien imprimeur (chapitre 2. p.99). Ils se plaignent qu'ils sont venus la veille et ils n'ont pas bénéficié de l'examen. Sabine dit qu'elle habite loin du service médical de la CNSS qui se trouve à la place Naaba-Koom. En effet, elle habite une zone périphérique, nouvellement lotie de la ville. Elle dit que c'est pour cette raison qu'elle vient à l'hôpital du district car elle estime qu'au service médical de la CNSS, elle aurait pu faire sa visite en un seul jour. Vers dix heures, ils retournent chez eux.

Une note du 19 décembre de la part du médecin-chef du district informe que la visite médicale se déroulera du 17 décembre 2013 au 14 février à l'hôpital du district et dans un centre de santé et de promotion sociale. Cependant les bilans biologiques ne commencent effectivement que le matin de ce 23 décembre 2013. Ce jour, le laboratoire grouille des personnes âgées. Cela donne une image inhabituelle au profil des usagers du service. Assis en rang selon l'ordre d'arrivée, tenant leur carnet de santé de la CARFO ou de la CNSS, elle rentre à tour de rôle pour le prélèvement de sang.

A l'hôpital de district, deux salles de consultation du service d'Odonto-rynolaringologie (ORL) sont temporairement affectées à la visite médicale annuelle. Deux médecins, et trois infirmiers sont mobilisés pour l'organisation. Le 24 décembre 2013, je retourne à l'hôpital du district pour constater le déroulement effectif de la visite médicale. Il est six heures, quand les premiers retraités commencent à entrer dans la salle d'attente. Les uns viennent à pied après avoir posé leurs engins au parking. Les autres se font déposer par leur enfant devant la salle de consultation. Certains se font déposer en véhicules. D'autres tiennent un sandwich dans un sachet noir. Vers huit heures, l'espace du bâtiment grouille de monde. Une ambiance joyeuse de retrouvaille : on se salue ; on se raconte des blagues et les rires fusent de partout. On s'interroge sur la date de départ de retraite. On évoque les souvenirs de la vie professionnelle. Les premiers arrivés sont assis sur le banc mural dans la salle d'attente. Au bout de quelques temps, un infirmier, habillé d'un pantalon et d'une chemise manche longue, sort de la salle de consultation, se place au milieu des retraités dans la salle d'attente. Il leur salue et informe que le médecin est arrivé et que la visite va commencer bientôt. Pendant qu'il parle, certains retraités qui sont arrêtés au dehors, s'approchent de la porte afin de bien entendre. D'autres retraités expriment leur mécontentement pour avoir attendu autant de temps. Il excuse le médecin et dit qu'il est passé voir un malade grave au service des urgences. L'atmosphère devient plus détendue. Quelques minutes plus tard deux infirmiers sortent pour prendre la tension et le poids des retraités dans la salle d'attente. A tour de rôle, un infirmier, habillé en blouse blanche prend la tension tandis que son collègue inscrit la mesure dans le carnet de santé du retraité. Ils répètent les mêmes gestes pour le poids. Par manque de place assise, un bon nombre est arrêté dehors en train de discuter. Certains vont à la

recherche de l'ombre vers un autre bâtiment. Assis à même parfois le sol, ils attentent leur tour.

La même affluence de retraités et l'aménagement de nouvelles salles pour la gestion de l'activité sont observables dans les autres centres. Le 16 janvier 2014, je me rends dans un centre de santé de premier contact. Deux bureaux de consultation sont aménagés pour la visite médicale. Dans chaque bureau, on trouve une chaise métallique réservée pour le médecin, une chaise pour le consultant, une table d'examen. Il est huit heures ; une trentaine de « nin-kêemse » et des « pug gnãse » attendent en deux groupes, alignés sur un banc en bois. Chacun tient son carnet et de temps en temps, ils discutent entre eux sur les banalités de la vie quotidienne. Certains sont assis courbés, l'air fatigué de la longue attente. Je discute avec un groupe de retraités. Pour certains, les nouveaux retraités, c'est leur première fois. Finalement vers neuf heures, un médecin, qui officie dans un centre médical semi-rural du district arrive le premier ; il est suivi par son collègue de l'hôpital de district.

Pour la motivation des acteurs, une collation de sandwich est offerte à l'équipe mobile du laboratoire chargée d'effectuer les prélèvements sanguins et aux personnels de soutien. Chaque médecin impliqué reçoit une prime financière de 1000 FCFA (1,5 euro) par personne consultée. Les infirmiers reçoivent 7500FCFA (12 euros) par jour. Chaque structure sanitaire impliquée dans l'opération de la visite médicale est dotée en médicaments pour la prise en charge gratuite des pathologies courantes des personnes âgées. La préoccupation majeure demeure l'atteinte des objectifs quantitatifs et un chef de service déplore le fait que « *tous les retraités ne sont pas informés et certains ne trouvent pas la nécessité de venir participer à la visite*». En faisant le choix d'une intervention de type « populationnelle ciblée», la justification devient l'offre au plus grand nombre sans tenir compte des particularités individuelles.

Chaque praticien reçoit trente personnes par jour. Certains retraités viennent vers quatre heures du matin, afin de bénéficier le plus vite de la consultation. La forte demande de soins de la part des retraités entraine une détérioration du matériel médical et une insuffisance des médicaments. Un infirmier chef de poste, chargé de coordonner l'organisation de la visite médicale, déclare ceci :

« La prise de tension fait que en 72 heures, les tensiomètres sont foirés. On en a payé trois et c'est foiré. Le dépôt [de médicament générique] sera obligé de nous en payé. Le médicament ! Ça ne suffit pas ; on a exprimé les besoins et on a transmis à la caisse. Nos cartons sont vides ; ça fait quatre jours. La majorité vient prendre leur ordonnance pour aller payer leur médicament » (infirmier chef de poste, 16 janvier 2014)

Les retraités expriment un sentiment ambivalent sur l'intervention. D'un côté, la visite est acceptée comme une reconnaissance sociale de l'Etat à l'endroit des retraités. Ainsi, ils apprécient « le geste de l'Etat ». De l'autre côté, ils critiquent les insuffisances organisationnelles. En effet, ils déplorent les longues files d'attente et les coûts onéreux des soins. Une femme retraitée me dit qu'elle est venue depuis six heures et le médecin n'est pas toujours en service à neuf heures. Certains retraités estiment que cette visite ne permet pas de diagnostiquer toutes les maladies dont ils souffrent. Un médecin généraliste, qui participe pour la deuxième fois à la visite médicale renchérit :

« La visite médicale se compose d'un examen physique, à l'écoute des plaintes et à un bilan biologique standard. Les examens complémentaires sont à leur frais. Le bilan biologique est insuffisant. Il aurait fallu un bilan plus complet : uricémie, cholestérol, ionogramme. On a beaucoup d'hypertendus, on aurait aimé avoir un bilan complet ; ils ont besoins d'une consultation spécialisée, comme l'ophtalmologie que nous référons (…) on a un lot de médicaments ; c'est insuffisant. Quand on lui donne les deux plaquettes, quand il finit, il ne renouvèle plus. Entre temps, il peut faire une complication. On a l'impression qu'on veut faire la visite médicale, juste une visite et point barre. Qu'est-ce qu'on fait pour un homme qui a besoin d'une consultation neurologique, ophtalmologique… alors qu'on sait qu'avec l'âge, ça ne peut pas manquer. Il faut mettre en place un dispositif sur la prise en charge spécialisée » (Médecin, 16 janvier 2014).

Cet extrait dénonce à demi-mot la standardisation de la visite médicale qui ne tient pas compte des besoins de santé des individus. Cette forme d'universalisation du soin à partir d'une « grille d'examen » met à jour la nouveauté de la situation pour les acteurs institutionnels. En effet, l'institutionnalisation de la visite médicale n'est survenue qu'au cours de l'année 2014. Avant cette date, elle était perçue comme une action salvatrice aux plus âgés» organisée pour une raison humanitaire par les organismes de prévoyance sociale. C'est dans la même logique d'intervention que les multiples campagnes de dépistage des maladies liées à la vieillesse (diabète, hypertension, chirurgie des yeux) sont conduites par des associations nationales en collaboration avec des missions humanitaires.

La verticalisation de l'offre de santé ne peut se comprendre sans l'inscrire dans le contexte plus large des initiatives locales en faveur des plus âgés de la société. Ces interventions connaissent des dysfonctionnements plus importants que les programmes destinés aux autres groupes-cibles de la population. Illustrons nos propos par deux programmes francophones.

Au Burkina, la mise en œuvre du programme national de la santé des personnes âgées a manqué un soutien politique qui se solde par une faible mobilisation des ressources financières : moins de 0,5% du budget nécessaire pour l'exécution du plan a pu être mobilisé et seulement 3% des activités ont été réalisées (Berthé-Sanou et al, 2013). Leur mise en œuvre en faveur de la personne âgée, est l'objet de concurrences de causes qui s'expriment à travers le choix de financer telle ou telle activité en fonction des critères de priorité.

Le plan sésame du Sénégal, illustre l'écart entre les bonnes intentions politiques et les pratiques. Porteur d'un idéal de solidarité intergénérationnelle pour rendre accessibles aux services sociaux de base (accès aux crédits, logement, transport en commun et santé), ce plan a connu une mise en œuvre restrictive. Les problèmes identifiés sont entre autres : le manque de ressources financières. En effet, une faible proportion du financement est consacrée à la vieillesse dans les politiques sociales en Afrique. Le financement représente 0,1% du produit intérieur brut (Mbaye et al, 2013).

Ces deux exemples francophones montrent que les politiques locales n'ont pas assuré un renforcement du personnel, ni aucune autre mesure d'accompagnement. Par ailleurs, ces politiques ont un faible intérêt pour les partenaires internationaux qui jugent que ces populations ne sont des priorités. Ces politiques publiques en faveur de la vieillesse sont ignorées, négligées parfois par leur concepteur et également par le politique.

La prise en charge ne devrait pas se réduire à une action dyade de la relation thérapeutique et de la relation d'aide ou de soutien. Il convient de l'inscrire dans une politique publique dans laquelle, la précarité sociale des plus âgés serait une condition de possibilité de reconnaissance. Cette préoccupation nous invite, à inscrire les relations contractuelles entre les générations dans une approche de l'équité.

4 Repenser les politiques de care

Les débats actuels sur la prise en charge des plus âgés s'inscrivent dans la théorie de la modernité et de l'économie politique (Aboderin, 2004). Pour la théorie de la modernité, les personnes âgées en Afrique, ont perdu le pouvoir avec l'urbanisation et ses sous-produits. Leurs rôles dans la société auraient baissé, sinon perdu et leurs conditions se seraient dégradées. Pour cette théorie, les jeunes n'auraient plus la volonté de s'occuper de leurs parents à cause de l'individualisme né avec l'influence des valeurs occidentales. Ils ne sont plus disposés à aider les membres de la famille lignagère, mais ils préfèrent se consacrer à la famille conjugale. Pour la perspective de l'économie politique, la situation des nin-kêemse est liée aux réalités économiques qui se traduisent par les écarts entre les riches et les pauvres. Dans ce contexte, les individus donnent la priorité à leurs familles et la baisse des aides en direction des ainés sont perçues comme une incapacité économique de la part des jeunes (Aboderin, 2004). Ces réflexions sont demeurées dans la perspective fonctionnaliste qui explique le changement par la division du travail ou de la modernisation de la production. Quel que soit la perspective, le présupposé déclin des soutiens aux personnes âgées au niveau individuel et familial est interprété sous la forme d'une incapacité économique ou de manque de volonté (Aboderin, 2004) de la génération suivante.

4.1.L'équité intergénérationnelle

Plus haut, j'ai montré que les plus âgés de la capitale vivent dans un contexte « d'insécurité modernisée ». L'idée que les solidarités familiales peuvent à elles seules répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées est de plus en plus éloignée de la réalité sociale (Hane, 2015). Les aidants familiaux (conjoints et enfants) placés au cœur de la prise en charge doivent négocier de plus en plus avec les institutions médico-sociales qui ne sont pas préparées à cette fonction. L'organisation institutionnelle de la prise en charge collective de la vieillesse interroge les rapports entre les générations dans la dimension de l'équité. Pour cela, il importe de « saisir la diversité des anticipations des individus composant la société mais c'est également appréhender la complexité des liens qui les unissent » (Devriese, 1989 : 15). Dans cette posture, « l'âge ne définit pas la génération, c'est la communauté d'expériences » (Ibid., p.15). De même la cohorte « n'est pas la

génération mais un agrégat d'individus artificiellement saisis dans le temps » (Ibid.p.15). C'est pourquoi, la période « ne révèle pas une génération homogène mais une génération plurielle parmi des générations » (Ibid.p, 15). L'intérêt de cette définition de la génération (âge, cohorte et période) met l'accent sur la mémoire. Cette vision se rapproche de l'ensemble générationnel de Karl Mannheim (1994) défini comme un ensemble d'individus que quelque chose relie entre eux et qui partagent un destin commun. Dans ce sens, la prise en charge se doit d'être pensée de façon inclusive puisqu'un événement qui affecte les aînés affecte aussi les jeunes et vice versa. Il s'agit alors d'un renouvellement de la notion de génération qui permet de dépasser une lecture groupale des individus.

Dans ce sens, la génération renvoie au terme le *zamana* (en Moore litt. Monde) qui englobe les multiples générations, puisque le terme renvoie aux vivants du moment. Je traduis de façon imparfaite en français par le mot « humanité ». L'humanité, ce sont les peuples d'aujourd'hui, les peuples de demain, les générations futures. Cette posture éthique de « l'humanité » nous rappelle les différences de valeurs et des normes qui traversent les contextes sociaux et la destinée commune. Le terme « *zamana* » me semble plus proche du concept de « régénération » développé pour mettre en évidence l'interaction mutuelle constitutive entre les relations intergénérationnelles et les processus historiques et sociaux plus larges (Gomèz-Perez et Leblanc, 2012). Il traduit l'adage selon lequel « s'occuper des vieux d'aujourd'hui, c'est arroser le chemin que l'on est appelé soi-même à suivre plus tard ». Au cours d'une rencontre sur un programme de recherche[40] sur les personnes âgées, à une question portant sur le financement des projets des aînés, un président d'une association de personnes âgées dit ceci :

> *« Quand nous avons dit que ce n'est pas normal que des fonctionnaires arrivent à la retraite et c'est la misère totale ; ils n'ont absolument rien pour rentrer dans la retraite. Au départ, ils(pouvoirs publics) nous ont dit, ces retraités exagèrent, ils veulent tout temps qu'on s'occupe d'eux ; nous avons continué à discuter et nous avons fini par leur faire comprendre que ce que nous demandons là, ce n'est pas pour nous, c'est pour eux ; leurs enfants et c'est l'effet inverse qui se produit, ce sont eux qui sont venus nous voir pour dire, le projet dont vous nous parlez semble intéressant ; est ce que vous ne*

40 Projet Inter universitaire Ciblé : «Développement d'un ensemble d'approches systémiques pour améliorer la prise de décision dans l'organisation des services de soins et de support aux *personnes âgées* au Burkina Faso » financé par la Belgique pour la période de 5 ans de 2011-2015

pouvez pas le réintroduire ? » (Président d'une association de retraité, le 12 Novembre 2012)

Les propos du président montrent comment la résolution des problèmes des retraités a permis d'anticiper sur ceux de demain. Leur revendication s'inscrit alors dans une responsabilisation prospective qui pose l'enjeu temporel et intergénérationnel de la responsabilité. Ces débats d'actualité se font d'ailleurs plus évidents autour de la question environnementale (Lefebvre, 2001). La responsabilité prospective est, développée dans la philosophie éthique par Jonas Hans (1994). Elle « projette la réflexion vers l'avenir en rappelant la responsabilité des générations actuelles envers celles qui vont leur succéder ; [elle rappelle] l'interdépendance entre les générations et introduit ainsi les notions d'interaction et de lien social» (Charbonneau et Estèbe, 2000 : 7). Dans cette posture éthique, l'attention publique apparaît comme une ressource rare dont l'allocation est influencée par la compétition entre les acteurs en présence. Commentant les travaux des politistes Stephen Hilgartner et de Charles Bosk (1998), Hassenteufel (2010) compare l'attention publique à une arène publique où un problème pour être sélectionné doit impérativement lutter pour entrer et y demeurer. L'attention est aussi une des qualités morales de l'éthique du care en politique. Elle est la porte d'entrée d'un processus de production de soins (care) aux individus.

Analysant la complémentarité entre les solidarités publiques et les solidarités privées, il faut reconnaitre l'incapacité de l'Etat d'organiser une sécurité sociale pour tous. Aussi, l'État ne peut pas remplir avec la même ampleur et la même générosité la fonction de redistribution (Leimdorfer et Marie, 2003) sociale pour tous. C'est pourquoi, l'État réactive une politique de solidarité en insistant sur l'importance de l'engagement des uns vis-à-vis des autres. La solidarité acquiert un statut politique à travers l'élaboration d'une charte nationale de solidarité qui est adoptée au cours d'un symposium national sur la solidarité, tenu le 15 et le 16 Février 2007 à Ouagadougou. Dans cette charte, l'Etat réaffirme son attachement à « sauvegarder les principes et les pratiques de solidarité traditionnelle » (Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, 2009 : 2). Elle reconnait le « droit de toute personne âgée au respect, à la santé, au logement, aux loisirs et à la protection sociale » (Ibid., p.7) Pour ce faire, il est créé des structures chargées d'organiser et de promouvoir la solidarité nationale: le conseil national de secours

d'urgence et de réhabilitation et la direction générale de la solidarité nationale et l'instauration des journées de solidarité où des collectes de fonds sont effectuées à travers le territoire national. Par ailleurs, un Fonds National de Solidarité (FNS), crée depuis 1983 par le Conseil National de Révolution (CNR) a été réactivé pour la réalisation de projets et programmes en faveur des groupes défavorisés et des populations victimes des calamités naturelles ou d'autres catastrophes. Ces constats nous amènent à partager le point de vue de Godelier dans « l'énigme du don » (1996) du retour du don. C'est ainsi, que « le don généreux, le don sans retour est à nouveau sollicité, avec mission cette fois d'aider à résoudre des problèmes de sociétés » (Godelier, 1996 : 293). Les initiatives de solidarités, sont fortement médiatisées avec la présence du chef de l'État et des hauts dignitaires de la société coutumière et religieuses. C'est pourquoi, « le don est en passe de redevenir une condition objective, socialement nécessaire de la reproduction de la société » (Ibid., p. 293). Cette mobilisation des sentiments et des émotions dans l'action publique confère aux interventions en faveur des plus âgés de la société une raison humanitaire (Fassin, 2005). C'est pourquoi, quelques organisations confessionnelles (catholiques et évangéliques) hébérgent des personnes âgées qualifiées d'«indigentes » et des vieilles femmes accusées de sorcellerie dans des centres d'accueil. L'assistance est alors conditionnée par les qualités morales des personnes âgées (trésors de la société, référence, bibliothèque) et non par une légitimité juridique. C'est pourquoi, la promotion du droit des personnes âgées apparait dans les discours des acteurs associaifs et institutionnels comme une solution durable.

4.2.La promotion des droits des ainés ?

Les différents processus conflictuels ont conduit à la question de la reconnaissance des droits et des libertés formelles des sujets vieillissants. C'est ainsi que la question du vieillissement se pose dans le débat international sous la forme de droits formels à promouvoir à l'endroit des personnes âgées. L'inscription des problèmes quotidiens des ainés comme une question juridique constitue une composante importante de l'action publique internationale au point qu'une commission mène la réflexion au niveau de l'Organisation des Nations Unies (ONU) (Hokenstad & Robert, 2013). Ces auteurs préconisent la promotion des droits des personnes âgées comme une priorité internationale. Mais dans quelles

mesures, le droit (des droits) peut-il devenir un instrument efficace dans la prise en charge de la personne vieillissante ?

Catherine Philippe (2012) soulève quelques difficultés liées à cette entreprise internationale. Elle commence par souligner que le droit signifie l'existence d'un statut propre. Dans ce sens, les avantages accordés et les obligations seront imposés en fonction du seul critère de l'âge. Dans cette posture, le droit des ainés se calque au droit des enfants (mineurs). L'auteure identifie une première difficulté : l'âge. Celui-ci est un critère « purement biologique qui n'a d'intérêt pour le juriste que dans la mesure où il est significatif d'une aptitude à consentir » (Philippe, 2012 : 147). Comme le fait remarquer l'auteure, chez les mineurs, le législateur estime qu'ils n'ont pas atteint la maturité. Par conséquent, leur volonté ne présentant pas l'intégrité voulue, il importe dans ce cas de remédier à leurs déficiences. Chez les ainés, il s'agira d'emprunter le chemin inverse en supposant qu'ils souffrent de fragilités qui nécessitent des nouvelles mesures de protection. Cette démarche suppose que les personnes âgées constituent un groupe homogène bien circonscrit avec des points communs. Or comme je l'ai montré tout au long de cette réflexion, la vieillesse est hétérogène et il y a autant de vieillesses que de contextes. L'auteure préconise alors de ne pas créer « un droit propre à la personne âgée [mais de lui] donner le droit de vieillir en envisageant autrement la dernière période de vie » (Ibid., p. 168).

Les conditions sociales des individus vieillissants au Burkina, ne sauraient être comparées à ceux de la France. Les violences de l'accusation de sorcellerie, l'absence d'une politique de vieillesse, la dualité des statuts des ainés (retraités et non retraités) rendent pertinentes la question des droits spécifiques pour améliorer le bien-être des plus âgés de la société. Un chef de service de la Direction de la Promotion des Droits Humains déplore l'absence de lois contraignantes au niveau international qui auraient contribué à une forme de judiciarisation de la prise en charge de la vieillesse. Elle déclare ceci :

> *« La principale difficulté est liée au droit humain. Sur le plan international, il n'y a pas d'action concrète, des textes contraignants qui obligent les États ; ce sont des déclarations qui régissent la question de la personne âgée »*

Les orientations vont dans l'élaboration de droit autonome pour les personnes âgées. Au cours d'un entretien avec une militante de l'Association des

Femmes Juristes du Burkina, celle-ci déplore l'absence d'un cadre juridique pour protéger la vieille personne. C'est ainsi que dans le cadre de la révision du code pénal (elle y a participé), il est proposé une loi qui « *obligerait les enfants à prendre en charge les parents âgés. Cette loi vise à rappeler aux enfants que le fait de « brimer les droits des parents les expose à des sanctions* » (Entretien, le 12 Mars 2013). Aussi, le projet de loi de protection des personnes âgées est transmis à l'Assemblée Nationale pour adoption.

C'est dans le sens de l'élaboration des lois en faveur de la personne âgée, qu'une étude fut commanditée avec l'appui des ONG et associations de promotion et de protection des droits des personnes âgées sur « L'état des droits des personnes âgées au Burkina Faso » (2011). Ce rapport analyse le cadre juridique et fait un état des lieux de ces droits des personnes âgées. Les associations des droits des personnes âgées partagent cette approche en revendication des droits spécifiques (l'exonération des soins[41], la mise en place d'une carte vieillesse).

Toutefois, certains acteurs institutionnels s'interrogent sur les limites du droit comme un instrument de protection des personnes âgées dans le domaine des accusations de sorcellerie. A ce titre, une militante de l'Association des Femmes Juristes déclare :

> *« L'accusation de sorcellerie étant une violation des droits de la femme, on s'intéresse à la question pour que les femmes ne subissent pas cette discrimination. Nous avons eu à mener une étude et nous avons fait ressortir le vide juridique en la matière. La loi n'a pas prévu expressément une infraction contre l'accusation de sorcellerie ; néanmoins on peut dissoudre ce fait dans les autres infractions qui sont prévues par la loi ; telles que les coups et blessures volontaires, la diffamation, surtout la diffamation que l'on peut utiliser pour réprimer…On peut poursuivre pour diffamation, coup et blessure volontaire, destruction volontaire de biens. C'est tout. De façon spécifique, il n'y a pas une infraction sur la sorcellerie » (Entretien, 2013)*

Concernant cette loi, un représentant de la Direction de la Protection et de la Promotion de la Personne âgée soutient :

[41] L'arrêté conjoint 2010/235/MS/MEF portant conditions d'application de la tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les établissements publics desanté hospitaliers du Burkina Faso stipule dans ses articles 4 et 5 que les personnes retraitées peuvent bénéficier d'un tarif subventionné de 80% et que les personnes d'au moins de 60 ans sans pension bénéficient un tarif subventionné de 90%

« Même l'application de la loi cause problème ; nous avons causé avec des gendarmes et des magistrats ; quand la vieille qu'on accuse et qu'on chasse convoque les gens au tribunal ;si le magistrat dit que le vieille a raison, vous l'avez accusé à tort, c'est de la diffamation, ces accusateurs sont condamnés ; ça ne renoue plus le lien social ; toujours est-il qu'il y a une décohésion qui s'installe dans la communauté ; c'est pour cela, que nous pensons que l'application de la loi, ne règle pas la question de la cohésion sociale ; c'est vrai que tu nous as convoqué devant la loi, tu as eu raison mais tu ne rejoins pas la communauté, ton village , ta case. Il faut aller s'établir ailleurs ; l'application de la loi ne va résoudre tellement la question »

Le droit ne saurait être une panacée pour la prise en charge de la vieillesse dans un contexte de contraintes en ressources mais il est possible d'envisager des interventions pour réduire la précarité des plus âgés. Comment peut-on passer des droits formels aux droits concrets ? A ce titre, l'expérience de l'Afrique du Sud de la mise en place d'un système non contributif (Scodellaro, 2010) semble intéressante. Ce système de pensions non contributif est décrit comme généreux où les pensionnés touchent 940 rands par mois, nommé le « *old age grant* ». Cette allocation est jugée satisfaisante parce qu'elle dépasse le revenu médian du groupe de la population les plus pauvres (Ibid., 2010). Ces mécanismes de transferts a permis à plus de deux millions quatre cent mille personnes de recevoir le *« old age grant* » (Ibid., 2010). Analysant les effets positifs des pensions de vieillesse, l'auteure montre que les filles avaient une meilleure santé quand les femmes recevaient une pension. En outre, le partage de la pension aux autres membres de la famille permet de réduire la pauvreté du ménage et de reconstituer les solidarités éprouvées (Scodellaro, 2010).

Les enseignements issus de l'expérience de ce pays montrent que les transferts de fonds publics en complétant les solidarités familiales permettent d'améliorer la qualité de vie des plus âgés. La mise en place d'un tel dispositif au niveau national suppose la mise en place d'une pension de vieillesse non contributive. Derrière les contraintes budgétaires, l'éthique du care soutient que c'est l'absence d'un manque d'attention qui fait que les institutions de soins ne sont pas capables de prendre en compte d'autres besoins, de formuler de nouvelles lois pour intégrer ce groupe social.

Conclusion

Dans cette partie j’ai montré comment la vieillesse était construite comme problème social dans l’espace public burkinabè. Cette construction repose sur un double processus. Tout d’abord une forme d'injonction des acteurs internationaux qui diffusent les modèles de vieillissement. Ensuite au niveau national, la question s'est greffée aux politiques de retraite avant de s'étendre vers l’offre de santé et de la prise en charge des femmes accusées de sorcellerie. Plusieurs acteurs apparaissent dans ce forum d'échanges des idées. Depuis les premières élites nationales aux manifestations publiques des retraités de l'armée, à la marche des femmes accusées de sorcellerie, des responsables politiques et des notabilités coutumières participent à rendre visible les problèmes des aînés. Cependant force est de constater qu'en l'état actuel, les interventions souffrent des concurrences institutionnelles chargées de formuler l’action publique. Pourtant l'éthique du care en s'interrogeant sur la responsabilité nous recommande à repenser l’État social en dissolvant les frontières entre les âges.

Conclusion générale

Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso compte une population de 1.745.565 en 2010 ; ce nombre atteindra 3.080.375 en 2020. La structure de la population connait une double modification : un rajeunissement continu et une gérontocroissance. Ainsi, les jeunes représentent 47% de la population contre 3,1% des plus de 60 ans (Ministère de l'Economie et des Finances, 2010). Ce qui est préoccupant dans le vieillissement, ce n'est pas la quantité mais la question de la qualité de vie de quelques milliers de personnes vieillissantes. En effet, une lecture du vieillissement par les proportions occulte au niveau local l'accroissement des effectifs des personnes vieillissantes et de leurs conditions sociales. Les personnes âgées sont de plus en plus exposées à de multiples risques et privations de toute nature. Dans les rues, certaines d'entre elles mendient leurs pitances quotidiennes. Elles ont des difficultés pour avoir accès aux services de santé et même quand elles y accèdent, elles ne reçoivent pas des soins de qualité. En outre la multiplication des accusations de sorcellerie des femmes (quelques six cents femmes accueillies dans des centres) et « la brigade verte » rendent compte de la condition de la vieillesse féminine. Ces observations témoignent de l'écart entre les réalités concrètes vécues par les aînés et la rhétorique de la vieillesse dans la littérature africaniste, comme une figure du pouvoir. Dès lors, il convient d'apprécier la situation des aînés au-delà des chiffres, mais à partir de leur expérience. L'objectif de cette thèse est de saisir les expériences du vieillir à partir des formes de prise en charge des personnes vieillissantes de la capitale.

Cette recherche s'inscrit dans la continuité des nombreux travaux ethnographiques sur le vieillissement et la vieillesse réalisés au Burkina Faso. Les premiers travaux ont contribué à la connaissance des personnes âgées à travers l'étude des représentations sociales de la vieillesse, le rôle et les fonctions des ainés dans les sociétés traditionnelles (Badini, 1994). Les représentations évoluent dans le temps, et elles ne donnent qu'une image partielle et déformée de la réalité (Caradec, 2004). Dans la continuité de ces études, les seconds ont poursuivi l'analyse des hiérarchies sociales fondées sur les âges, les rapports de pouvoir entre les générations, les rapports de production dans les unités domestiques (Lallemand, 1977 ; Gruénais, 1985). Ces résultats montrent une image plus complexe et polymorphe de la vieillesse qui s'oppose aux généralisations simplistes et abusives

(Arcand, 1989) de la société africaine bientraitante des vieux (Simmons, 1945). Toutefois, certains auteurs redoutaient une dégradation progressive de la situation des personnes âgées avec la modernisation des sociétés si rien n'était fait (Vinel, 2005 ; Dacher, 2005). En dépit de leur pertinence, les productions scientifiques ont contribué à véhiculer une construction normative, fonctionnelle et homogène de la vieillesse. Pourtant la vieillesse est hétérogène. Rendre compte de l'hétérogénéité et de la dynamique des vieillissements supposent de dépasser la lecture de la vieillesse en termes de structures (droits et devoirs, statuts définis en fonction du rang dans la structure de l'ainesse) ou de pouvoirs (lié aux questions générationnelles), mais d'interroger l'expérience subjective, les conditions concrètes lesquelles vivent les personnes vieillissantes à Ouagadougou.

Saisir l'expérience du vieillir à partir des formes de prise en charge des sujets âgés m'a conduit à appréhender de manière contrastée trois niveaux d'analyse : les politiques (la construction du vieillissement comme un problème public et l'organisation institutionnelle de la prise en charge de la vieillesse), les acteurs en charge de la vieillesse (aidants naturels, professionnels de santé, assistants sociaux) et les individus vieillissants concernés par ces politiques.

Pour ce faire, je me suis inscrit dans une anthropologie du care. Elle se veut comme une nouvelle théorie (apparition vers les années 1980 dans l'espace francophone) pour repenser la vieillesse en analysant les activités de care sous le prisme de la sollicitude, de la bienveillance, du souci de soi, de l'accompagnement et du renforcement de pouvoir des personnes vulnérables. Dans cette posture, la vulnérabilité cesse d'être la caractéristique d'un groupe social donné pour devenir la condition humaine (Tronto, 2009). Dès lors, les inégalités sociales analysées par l'anthropologie politique de la santé (Fassin, 2001) permettent de comprendre les inégalités de care au cours du vieillissement.

En optant pour une vieillesse dynamique, contextuelle, je me suis inscrit résolument dans une approche processuelle de production du savoir à partir d'une dizaine d'études de cas nourris de fragments de récits de vie d'autres individus collectés dans un terrain de longue connaissance. L'ethnographie multi-située se veut alors multi-intégrative. Elle se soucie de décrire «les collectifs d'appartenance, les scènes sociales et les histoires personnelles » (Beaud et Weber, 2003 : 318).

Chaque site offre une spécificité qui permet d'analyser les dimensions pragmatiques du care. Ces cas proviennent des configurations familiales inscrites dans les cadres sociaux plus larges de la société urbaine. Le principal écueil encouru d'une telle démarche est le « syndrome de l'énumération » (Ibid., p.284) qui consiste à une description juxtaposée des cas singuliers, sans les relier, ni les mettre en perspective. Les micro-unités locales sont articulées à d'autres localités, suivant des relations structurales (Trémon, 2012). Ainsi, ces singularités individuelles permettent de comprendre la société, et ses enjeux à partir des expériences de la vie personnelles (Martucelli, 2010) de « vieillir ». C'est pourquoi pour restituer la cohérence, je me suis efforcé à construire des comparaisons en mettant en exergue les différences et les similitudes. Les principaux apports de mes travaux sont :

La reconnaissance de l'émergence du sujet âgé est le point de départ de ma critique des travaux anthropologiques d'inspiration structuro-fonctionnaliste. Il s'agit de reconnaitre les effets de la diversité des cadres sociaux sur les représentations sociales de l'âge et sur les pratiques individuelles. Toutes les personnes vieillissantes ne sont des ainés et ne disposent pas des mêmes ressources. Les programmes d'ajustement structurels qui se sont succédé depuis les années 1990 et la révolution de Thomas de Sankara avec sa politique de libération de la femme et les lotissements du territoire ont contribué à changer les formes de construction de soi dans la capitale Ouagadougou. Les stratégies de prise en charge individuelle comme familiale prennent en compte la dimension religieuse et symbolique de la vie sociale. Ces nouveaux cadres sociaux fabriquent une diversité de vieillir selon les contextes, le sexe et le statut économique. La vieillesse féminine présente une figure différente de celle des hommes. En outre, les nouvelles conditions de vie ont participé à l'émergence d'un sujet âgé, et justifie sa reconnaissance sociale en tant individu singulier. La contribution de l'anthropologie du care mise en œuvre dans cette étude est la reconnaissance du sujet vieillissant à travers la constitution des identités narratives. C'est ainsi que les ainés expriment leurs sentiments, leurs émotions, leurs projets de vie et mettent en scène des formes de contestations et de revendications à une meilleure vie. C'est pourquoi, les différentes catégories de la vieillesse sont incapables de rendre compte de la réalité quotidienne des personnes vieillissantes.

Les « personnes âgées », les « ainés », « les retraités », les « personnes de troisième âge », les « personnes de quatrième âge » qui sont des catégories politiques, économiques et administratives de la vieillesse sont construites par les politiques publiques. Elles sont non seulement diffusées par les organisations internationales comme l'ONU, les ONG comme *Helpage* auprès des associations de personnes âgées mais elles ne rendent pas compte des expériences du vieillir. Au contraire, elles ont contribué à renforcer l'invisibilité sociale des plus âgés de la société. Ces catégories véhiculent une certaine conception de la personne générique sans tenir compte des singularités individuelles. Les approches politiques et économiques se focalisent dans le champ du vieillissement sur les aspects de financement des retraites et l'extension de la couverture sociale. Bien que la retraite soit assimilée à l'entrée dans la catégorie des ainés, pour le cas du Burkina Faso, non seulement elle n'est pas généralisée à tous les travailleurs, mais il existe une forte variabilité de l'âge de la retraite. Ainsi, les systèmes de retraites ont été l'objet de plusieurs réformes. Pendant la révolution de Thomas Sankara, les âges de départ à la retraite ont été abaissés, mettant des milliers de travailleurs à la retraite précoce. En 2004 la réforme la plus importante concerne l'augmentation des âges de départ à la retraite et l'octroi d'une indemnité de départ à la retraite. Les politiques actives à travers le prolongement du temps de travail (auto-emploi) traduisent le modèle de vieillissement actif, diffusé en Europe.

Les expressions populaires en langue *Moore* « *baaba* [Papa], *niikiêma* [Vieux], *kaasma* [ainé], *pugnaga* [vieille femme], *zaksoaba* [chef de famille], *yaaba* [grand-père ou grand-mère] », et les termes français *« papy, mamy, tonton, tanti »* sont autant de mots et locutions qui rendent compte de la hiérarchie dans les âges et témoignent également des rapports intergénérationels (affection, déférence, respect). Ces expressions qualifient un statut social assigné, une position dans les hiérarchies générationnelles et permettent d'accéder à un système de pensée et de comportements. C'est pourquoi, de nouvelles expressions (« mamy, papy ») que l'on rencontre dans les classes sociales aisées et instruites traduisent la place et le statut de la personne âgée dans la société contemporaine.

Les formes d'intégration ou d'exclusion des personnes âgées (en l'occurrence, les élites) dans les sphères de décision de la vie politique dépendent

du régime politique, des stratégies de conquête et de préservation du pouvoir. Une analyse socio-historique des crises politiques qui ont jalonné la vie politique du Burkina Faso depuis 1960, permet de saisir le rôle des structures anciennes de la société traditionnelle rurale et celles dites modernes. L'analyse des archives nationales montre que les personnes âgées ont toujours été intégrées dans la gestion politique pour la résolution des crises politiques hors mis la période de la révolution où les rapports intergénérationnels furent conflictuels. Aujourd'hui, le vieillissement du personnel politique apparait comme une continuité des formes anciennes traditionnelles de gestion de l'espace politique. Les élites âgées détiennent un pouvoir symbolique, qui leur confère une valeur sociale et une fonction de médiation des conflits. L'examen de la fonction d'un chef de quartier montre l'ambiguïté de la coutume dans une société démocratique. Le rôle de courtier de paix qu'il assume tend s'étendre au-delà de leur sphère de souveraineté locale. La chefferie est de plus en plus mobilisée dans la conquête et la gestion du pouvoir politique moderne. Le « collège des sages » composé de personnalités politiques, religieuses et coutumières est une illustration politique de l'usage de la vieillesse dans la sphère politique. Cependant contrairement à l'Europe et en Amérique, où ces processus d'intégration ouvrent des espaces de conquête de droits sociaux, ici, il y a un véritable paradoxe en ce sens que les individus vieillissent dans un contexte de faible organisation institutionnelle de leur prise en charge. Ce paradoxe m'amène à conclure que le *pouvoir gris* n'est pas une réalité tangible au Burkina Faso dans la mesure où les politiques publiques en faveur des individus vieillissants sont faibles alors qu'ils occupent les sphères de décision.

Le vieillissement du territoire est à mettre en parallèle avec les modifications spatiales de la ville. Les mobilités résidentielles subies qui surviennent au cours du vieillissement interrogent l'autochtonie (identification à un espace familier), la mixité générationnelle (faire famille) et l'accessibilité aux services publics. Dans le cas de Zarata, une femme de 67 ans, dont l'expérience du vieillir oscille entre le déclassement socio-économique et la mise en œuvre de tactiques individuelles pour se repositionner dans le monde. Ces nouvelles manières de vivre interrogent globalement les politiques d'urbanisation qui prennent rarement en compte les questions de vieillissement. Les observations montrent que les changements de résidence dans un contexte de ruptures conjugales pourraient être une source

d'accroissement de la vulnérabilité sociale, économique et relationnelle auxquelles les individus répondent par des nouvelles tactiques. C'est ainsi que Marguerite, une femme de 62 ans (née en 1951) a recours à la communauté religieuse pour recevoir des appuis matériels, des soutiens émotionnels dont elle ne peut pas bénéficier de sa famille. Les observations montrent que les pratiques spatiales de certains hommes sont modifiées dans les situations de ruptures conjugales. Romuald, 67 ans illustre de manière exemplaire le repli sur soi en faisant le deuil de la famille lignagère parce qu'il se sent dévalorisé. Cette économie des forces rentre dans un processus plus général de sélection et d'abandon de certains espaces de vie, comme de certaines activités sociales. Un autre aspect de la mobilité résidentielle concerne le vieillir dans un autre pays, autre que celui où on a passé une bonne partie de sa vie active. L'analyse de la vieillesse immigrée, à partir du cas de Marie-Juliette montre la réinsertion dans les réseaux de soutien lignager n'est pas à priori une assurance. En effet, l'instabilité résidentielle menace l'intégration locale. En outre, les nouvelles réalités économiques (spéculation foncière), l'émergence des religions fondamentalistes influencent les rapports entre le village d'origine et le migrant de retour.

En dépit du discours sur la faible espérance de vie, l'on rencontre des personnes très âgées. Un cas concret a permis d'illustrer les enjeux associés à la prise en charge domestique du grand-âge, notamment les fins de vie. L'ambigüité du grand-âge est qu'il est perçu comme une valeur sociale et comme un danger pour la descendance à cause du « *koos-yiga* ». Il apparait dans le discours de certains enquêtés comme une substance létale qui dévore les enfants, responsables de la prise en charge quotidienne des parents très âgés. Toutefois, nos observations ne montrent pas des abandons des parents à cause du poids des normes sociales sur l'engagement dans la prise en charge des parents. L'impuissance des aidants familiaux à offrir des soins adéquats à un parent très âgé, handicapé, grabataire interroge la mise en œuvre de réponse institutionnelle adaptée. Aux sentiments de honte de ne pas être à la hauteur face au poids des normes sociales de bonne famille s'ajoute un discours teinté d'hypocrisie où la mort du parent grabataire est souhaitée. Allons-nous dans le futur assister à la création de maison de retraite avec un personnel bien formé ? Quels sont les enjeux d'une telle entreprise ? Quelles sont la faisabilité et l'acceptabilité sociale de la mise en place des maisons de

retraite? Ces questions restent entières à l'état actuel et mériteraient une nouvelle exploration.

A partir des divers cas concrets issus de multiples configurations familiales, l'on peut reconnaitre que les activités de care au niveau domestique englobent aussi bien les relations d'aide que les formes de prise en charge de soi. Dans toutes les situations de contraintes, les personnes vieillissantes développent leur capacité d'agir et d'action (agency) pour donner du sens à l'existence. Les activités d'autonomisation financières (petites activités commerciales), les rôles familiaux (grand-parentalité) permettent l'insertion individuelle dans les liens de prise en charge. Ces agencements des rôles familiaux sont au cœur de la parenté, des valeurs familiales. Le care en renvoyant aux pratiques d'esthétisation tend à repousser les frontières de la vieillesse en fonction de l'image du corps qu'on renvoie à soi et aux autres. La vieillesse féminine n'est plus seulement une disposition comportementale mais elle englobe la conservation de la beauté. Le noircissement des cheveux, les fréquentations des salons de coiffure, le port des habits des « jeunes » montrent la volonté de contrôler les métamorphoses physiques du corps. Le corps apparait comme une surface d'inscription de l'identité sociale. La production d'un corps beau et agréable à la vue est un enjeu de sécurité sociale pour les femmes au cours de la vieillesse. En effet les hommes, en multipliant les conquêtes des jeunes filles (Marchozzetti, 2009) participent à produire un environnement familier insécurisant pour les épouses. Cet aspect de l'étude mériterait d'être approfondi afin de comprendre comment les mariages tardifs des jeunes filles par les ainés peuvent être une menace pour la construction d'une prise en charge adaptée pour les ainées.

Vieillir induit parfois d'organiser une prise en charge du parent âgé hors de l'unité domestique. Dans notre recherche, deux épreuves existentielles ont été explorées. Il s'agit de la maladie et de l'exclusion sociale des femmes âgées pour fait de sorcellerie. L'analyse de la quête de santé par des hommes et des femmes montre que le besoin en santé de la personne âgée est souvent masqué par la construction de la vieillesse comme une maladie. C'est pourquoi, le sujet âgé arrive tardivement à l'hôpital après un itinéraire thérapeutique complexe. Dans ce cas, négocier sa place dans un hôpital sous contraintes suppose de disposer de capital

économique, social, symbolique et culturel. La relation thérapeutique n'est que le reflet de ce statut et il en résulte une production institutionnelle de plusieurs figures du malade âgé : le malade du médecin et le malade difficile. L'étude a montré que les solidarités familiales sont mises à rude épreuve au cours de la maladie chronique à cause de la mobilisation complémentaire des ressources familiales. Toutefois, la réciprocité familiale ne peut se comprendre sans prendre en compte l'histoire des conflits au sein de la famille. Mes observations dans l'unité de soins de cardiologie ne montrent pas un abandon des malades âgés malades, mais des tensions relationnelles à mettre au compte des contraintes financières.

L'un des apports de la thèse est de proposer une analyse du care des populations oubliées, voire exclues. La prise en charge des femmes accusées de sorcellerie dans un centre résulte de la capacité de l'Etat à produire de nouvelles identités sociales. De leurs villages où elles sont perçues comme des bourreaux, elles deviennent des victimes légitimes de prise en charge. Elles bénéficient d'une prise en charge alimentaire, sanitaire, d'un appui économique après une conversion à la religion catholique. Le centre façonne les existences quotidiennes de ces femmes en produisant deux figures de la vieillesse. D'un côté, il y a les femmes en équilibre qui ont réussi à s'intégrer, à accueillir leurs parents, à disposer de biens personnels et d'espaces privatifs. De l'autre côté, des femmes souhaitent retourner chez elles pour de multiples raisons sociales. Elles incarnent la figure du déséquilibre.

Les ethnographies de la relation de prise en charge dans ces deux institutions mettent en lumière les contraintes organisationnelles, financières et économiques de l'offre de care à tous les plus âgés de la société. Cependant, il n'y a pas de déterminisme démographique, chaque société est appelée à mettre en place des techniques de soins en faveur de ses ainés. Dans ce processus, le niveau local subit les effets de la mondialisation ; les pays du nord produisent des modèles de vieillissement et tentent de les imposer aux Etats du sud. L'empowerment des personnes vieillissantes au centre de ces modèles peut-il être le moteur d'une politique internationale ? Certes, le concept a le mérite de prendre en compte les dynamiques des composantes de vulnérabilité et des capacités humaines, mais il n'épuise pas la difficulté de mesurer de façon concrète les changements de relation

de pouvoir jugées inégales. En d'autres termes, une plus grande libérté de choisir des uns peut masquer l'incapacité des autres à faire des choix. C'est le cas des élites âgées (riches commerçants, politiques) qui participent à la prise de décision dans la sphère publique par le truchement de la répresentation institutionnelle (conseil d'administration, comité de gestion) alors qu'une grande majorité des sujets vieillissants (paysans, éléveurs, artisans) sont éloignés de cette sphère. Dans ce sens, l'empowerment court le risque de devenir un concept qui reproduit les inégalités sociales au niveau individuel. Pour en sortir, les activités d'empowerment devraient renforcer les capacités collectives d'influence pour améliorer un accès équitable aux ressources. Les pays au sud du Sahara englués dans de multiples priorités de développement sont contraints de procéder par une sélection et un triage des interventions. Dans ce jeu, les personnes vieillissantes dans leur majorité semblent être les oubliés à un moment où les solidarités familiales sont malmenées.

La dimension socialement construite de l'âge et du vieillissement amène à redéfinir la vieillesse à partir du concept émique de « *panga* » (litt. La force). Cette notion globale recouvre toutes les dimensions du processus de vieillissement. Elle renvoie à la force physique (dimension biologique), à la force économique, sociale, relationnelle, politique et la force cognitive (volonté et envie). Il semble que l'on ne devienne une personne âgée quand les effets de l'âge se combinent à l'absence d'une de ces dimensions. Les macro-catégories sociales pour désigner les personnes âgées (3ème âge, 4ème âge, retraités, vulnérables, sorcières, malades) ne sont que des traductions de l'absence de « *panga* » dans la vie au cours de l'avancée en âge. Cette notion serait l'équivalent du capital social dans le cadre de la prise en charge de la vieillesse. En tant que ressource individuelle, le capital social permet d'une part à une personne d'obtenir des informations et de l'assistance pour répondre à ses besoins. D'autre part, le capital social est perçu comme une ressource collective dont un individu peut en bénéficier. Ce faisant, le soutien social dont peut s'attendre à recevoir une personne âgée est le résultat du capital social (Gray, 2009). En d'autre terme, plus le capital social est élevé, plus il y a la chance de recevoir plus de soutien social. Les inégalités de care résultant des inégalités de capital social dépendent des politiques de sociales.

Dès lors, il est possible en mobilisant les concepts émique de « *zaamana* » (litt. Génération) et du « *burkidlem* » de construire une société de care (caring

society). Le concept de « *zaamana* » suppose de penser les individus sans distinction d'âge parce qu'ils vivent les mêmes conditions matérielles de l'époque. Il s'agit alors d'une approche fondée sur les besoins des membres de la société puisque les problèmes des jeunes touchent également les plus âgés. Dans le même registre, la notion de « *burkidlem* » qui fait appel aux valeurs de partage, d'humanité, de respect de l'autre devient le ciment d'une société de care. Une telle société produit des normes et des valeurs qui leur permettent de prendre des décisions au nom de critères moraux (Fassin et Eideliman, 2012). Dans ce sens, une économie morale du care suppose de prendre en compte deux réalités. D'abord inscrire dans les comportements économiques, la réciprocité et la redistribution. En d'autres termes, l'économie devrait devenir une expression de l'engagement des membres de la société les uns par rapport aux autres à travers des échanges de biens et de prestations aussi bien dans la sphère familiale que dans l'espace public (Fassin et Eideliman, 2012). Enfin selon la perspective de ces auteurs, l'économie morale suppose de prendre également en compte les systèmes de normes et d'obligations. Dans cette posture, une économie morale du care « distingue ce qui se fait et ce qui ne se fait pas […] Ce sont des principes de bonne vie, de justice, de dignité, de respect, en somme de reconnaissance » (Fassin et Eideliman, 2012 : 25). Le « *burkidlem* » consacre la dignité intrinsèque de chaque individu pour devenir une identité collective. C'est ainsi chaque génération aura une place digne de la société burkinabê contemporaine.

Cette recherche n'a pas pu prendre en compte de façon spécifique la maladie cardiaque. Pourtant cette pathologie émergente induit des réactions sociales. Cette prise en compte aurait permis de voir si les comportements de solidarité de l'entourage changent selon les connaissances profanes de la maladie. En outre, l'ambition de décrire la variété des vieillissements fait que les thèmes abordés paraissent nombreux et parfois éclatés. Enfin dans l'étude de la vie des femmes accueillies dans le centre, la recherche aurait gagné en force de démonstration en prenant en compte les reconstructions des vies au retour des villages d'origine. Ainsi, j'aurais pu tenter de saisir les évolutions de la perception de la sorcellerie dans les localités d'origine. Cette recherche appelle des futures enquêtes pour approfondir certains aspects qui ne me paraissent pas assez explorés.

La ménopause est un évènement important dans la vie d'une femme. Les femmes âgées d'aujourd'hui ne ressemblent pas aux autres générations précédentes au même âge. Avec une mondialisation et la circulation des modèles de santé, la médecine promet l'illusion d'une fin de la ménopause biologique et sociale. Les possibilités d'enfanter jusqu'à un âge reculé se juxtaposent avec la question de l'infertilité masculine et féminine. Cependant cette question n'a pas été suffisamment abordée dans ma thèse. Il importe de comprendre comment elle est vécue par les femmes et leur entourage dans la mesure où elle est un marqueur de l'identité féminine. Par ailleurs, avec le progrès de la biomédecine, comment les identités se forment-elles ? Comment une vie sexuelle plus longue devient-elle une nouvelle demande sociale du bien-être ? Comment les mariages tardifs (à la vieillesse) sont perçus par les plus âgés ? Cette préoccupation sur la ménopause peut être articulée à une réflexion globale de la violence faite aux femmes pour allégation de sorcellerie à cette période. Ce travail prend en compte les interactions entre les institutions (modernes et coutumières), les ONG, les médias, les professionnels de la justice, de la police, des institutions religieuses et les familles. Il s'agira de comprendre leurs engagements dans le traitement et la lutte contre le phénomène de la sorcellerie.

La question de la citoyenneté et de la participation sociale, au cœur des activités des mouvements associatifs méritent une exploration afin de comprendre leurs capacités (incapacité) à revendiquer plus de droits sociaux. Par citoyenneté, je fais référence à « un statut octroyé à tous ceux qui sont reconnus membres d'une communauté politique et définit dès lors une égalité formelle dans les droits et les responsabilités » (Viriot Durandal, 2012 : 31). Cette question se pose de plus en plus dans l'espace public à un moment donné où les jeunes ont l'impression que les plus âgés occupent les sphères de décision. La presse locale dénonce les nominations à de hautes fonctions de la République (conseil constitutionnel, Grande chancellerie) des retraités par le Président de la Transition, lui-même retraité. Cette tension née du partage de pouvoir entre les jeunes et les ainés qui ne représentent que 11% de l'électorat interroge également les comportements électoraux des plus âgés de la société (Ministère de la Promotion des Droits Humains, 2010). Cette piste se propose d'investiguer l'ensemble des droits (politique, santé, économique, protection) des personnes vieillissantes.

Ces enquêtes peuvent rencontrer les intérêts de connaissance des institutions étatiques, de la commande publique et des associations engagées dans l'amélioration du bien-être des personnes vieillissantes. L'utilisation des données de recherche pour des actions publiques est apparue au cours de mes enquêtes une demande constante des institutions. Il convient cependant de souligner que si cette thématique de recherche constitue un enjeu majeur des sociétés africaines, elle n'est pas encore devenue un objet de recherche totalement légitime et abondamment financé.

Bibliographie

Abelès Marc et Collard Chantal. 1985. *Age, pouvoir et société en Afrique noire*, Hommes et sociétés, Karthala PUM, 332 p

Aboderin, Isabella, 2004 *Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people* Ageing & Society 24, 2004, 29–50. *F* 2004 Cambridge University Press

Agamben, Giorgio, 1997. *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue* (Traduit de l'Italien par Marilène Raiola), Ed. Seuil, Paris, 216 p

Agier, Michel. 2013. *La condition cosmopolite. L'anthropologie à l'épreuve du piège identitaire,* La découverte, Paris, 212p

2012. *Penser le sujet, observer la frontière. Le décentrement de l'anthropologie*, L'Homme, 2012/3 n°203 - 204, p. 51-75.

2008. *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Flammarion, Paris, 350p

Antoine, Philippe & Golaz, Valérie (dir.).2010. « Vieillir au sud », *Autrepart* revue des sciences sociales au sud, Sciences Po Les presses, édition IRD, N° 53 2010

2009. « Vieillir dans les pays du Sud : mieux connaître les solidarités privées et publiques autour de la vieillesse en Afrique », *Retraite et société*, 2009/2 n° 58, p. 184-188.

Antoine, Philippe 2007. *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle*, IRD, UR-DIAL, Paris, 542p

Arcand, Bernard 1989 « la construction culturelle de la vieillesse » In Santerre et Letourneau G (eds) *Vieillir à travers le monde*. Les presses de l'université de Lavalle, pp 97-103

Attané, Anne., 2011. « La notion d'aînesse sociale a-t-elle encore un sens dans les contextes contemporains ouest-africains ? L'exemple du Burkina Faso ». *Actes du colloque international* de Meknès, 17-19 mars 2011, Maroc

2007 « choix matrimoniaux. Le poids des générations. L'exemple du Burkina Faso » In Antoine, P., *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle,* IRD, UR-DIAL, Paris] pp 167-196

Attias-Donfut, 1994 « Entre traditions et modernité ; les incontournables aînés » in Attias-Donfut, C., et Rosenmayr, L., *«Vieillir en Afrique»,* Collection, les champs de la santé, pp19-46

Attias-Donfut, Claudine et Rosenmayr Léopold, 1994, *Vieillir en Afrique,* Collection, les champs de la santé, 353p

Attias-Donfut, Claudine ; Lapierre, Nicole ; Segalen, Martine. 2002. *Le nouvel esprit de la famille*, Editions Odile Jacob, Paris, 294 p

Audouin Jean et Deniel Raymond, 1975. *L'islam en Haute-Volta à l'époque coloniale*. INADES- Abidjan, 85p+ annexes

Augé, Marc, 2012. *Pour une anthropologie de la mobilité*. Rivages poches, Petite bibliothèque (1ère édit. 2009)

1975. *Théorie des pouvoirs et idéologie. Etude de cas en Côte d'Ivoire*. Collection savoir Herman, 440p

Badini, Amadé, 1994. *Naître et grandir chez les moose traditionnels*, Sépia-ADDB Paris-Ouagadougou, 207 p

Bado Jean-Paul., 1996, *La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960),* en ligne, URL : www.histoire.ucad.org/archives (consulté le 5 mars 2011)

Balandier, Georges, 1961 « Le contexte socio-culturel et le coût social du progrès » in Alfred Sauvy, *Le Tiers-Monde. Sous-développement et développement*. Réédition augmentée d'une mise à jour par Alfred Sauvy. Paris : Les Presses universitaires de France, 393 pp. Collection : Travaux et documents. Cahier no 39. Pp 289-303

Barrat, Jacques et al, 2008, *Géopolitique du Burkina Faso,* Collection « géopolitique du XXIe siècle », 294p

Barrientos Armando. 2002, «Old age, poverty and social investment», *Journal of International Development,* Vol. 14, no 8, p. 1133-1141

Bayard Jean-François, Mbembé Achille, Toulabor Comi, 2008. *Le politique par le bas en Afrique noire,* Les Afriques, Karthala, 221p

Baziémo, Maurice, 2007. *Esclaves et esclavages dans les anciens pays du Burkina Faso,* (Préface d'Olivier-Pétré Grenouilleau), L'Harmattan, Paris 356p

Beaud Stéphane et Weber Florence. 2003. *Guide de l'enquête de terrain*. Guides Repères. La Découverte (nouvelle édition), 357p

Becker Howard S. 2007 « Les photographies disent-elles la vérité ? *» Ethnologie française,* 2007/1 Vol. 37, DOI : 10.3917/ethn.071.0033 pp 33-42

Bergman et al, 2004 « Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité » *Fragilités*, Gérontologie et Sociétés, N°109- Juin 2004, pp 15-29

Benabdessadok, Christine. 1986. «Femmes et révolution ou comment libérer la moitié du ciel » In *Politique Africaine « Le Burkina Faso »,* N°20 Paris Karthala, décembre 1985, pp 55-64

Bernadot, Marc. 2008. *Camps d'étrangers,* Editions du croquant, Paris, 223p

Benoist Jean, 1996. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médica*l. Paris : Les Éditions Karthala, Collection : Médecines du monde. 520 p

Benoist (de), Joseph-Roger, 1987. *Eglise et pouvoir colonial au soudan français. Administrateurs et missionnaires dans la boucle du Niger (1885-1945),* Karthala, Paris 539 p

Berthé et al, 2013 « Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) » *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 61 (2013) 531-537

Berthé-Sanou et al, 2008 « Analyse du programme national de santé des personnes âgées (PNSPA) 2008-2012 au Burkina Faso », *Afrique, santé & Développement*, Vol 25, N°4/Juillet-août 2013 pp516-526

Beucher, Benoit, 2010 « Le mythe de l'empire mossi, l'affirmation des royautés comme force d'accompagnement ou de rejet des nouveaux pouvoirs centraux, 1897-1991 », In Hilgers. M., et Mazzocchetti, J., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso,*, Karthala, Paris pp 25-50

Bieri Arnaud et Froidevaux Sylvain, 2010 « Dieu, le président et le wak. A propos de certains phénomènes magico-religieux au Burkina Faso » In Hilgers. M., et Mazzocchetti, J., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso,* Karthala, Paris, pp 67-84

Biehler, Alexandra., Le Bris, Emile., 2010 « Les formes d'opposition aux politiques de la ville à Ouagadougou » In Hilgers. M., et Mazzocchetti, J., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso,* Karthala, Paris, pp 133-150

Biehler, Alexandra., 2006 « Renouveau urbain et marginalisation. Le cas du centre-ville de Ouagadougou, Burkina-Faso ». In: *Tiers- Monde*. Tome 47 n°185. pp. 57-78. Doi : 10.3406/tiers.2006.5650 http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_1293-8882_2006_num_47_185_5650

Bila, Blandine, 2008 « Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs », *Ethnographiques.org*, [en ligne]. http://www.ethnographiques.org/2008/Bila.html (consulté le [10 octobre 2013]).

Bizouarn, Philippe, 2014 « Variabilité décisionnelle en chirurgie cardiaque et exclusion des patients âgés ou trop graves » in Lachenal. G., Lefèvre. C., Nguyen V-K., *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie.* Les cahiers du centre Georges Canguilhem, PUF, Paris, pp 261-282

Blanc Nathalie, 2010 « L'habitabilité urbaine » in Coutard. O., Levy. J-P., (dir.), *Ecologies urbaines*, collection villes, Economica, Anthropos, pp 151-186

Blanchard, François, 2004 *La fragilité du sujet âgé.* Edito. Fragilités, Gérontologie et Sociétés, N°109- Juin 2004, pp 10-13

Boitte Pierre, Cobbaut Jean-Philippe, 2006 « Les défis d'une éthique de l'accès aux soins. », *Revue d'éthique et de théologie morale* HS/2006 (n°241), p. 9-40 URL www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2006-HS-page-9.htm. DOI : 10.3917/retm.241.0009.

Bonnet, Magalie, 2001. *Vivre âgé à domicile : entre autonomie et dépendance*, L'Harmattan, Paris, 140 p

Bouju Jacky, 2009. « La malédiction, l'honneur et la spéculation » *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 29-30 | 2009, mis en ligne le 16 juin 2010, Consulté le 19 août 2014. URL : http://apad.revues.org/4006

_____2004 « Le coutumier juridique » africain : approche anthropologique d'une invention coloniale » In Dimitrijevic. D., *Fabrication de traditions, invention de modernité*, Edition MSH, Paris, pp 122-147

Bourdieu Pierre, 2001. *Langage et pouvoir symbolique*, Editions du Seuil, Points, Paris, 419 p + annexes

Boussaguet Laurie, Muller Pierre, 2005 «L'impact du forum politique sur la formulation des politiques publiques » *In politiques et management public, Vol 23 N° 3, 2005. Le management public à l'épreuve de la politique*. Actes du 14è colloque internationale, Bordeaux, 17 et 18 Mars 2005, organisé en collaboration avec sciences Po Bordeaux, Tome1 pp 41-59

Boyer Florence et Delaunay Daniel, 2009. *«Ouaga 2009 » Peuplement de Ouagadougou et Développement urbain*, Rapport provisoire, 249 p

Bozon, Michel, 1984. *Vie quotidienne et rapports sociaux dans une petite ville de province : la mise en scène des différences*, Lyon, PuL, 300 p

Bresse Marie-Pier, Fortin Andrée et Després Carole, 2010. « Se réinstaller après une relocalisation résidentielle involontaire : entre appréciation de son milieu et deuil de l'ancien », *Lien social et politiques* N°63, 2010 pp 133-141

Brohm, Jean-Marie, 2001. *Le corps analyseur. Essai de sociologie critique*, Anthropos, Paris, 239 p

Brown A.R Radcliffe et Forde Daryll, 1953. *Systèmes familiaux et matrimoniaux en Afrique noire*, Paris, PUF, (Trad. de African systems of kindship and mariage)

Bruguière, André et al (dir.), 1986. *Histoire de la famille. Le choc des modernités*, Tome 2, La Découverte, Paris, 506 p

Calvès Anne-Emmanuelle, 2009 « Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement » *Revue du tiers-monde*, 2009/4/ N° 2000 pp 735-749

Calvès Anne-Emmanuelle, Levis Marie José, 2012 « L'encadrement par les ainés de l'entrée en maternité des jeunes femmes à Ouagadougou : continuités et changement » In : Gomez-Perez, M., et Leblanc M. N., (dir.), *L'Afrique des générations : entre tensions et négociations*. Karthala pp 645-678

Calvès, Anne et Marcoux Richard, 2007 «Présentation : le processus d'individualisation « à l'africaine », *Sociologie et sociétés*, Vol XXXIX 2, pp 5-18

Caradec, Vincent et Martucelli, Danilo (eds), 2005. *Matériaux pour une sociologie de l'individu. Perspectives et débats*. Presses universitaires de Septentrion, 318p

Caradec, Vincent, 2007 « L'épreuve du grand âge ». *La Doc française. Retraite et société*, 2007 /3 N° 52 p11-37

2004, *Sociologie de la vieillesse*, Armand Colin, Paris, 135 p

Carricaburu, Danièle et Ménoret, Marie 2014, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 235 p

Casman, Marie-Thérèse, 2010 « Des liens avec des fils d'argent. L'importance des relations avec les grands-parents » in Carbonnelle. S., (coord), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*. Seli Arsdan, Paris, pp 217-234

Cavaillé, Fabienne. 1999. *L'expérience de l'expropriation*, Association des études foncières, Paris, 289 p

Cavin Anne-Claude, 1998. *Droit de la famille burkinabé, le code et ses pratiques à Ouagadougou*, collection, sociétés africaine et diaspora, L'Harmattan, 392 p

Certeau (de), Michel, 1990. *L'invention du quotidien 1. Arts de faire*, Gallimard Folio essais, 350 p

Charbonneau, Johanne et Estèbe Philippe, 2001 « Entre l'engagement et l'obligation : l'appel à la responsabilité à l'ordre du jour » *Lien social et politique* N°46, 2001, pp 5-15

Charlap, Cécile, 2013 « Rester femme : expériences et représentations de la féminité à la ménopause » in Legrand. M., et Volery. I., *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police du corps et des âges.* PUN-Editions universitaires de Lorraine, pp 105-113

Charpentier Michèle, 1995. *Condition féminine et vieillissement*, Les éditions du remue-ménage, Montréal (Québec), 169 p

Charpentier Michèle, Quieniart Anne et Lebreton Christelle, 2014 « Regards féministes sur les vieillissements au féminin » in Hummel, C., Mallon. I., et Caradec. V., (dir.) *Vieillesses et vieillissements. Regards sociologiques.* Presses universitaires de Rennes, pp 149-160

Charpentier Michèle., Quieniart Anne. (2007) (dir.) *Pas de retraite pour l'engagement citoyen,* Presse Universitaire de Québec, collection problèmes sociaux et interventions sociales, 254 p

Clément Serge et Membrado Monique, 2010 « Expérience de vieillir : généalogie de la notion de déprise » In : Carbonnelle S., *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*. Seli Arslan, pp109-128

Commaroff, Jean & Commaroff, John 2000 « Millennial Capitalism : First thoughts on a Second Coming », *Public Culture*, 12 (2) pp 291-343

Commission « Justice et paix » CJP-Burkina et Open society initiative for west Africa, 2010. *Message de sa majesté le Moogho Naaba Baongho, contre l'exclusion sociale et les violences faites aux femmes,* Ouagadougou le 06 Mars 2010, 21 p

Commune de Ouagadougou, 2011a, *Livre d'or de la mairie*, Rapport de fin de mandat du Maire Simon Compaoré, 285 p

2011 b. *Annuaire statistique 2010*, 183 p

Conombo, Joseph Issoufou, 1991. *MBa Tinga- traditions des Mossé dans l'Empire du Moogho Naba,* coll. Mémoires africaines, 185 p

Couderc, Mathilde, 2005. *Les retraités sont fatigués, le traitement social des personnes âgées et retraitées à Dakar*, Master recherche en anthropologie, Université Paul Cézanne, Aix-Marseille

Crapanzano, Vincent, 1994 «Réflexions sur une anthropologie des émotions », *Terrain* [En ligne], 22 | mars 1994, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 09 août 2015. URL : http://terrain.revues.org/3089 ; DOI : 10.4000/terrain.3089

Cros, Michèle. 1990. *Anthropologie du sang en Afrique : Essai d'hématologie symbolique chez les Lobis du Burkina Faso et de la Côte d'Ivoire*, L'Harmattan, Paris, 297 p

Crozier, Sophie, 2014 «Accès aux soins spécialisés des accidents vasculaires cérébraux. Approche éthique du rationnement et du triage » in Lachenal. G., Lefèvre. C., Nguyen. V-K., *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie.* Les cahiers du centre Georges Canguilhem, PUF, Paris pp 283-300

Dacher, Michèle, 2005. *Cent ans au village. Chronique familiale gouin* (Burkina Faso), Karthala, 399 p

Daems Amélie, Nijs Greg, 2010 «L'expérience des déplacements quotidiens à mesure de l'avancée en âge : ce qui nous retient » in Carbonnelle. S., (coord) *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge.* Seli Arsdan, Paris, pp 129-148

Dassetto Felice, Laurent Pierre-Joseph et Ouédraogo Tasséré, 2013. *Un islam confrérique au Burkina Faso. Actualité et mémoire d'une branche de la Tijâniyya*, Karthala, Paris, 276 p

Dastugue Jean, 1982 «Normal, anormal, pathologique. Un problème pour l'anthropobiologiste » In: *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, XIII° Série, tome 9 fascicule 3, 1982. Doi : 10.3406/bmsap.1982.9759 pp 191-199.

De Boeck, Filip, 2012 « Être un danger, être en danger. Exclusion et solidarité dans un monde d'insécurité spirituelle » in Martinelli, B., et Bouju J., *Sorcellerie et violence en Afrique*, L'Harmattan, Paris, pp 85-105

Décobert Christian, 2001. *Conversion, tradition, institution* Archives de Sciences sociales des Religions, 116 (octobre-décembre) pp-67-90

Degorce Alice, 2010 « Les espaces des morts dans les chants funéraires des Moose (Burkina Faso) », *Journal des africanistes* [En ligne] mis en ligne le 01 avril 2013, consulté le 02 août 2015. URL : http://africanistes.revues.org/2860, pp 79-2

Delanoë Daniel, 2001 « La ménopause comme phénomène culturel », *Champ psy*, 2001/4 no 24, DOI : 10.3917/cpsy.024.0057, pp 57-67.

Desrosières, Alain, 2014. *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques.* La Découverte, Paris, 284 p

Devriese, Marc, 1989 « Approche sociologique de la génération » in *Vingtième Siècle*. Revue d'histoire N°22, 1989 avril-juin pp 11-16

Dodier, Nicola, Camus, Agnès, 1997 «L'admission des malades, histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital » *Annales EHSS*, 4, pp 12-25

Dorvil Henri, 1985 «Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale » In Dufresne et al, (dir) *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985 pp 305-332

Douglas, Mary, 2001. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, La découverte, poche, Paris, 207 p

Dozon, Jean-Pierre, 1986 « Le monde africain. En Afrique, la famille à la croisée des chemins » in Bruguière. A. et al (dir.), *Histoire de la famille. Le choc des modernités*, Tome 2, La Découverte, Paris, pp 301-338

Dramé, Moustapha et al, 2004 « La fragilité du sujet âgé : actualité, perspectives » *Fragilités*, Gérontologie et Sociétés, N°109- Juin 2004, pp 31-45

Dubet, François. 2007. *L'expérience sociologique*, Collection Repères, La Découverte, 120 p

Duthé Géraldine et al.2010 « Situation sanitaire et parcours de soins des personnes âgées en milieu rural africain Une étude à partir des données du suivi de population de Mlomp (Sénégal)» *Autrepart*, 2010/1 n° 53. DOI : 10.3917/autr.053.0167 pp 167-187

Ennuyer, Bernard, 2013 « Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse », Revue le sociographe *« les paradoxes de l'autonomie »* Hors-série, N° 6, pp139-157

Fainzang Sylvie, 2003 « Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective » *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, no 2, Numéro intitulé : Cultures et médicaments. Québec : Département d'anthropologie, Université Laval, pp. 139-154.

Fassin, Didier (dir), 2010 *Les nouvelles frontières de la société française*. La Découverte, « Hors collection, Paris, 598 p

2008 « La politique des anthropologues : une histoire française » *Etudes et essais. L'anthropologue et le contemporain autour de Marc Augé,* 185-196/ 2008, pp 165-186

2005 « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie » in. Francine. S., et Serge. G., (dir) *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Québec Les Presses de l'Université de Laval ; Paris Anthropos, 2005, Collection Sociétés, cultures et santé, pp 389-399

2004. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute,* Alternatives sociales, La découverte. 198 p

2001 «La globalisation de la santé. Elément pour une analyse anthropologique » in Bernard. H., (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé à l'anthropologie,* Paris les éditions Karthala, 2001, 358 p, Collection Médecins du monde, pp 24-40

2000 « Entre politique de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé, *Anthropologie et sociétés*, 2000, 24, 1, Québec, Université de Laval, pp 95-116

1998. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, Paris, 238 p

1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Sociologie d'aujourd'hui, PuF ; 325 p

1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieu de Dakar.* Les champs de la santé, PUF, Paris, 359 p

Fassin Didier, Eideliman Jean-Sébastien (dir), 2012. *Économies morales contemporaines*, La Découverte, Paris, 405 p

Fassin Didier et Memmi, Dominique, 2004. *Le gouvernement des corps, Cas de Figures*, Editions EHSS, 269 p

Fassin Didier, Rechtman Richard, 2002. *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime.* Flammarion, Paris, 452 p

Favre Pierre (dir), 1992. *Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987),* L'Harmattan, Paris, 206 p

Feillet Raymonde, 2012. *Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi. Place des activités physiques et sportives*. Erès. Pratiques gérontologiques, 296 p

Finielz Élise et Piotet Françoise, 2009 « La problématique de la notion de "fragilité" au cœur d'une politique de prévention de la dépendance » *Lien social et Politiques*, n° 62, p 149-161.

Fortin Sylvie et Knotova Michaela, 2013 «Présentation: îles, continents et hétérotopies: les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière» *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, n 3, 2013, pp 9-24.

Foucart Jean, 2003 « La vieillesse : une construction sociale », *Pensée plurielle*, 2003/2 N°6. DOI : 10.3917/pp.006.0007 pp 7-18

Foucault Michel. 1984. *Histoire de la sexualité. Le souci de soi*, Gallimard, Paris, 284 p

Fourchard Laurent, 2001. *De la ville coloniale à la cour africaine. Espaces, pouvoirs et sociétés à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso (Haute-Volta) fin XIXe siècle- 1960*, Collection « Villes, histoire, culture, société », L'Harmattan, Paris, 427 p

Fournet Florence ; Meunier-Nikiema, Aude ; Salem, Gérard. 2008, *Ouagadougou (1850- 2004), une urbanisation différenciée.* Collection Petit Atlas urbain. IRD Editions, 285 p

Fraise Stéphanie. 1996. *Évolution de solidarité du sein de la famille citadine africaine, l'exemple d'Ouagadougou,* Mémoire d'études et de recherche, IEP de Bordeaux, 155 p

French Marilyn, 1986. *La fascination du pouvoir*, Acropole, Paris, 597 p

Fuchs Eric, 2002 « Qu'est-ce qu'être juste à l'égard des personnes âgées malades »In *Ethique et soins de santé*, Gérontologie et société N° 101, 2002, pp 11-17

Gakunzi David., 1991. *Osez inventer l'avenir, la parole de Sankara, 1983-1987*, Paris, L'Harmattan, 189 p

Garau Marie ; Le Goff, Alice. 2012. *Politiser le care ? Perspectives sociologiques et philosophiques.* Le bord de l'Eau, Lormont, 172 p

Garau, Marie ; Le Goff, Alice, 2010, *Care et dépendance. Introduction aux théories du care*, Philosophies, PUF, 245 p

Gastron Liliana, Oddone Julieta, Lynch Gloria, 2013 « Les représentations sociales de la sexualité des femmes et des hommes dans la vieillesse et au cours de la vie. Les changements à travers le temps » in Legrand. M., et Volery. I., *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police du corps et des âges*. PUN-Editions universitaires de Lorraine, pp 63-74

Geschiere, Peter 2000 «Sorcellerie et modernité : retour sur une étrange complicité», *Politique africaine*, 79 pp 17-32.

Ghekière Jean-François et Wallez Paul, 2009. *Vieillissement démographique et territoires en Nord-Pas-de-Calais à l'horizon 2025*. Etudes prospectives régionales N°11, 189 p

Gilligan, Caroll, 2010 « Une voix différente. Un regard prospectif à partir du passé » in Nurock. V., *Carol Gilligan et l'éthique du care*, PUF, Paris, pp 19-38

Glasser Andréas, 2010 «Une ontologie pour l'analyse ethnographique des processus sociaux. Elargir l'étude de cas élargie » in Cefai. D., *L'engagement ethnographique*. Ed. EHSS, Paris, pp-239-257

Gobatto Isabelle, 2003 « Introduction » in Gobatto. I., (dir.), *Les pratiques de santé dans un monde globalisé.* Karthala, Paris pp 9-36

1999. *Être médecin au Burkina Faso, dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, L'Harmattan, Paris, 352 p

Gobert Micheline, Jeanmart Caroline, Closon Marie-Christine, 2010 « L'ancrage social de la personne âgée en milieu urbain : une double trajectoire » in Carbonnelle. S., (coord), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*. Seli Arsdan, Paris, pp 99-216

Godbout, Jacques T. 2000. *L'esprit du don* (collab. Alain Caillé ; postf. Inédite de Alain Caillé) Nouv. Éd. Paris, la Découverte poche, 1986. Sciences humaines et sociales, 357 p

Godelier, Maurice ; Dozon, Jean-Pierre ; Hsu, Elisabeth ; Fainzang, Sylvie ; Zimmermann, Francis. 2011. *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, Brains, Puf, Paris, 180 p

Godelier, Maurice, 2010. *Métamorphoses de la parenté*, Champs essais, 951 p

1996. *L'énigme du don*, Fayard, 315 p

Gomez-Perez, Muriel et Leblanc Marie Nathalie, 2012 « Introduction. De la jeunesse à l'intergénérationnel » In Gomez-Perez, M. et Leblanc M. N., (dir.), *L'Afrique des générations : entre tensions et négociations.* Karthala, Paris, pp 11-34

Good Byron, 1998, *Comment faire l'anthropologie médicale? Médecin, réalité et vécu.* Coll. "les empêcheurs de penser en rond", Institut Synthélabo, 433 p

Gosselin Audet, Louis, 2012 « Si vieillesse savait… » : Les représentations des générations dans les caricatures du Journal du jeudi, Burkina Faso » In Gomez-Perez, M. et Leblanc M. N., (dir.), *L'Afrique des générations : entre tensions et négociations.* Karthala, Paris, pp 802- 839

Gray Anne, 2009 «The social capital of older people» *Ageing & society*, 29, Cambridge University Press, UK, pp 5-31

Grodos, Daniel, 2004. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : enjeux, pratiques et politiques* (Préface de René Tonglet), Karthala, UCL, 448 p

Gruénais, Marc-Eric, 1985 « Ainés, ainées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les mossis du centre (Burkina Faso) » in Abélès. M et Collard. C *Age, pouvoir et société en Afrique noire,* PUM, Ed, Karthala, pp 219-245

Guéguen, Haud ; Malochet Guillaume, 2012. *Les théories de la reconnaissance*, Collection Repères, La Découverte, Paris, 126 p

Guissou Basile, 1995, *Burkina Faso, un espoir en Afrique*, Coll. Points de vue concrets, L'Harmattan, 217 p

Gunnarson Evry « I think I have had a good life: the everyday lives of older women and men from a lifecourse perspective », *Ageing & society*, 29, Cambridge University Press, UK, pp 33-48

Guzman, José Miguel; Pawliczko, Ann; Beales, Sylvia; Till, Celia; Voelcker, Ina. 2012. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenger,* UNFPA & Helpage international, 192 p

Hagberg Sten, 2010 «Démocratie à double façade » in Hilgers. M., et Mazzocchetti, J., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso,* Kathala, pp 295-306

Hane Fatoumata, 2015 « La prise en charge des personnes âgées au Sénégal. Entre gestion institutionnelle et mise à l'épreuve des aidants familiaux » In : Novik. L., et Lecestre-Rollier. B., *Vieillir dans les pays du sud. Les solidarités familiales à l'épreuve du vieillissement*, Karthala, Paris, pp 139-164

Hassenteufel Patrick, 2010 « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics *»*, *Informations sociales*, 2010/1 n° 157, pp 50-58.

Henry Christine et Tall Kadya Emmanuelle, 2008 «La sorcellerie envers et contre tous», *Cahiers d'études africaines* [En ligne], mis en ligne le 15 avril 2008. URL: http://etudesafricaines.revues.org/9612 DOI, pp 189-190

Hekenstad M-C. Terry & Roberts Restorik, 2013 « The United Nation plan for a future free of ageism and elder invisible» In *Generations- Journal of the American society on ageing*, Spring, Volume 37, number 1/ pp 76-79

Héritier, Françoise. 2012. *Le sel de la vie*, Odile Jacob, Paris 92 p

1996. *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Tome 1, Odile Jacob, Paris, 332 p

1981, *L'exercice de la parenté*, Paris, 212 p

Herzlich, Claudine, 1973 « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière ». In : *Revue française de sociologie*. 1973, 14. Pp. 41-59

Hilgers Mathieu, 2012 « Contribution à une anthropologie des villes secondaires » *Cahiers d'Études africaines,* LII (1), 205, 2012, pp. 29-55.

Hilgers Mathieu et Mazzocchetti Jacinthe, 2010. *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina.* Karthala, Paris, 313 p

Hilgers, Mathieu et Loada Augustin, 2013 « Tensions et protestations dans un régime semi-autoritaire: croissances des révoltes populaires et maintien du pouvoir au Burkina Faso » *Politique Africaine*/ 2013/3/ N°131 pp187-208

Honneth, Axel, 2008 *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*, Edition la découverte/ poche, Paris, 350 p

Horeguellin, Hierry, 1990 « La vielle dame indigne » In *24 images*, n°47, http://id.erudit.org/iderudit/24735ac pp 80.

Hummel, Cornelia, Mallon Isabelle et Caradec Vincent (dir.) 2014. *Vieillesses et vieillissements. Regards sociologiques.* Presses universitaires de Rennes, 403 p

Izard Michel, 2003. *Moogo, l'émergence d'un espace étatique ouest-africain au XVIe siècle*, Karthala, Paris, 394 p

1985. *Gens du pouvoir. Gens de la terre. Les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (Bassins de la Volta Blanche),* Cambridge Universiy Press, Editions de la MSH Paris, 594 p

Jaffré, Yannick et Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir), 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* APAD, Karthala. Collection Hommes et sociétés, 462 p

Jaffré Yannick et Guindo Abdoulaye, 2013 « On ne s'occupe pas assez d'eux : anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest (note de recherche) » *Anthropologie et Sociétés,* vol. 37, n 3, pp 157-177.

Jaglin, Sylvy, 1995a « L'insertion par le haut : régularisation foncière et citadinisation dans les périphéries de Ouagadougou (Burkina Faso) » In Antoine. P., et Bara D. A., (dir), *la ville à guichets fermés ? Itinéraires, réseaux et insertion urbaine,* IFAN/ ORSTOM, pp 181-199

1995b - *Gestion urbaine partagée à Ouagadougou. Pouvoirs et périphéries (1983-1991),* Karthala- ORSTOM, Coll. Hommes et Sociétés, 659 p

Johansson, Karin; Josephsson Staffan et Lilja Margaret, 2009 «Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of ageing place» *Ageing & society*, 29, Cambridge University Press, UK, pp 49-70

Journet Odile et Julliard André, 1994. « Le van des grands-mères » in Attias-Donfut. C., et Rosenmayr. L., *Vieillir en Afrique,* Collection, les champs de la santé, pp 190-210

Kaag Mayke et Saint-Lary Maud, 2011« Nouvelles visibilités de la religion dans l'arène du développement », [En ligne], 33 | 2011, mis en ligne le 19 mars 2012, Consulté le 05 mai 2013. URL : http:// apad.revues.org/4073

Kaboré Bila Roger, 2002. *Histoire politique du Burkina Faso*, L'harmattan, Paris, 667 p

Kaboré Oger, 1987 « Paroles de femmes *(Moose, Burkina Faso)* ». In: *Journal des africanistes*. Tome 57 fascicules 1-2. pp 117-131

Kessel, Gabriel, 1999 « L'expérience de la paupérisation de la classe moyenne argentine » in Vidal. D., (dir). *Quelle place pour le pauvre ?* Cultures & Conflits N°35. Sociologie politique de l'International, Automne 1999, pp 71-93

Kiéthéga, Jean-Baptiste, 1990 « Les castes au Burkina Faso »in *Découverte du Burkina Faso*, Tome 1, Sépia-ADDB, Paris/ Ouagadougou, pp 31-51

Kouamé, Aka, 1990. *Le vieillissement de la population en Afrique,* Rapport pour le Centre de recherches pour le développement international, Canada, 1990

Krams-Lifschitz, Anne, 1991 « Dégénérescence et personne, migrations d'un concept au XIXe siècle » in Novaes S., (dir.), *Biomédecine et devenir de la personne.* Coll. Esprit/ Seuil, Ed. Du Seuil, Paris, pp 131-158

Lachaud, Jean-Pierre, 2003. *Dynamique de pauvreté, inégalités et urbanisation au Burkina Faso.* Coll. Économie, Gestion, démographie, PuB, 280 p

Lachenal Guillaume, Lefèvre Céline, Nguyen Vinh-Kim. 2014. *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*. Les cahiers du centre Georges Canguilhem, PUF, Paris, 288 p

Lallemand, Suzanne, 1988. *La mangeuse d'âmes. Sorcellerie et famille en Afrique*, Connaissance des hommes, L'Harmattan, 187 p.

1977. *Une famille mossi*, Recherche voltaïque, N°17, 138 p

Laplantine François, 2007 « Penser en images », *Ethnologie française,* 2007/1 Vol. 37, p. 47-56. DOI : 10.3917/ethn.071.0047

Langewiesche, Katrin, 2010 «Entre choix et obligation », *Journal des anthropologues* [En ligne], mis en ligne le 25 juin 2010, consulté le 16 décembre 2014. URL : http://jda.revues.org/714, pp 112-113

Latour, Bruno et Woolgar Steve, 1996. *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques (*traduit de l'anglais par Michel Biezunski), La Découverte/Poche, Paris, 303 p

Laugier, Sandra, 2010 «L'éthique d'Amy : le care comme changement de paradigme en éthique » in Nurock, V., *Caroll Gilligan et l'éthique du care* , collection débats philosophiques, PUF, pp 57-77

Laurent Pierre-Joseph. 2010 a. *Beautés imaginaires. Anthropologie du corps et de la parenté* ; Accademia-Bruyant, Louvain la Neuve, 513 p

2010b « pouvoir et contre-pouvoirs dans la société moose et plus globalement au Burkina Faso » In : Hilgers Mathieu et Mazzocchetti, Jacinthe *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso*, Karthala pp 85-106

2009. *Les pentecôtistes du Burkina Faso. Mariage, pouvoir et guérison*, IRD Karthala (nouvelle édition) 442 p

2000 *Le « big man » local ou la « gestion coup d'État » de l'espace public, Politique africaine*, 2000/4 N° 80. DOI : 10.3917/polaf.080.0169 pp 169-181

Laurent, Pierre-Joseph ; Nyamba, André ; Dassetto Félice et Sebahara Phampile (Dir), 2004, *Décentralisation et citoyenneté au Burkina Faso. Le cas de Ziniaré*, L'Harmatan, Academia, 472 p

Laville Jean-Louis et Gardin Laurent, 1999 « Les coopératives sociales italiennes » In Vaillancourt, Y., (dir). Dossier : *le tiers secteur. Nouvelles pratiques sociales*, volume 11, numéro 2 ; Volume 12, numéro 1, printemps 1999 pp 63-81

Le Blanc, Guillaume. 2009 *L'invisibilité sociale*, PUF, Paris, 198 p

2007. *Vies ordinaires. Vies pratiques*. Edition du seuil. Collection « La couleur des idées » 294 p

Le Breton David, 2008. *Anthropologie du corps et de la modernité*, 5ème édition, Quadrige, Paris, 331 p

Le Breton, David, 2013 « Amour de soi, amour de soins » in Le Breton, D et al (dir). *Corps en formes*, CNRS Editions, Paris, pp 213-219

Lejeal, Frédéric, 2002. Le Burkina Faso, Karthala, Paris, 335 p

Le Marcis, Fréderic, 2010. *Vivre avec le Sida après l'apartheid, Afrique du sud,* Karthala, 180 p

2004 «The suffering body of the city». *Public Culture*, Duke University Press, 2004.16 (3) pp 453-477

2000. *Des maux ordinaires. Une anthropologie de la santé au quotidien dans le Maasina.* Thèse d'anthropologie sociale et culturelle de l'EHESS, 432 p

Le Somme-Père, Myriam, 2012. *Ethique et pratiques soignantes. L'expérience de la gérontologie,* L'Harmattan, Paris, 158 p

Lefebvre, Solange, 2001 *Responsabilité et équité intergénérationnelles : débats actuels* Lien social et Politiques, n° 46, 2001, pp 141-149.

Leimdorfer (François) et Marie (Alain), (éd). 2003. *L'Afrique des citadins. Sociétés civiles en chantier (Abidjan, Dakar),* Karthala, 402 p

Lévi-Strauss (Claude), 2002. *Les structures élémentaires de la parenté*, 2ème édition, Mouton de Gruyter, Berlin, New York, 591 p

Litwin, Howard et Attias-Donfut Claudine, 2009 «The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel» *Ageing & society*, 29, Cambridge University Press, UK, pp 71-91

Lock Margaret, Nguyen Vinh-Kim. 2010. *An anthropology of biomedecine*, Wiley-Blackwell, Oxford, 345 p

Long Debbi, Hunter Cynthia L and Van der Geest Sjaak, 2008. *When the field is a ward or a clinic: hospital ethnography* Anthropology & Medecine, Vol.15, N°2, August 2008, pp 71-78

Louis-Vincent, Thomas ; Luneau René. 1997. *La terre africaine et ses religions. Traditions et changements*. L'Harmattan, Paris, 336 p

Louis-Vincent Thomas, 1994 « Vieillesse et mort en Afrique » in Attias-Donfut. C., et Rosenmayr. L., *Vieillir en Afrique,* Collection, les champs de la santé, pp 149-167

Macia Enguerran, 2013 (sous la direction de Gilles Bosch). *Dans la peau d'une femme de plus de 65 ans*, Armand Colin, Paris, 160 p

Mallon, Isabelle, 2010 « vivre en maison de retraite. De l'institution au mondes privés des résidents » in Carbonnelle, S. (Coord), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*. Seli Arsdan, Paris, pp165-178

Mannheim (karl), 1990. *Le problème des générations*, Essais & recherches, Nathan, 125 p

Marcus. E. George, 2010 « Ethnographie du/ dans le système monde. L'émergence d'une ethnographie multisituée » In : Cefai Daniel*, L'engagement ethnographique*. Ed. EHSS, Paris, pp 371-395

Marie, Alain., 1999 « Politique urbaine : une révolution au service de l'Etat », *Politique africaine*, Mars 1999, N°33, pp 27-38

1997 (dir). *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine* (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris, Karthala, 438 p

1988 « Etat, politique urbaine et sociétés civiles. Le cas africain » *Politique urbaine africaine,* Revue tiers monde, tome XXIX, N° 16, octobre-décembre 1988, pp 1147-1159

Martin, Claude 2002. «Les solidarités familiales : bon ou mauvais objet sociologique ? » in Debordeaux, D., et Strobel, P., *Les solidarités familiales en question. Entraide et transmission.* Droit et société, Vol. 34, 2002, pp 41-71

Martinelli, Bruno et Bouju, Jacky, 2012. *Sorcellerie et violence en Afrique*, Hommes et sociétés, Karthala, Paris, 331 p

Martucelli, Danilo, 2010. *La société singulariste*, Armand Colin, 262 p

2006, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine,* Armand Colin, coll. « Individu et société », Paris, 480 p.

Mary André, 2008 «Actualité du paganisme et contemporanéité des prophétismes », *L'Homme*, 2008/1 n° 185-186, pp 365-386.

Mazzocchetti, Jacinthe, 2010 « Entre espoirs et désillusions : représentations politiques des étudiants burkinabé » Hilgers. M., et Mazzocchetti, J., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso*, Kathala, pp 205-222

2009. *Etre étudiant à Ouagadougou. Itinérances, imaginaire et précarité*, Karthala, Paris, 349 p

Mbaye Elhadji Mamadou, Ridde Valery, Kâ Ousseynou, 2013 « Les bonnes intentions ne suffisent pas : Analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal » *Santé publique* volume 25 / N° 1 - janvier-février 2013, pp 107-112

Mbembé, Achille, 2012. *Sortir de la grande nuit,* La Decouverte, Paris, 350 p

2004 « Essai sur la politique en tant que forme de dépense » *Cahiers d'Etudes africaines* (2004), pp 174-194

M'Boukou, Serge., 2010 « La mort du vieillard, errances, impasses et détours du discours négro-africain contemporain ». In *Le portique*, mis en ligne le 05 juin 2010. Url http:// Le portique-revues.org, index 1793- html, consulté le 10 mai 2012

Meillassoux, Claude, 1998. *Anthropologie de l'esclavage*, Quadrige. PUF, Paris, 375 p

1994 « La conquête de l'aînesse », in Attias-Donfut. C., et Rosenmayr. L., *Vieillir en Afrique*, Collection, les champs de la santé, pp 49-67

1975. *Femmes, greniers et capitaux*, François Maspero, 254 p

Merleau-Ponty, Maurice, 1964, *L'œil et l'esprit*. Préface de Claude Lefort, Gallimard, Folio essais, 92 p

Mesot Hervé, 2005. «Le concept d'épreuve. Sa clarification chez Gabriel Marcel » *Ethique & Santé* 2: © Masson, Paris, pp 215-218

Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, 2012. *Programme national de lutte contre l'exclusion sociale des personnes accusées de sorcellerie*, 35 p

2007. *Politique nationale de l'action sociale*, 95 p

Ministère de la Promotion de la Femme, 2011. *Politique nationale genre 2011-2013*, 65 p

Ministère de la Fonction publique, 2009. *Livre blanc 2008 de la fonction publique*, 89 p

Ministère de la Justice et de la Promotion des Droits Humains, 2011. *Rapport sur l'état des droits des personnes âgées au Burkina Faso*, 180 p

Ministère de l'Economie et des Finances, 2010. *Stratégie de croissance accélérée de développement durable*, 285 p

2006. *Recensement général de la population et de l'habitat, Monographie de Ouagadougou*, 125 p

Ministère de la Santé, 2011. *Annuaire série longue de la santé*, 73 p

2010 *Plan national de développement sanitaire 2011-2020*, 85 p

2008. *Programme national de la santé des personnes âgées*, 65 p

Molinier Pascale, Laugier Sandra, Papermann Patricia, 2009 « Introduction. Qu'est-ce que le care ? » Molinier. P., Laugier. S., Papermann. P., *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Petite bibliothèque Payot, Paris, pp 7-34

Moulaert, Thibauld et Viriot Durandal, Jean-Philippe, 2014 « Présentation », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 44-1 | 2013, mis en ligne le 20 septembre 2013, consulté le 07 juillet 2014. URL: http://rsa.revues.org/899

Myerhoff Brown, 1978 « Aging and the Aged in Other Cultures: an Anthropological Perspective », in Bauwens, E.E., (éd.), *The Anthropology of Health*, C.V. Mosby Company, St-Louis, pp 151-166.

Novaes Simone (dir.), 1991. *Biomédecine et devenir de la personne.* Coll. Esprit/ Seuil, Ed. Du Seuil, Paris, 352 p

Nshimrimana, Léandre, 2003 « Vieillesse et culture. Du bon usage des personnes âgées », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2003/2 no 31, DOI : 10.3917/ctf.031.0046, pp 46-60.

Nikiema Aude, 2014 «Approche spatiale d'un centre hospitalier, le CHU pédiatrique de Ouagadougou (Burkina Faso) », *EchoGéo* [En ligne], 30 | 2014, mis en ligne le 11 décembre 2014, consulté le 01 juillet 2015. URL : http:// echogeo.revues.org/14046 ; DOI : 10.4000/echogeo.14046

Nikièma Norbert, Kinda Jules, 1997. *Dictionnaire orthographique du moore (moor gom-biss no-tûur gvlsg sebre),* Sous-commission nationale du Moore, 1303 p (+ annexes)

Nowik Laurent et Lecestre-Rollier Béatrice. 2015, *Vieillir dans les pays du sud. Les solidarités familiales à l'épreuve du vieillissement*, Kathala, Paris, 305p

Nomura Michie et al, 2009 « Empowering older people with early dementia and familyr caregivers: a participatory action research study » In: *International Journal of nursing studies* 46 (2009) pp 431-441

Nurock, Vanessa. 2010 « Le berceau du care : être et devoir être » in Nurock, V., *Caroll Gilligan et l'éthique du care*, collection débats philosophiques, PUF, Paris, pp 39-56

Observatoire National de la Solidarité, 2009. *La charte nationale de la solidarité*, Rapport du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, 21 p

Ogien Ruwen. 2002. *La honte est-elle immorale* ? Bayard, Paris, 166 p

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 2008. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Anthropologie prospective N°3, Academia-Bruylant, Louvain-La Neuve, 365 p

1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Marseille : APAD, collection « Hommes et sociétés », Karthala, Paris, 221 p

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Active ageing. A policy framework*, World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, 2002, 12 p

Otayek René et al. (1996). *Le Burkina Faso entre révolution et démocratie (1983-1993)*, Karthala, Collection Hommes et Sociétés, Paris, 387 p.

Ouattara Fatoumata, Zongo Sylvie et Gruénais Marc-Eric, 2012. *Une anthropologie appliquée et impliquée dans un projet de développement en santé. Expérience d'une démarche qualitative avec des professionnels de santé au Burkina Faso* Recherches qualitatives – vol. 31(1Recherche qualitative en contexte africain issn 1715-8702 - http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html © 2012 association pour la recherche qualitative), pp. 29-46.

Ouattara Soungalo, 2007. *Gouvernance et libertés locales : pour une renaissance de l'Afrique,* L'harmattan, Paris, 237 p

Ouédraogo François de Charles, 2006. *La vulnérabilité alimentaire au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris, 226 p

Pacéré, Titinga Frédéric, 2004. *Pensées africaines : proverbes, dictons et sagesse des anciens*. Harmattan, Paris, 363 p

Paperman, Patricia, 2010 « La voie différente et la portée politique de l'éthique du care » in Nurock, V. *Caroll Gilligan et l'éthique du care,* collection débats philosophiques, PUF, Paris, pp 79-90

Paperman, Patricia et Laugier, Sandra, 2011. *Le souci des autres. Ethique et politique du care.* Nouvelle édition augmentée. Edition de l'EHESS, 495 p

Papermann Patricia, 2009 «d'une voix discordante: désentimentaliser le care, démoraliser l'éthique » in Molinier. P., Laugier. S., Papermann. P., *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité,* Petite bibliothèque Payot, Paris, Petite bibliothèque Payot, Paris, pp 90-110

Pathfinder, 2007 *Thomas Sankara parle. La révolution du Burkina Faso de 1983-1987* (Préface de Mary Alice Waters), Edition Pathfinder, 480 p

Pattaroni, Luca, 2006 « Le care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émousse son éthique » In ; Paperman P., Laugier. S (eds.), *Le souci des autres ; éthiques et politique du care,* Raisons Pratiques, 16, Paris, Ed. de l'EHESS, pp 177-203

Paulme Denise, 1994 « La mère dévorée, ou « Tuons nos mères ! » Analyse d'un conte africain » in Attias-Donfut. C., et Rosenmayr. L., *Vieillir en Afrique,* Collection, les champs de la santé, p 181-190

Philippe Cathérine, 2012 « Un droit pour les seniors ? » in *Le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir sur soi* Gérontologie et société, 2012/4 n° 143. DOI : 10.3917/gs.143.0189 pp 143-171

Philibert, Michel, 2012. « Les idées fausses en gérontologie. La gérontologie et son pêché original » In : Gucher C. *La gérontologie sociale. Héritages et réflexions contemporaines*. La gérontologie en actes. L'Harmattan, pp 65-86

Présidence du Faso. *Archives nationales : 2V à 18V* HV, 78 p

Présidence du Faso, 1999. *Zatu an/VII/13 du 16 novembre 1989 portant institution et application d'un code des personnes et de la famille au Burkina Faso,* 15p

Raïd Layla, 2009 « Care et politique chez Joan Tronto » In : Molinier. P., Laugier. S., Papermann. P., *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité,* Petite bibliothèque Payot, Paris, pp 57-87

Rey Alain (dir), 2005. *Le Robert, Dictionnaire culturel en langue française,* Gallimard, Paris, 1250 p

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

2006 « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? » *Lien social et Politiques*-RIAC, 55, La santé au risque du social. Printemps 2006, pp 149-163

Rosenmayr, Léopold, 1994 « Plus que la sagesse : vieillir à Sonongo (Mali) » In : in Attias-Donfut. C., et Rosenmayr. L., *Vieillir en Afrique,* Collection, les champs de la santé, pp 251-297

Rosental, Paul-André., 2006. *Pour une histoire politique des populations* Annales, histoires, sciences sociales, 2006/1 61ème année, pp 7-29

Rosny (de) Éric (dir), 2006. *Justice et sorcellerie* Colloque international de Yaoundé (17-19 mars 2005) Paris : Les Éditions Karthala, Collection : Hommes et sociétés, 383 p.

Roth, Claudia, 2010. *Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso.* Autrepart, 2010/1 n° 53. DOI : 10.3917/autr.053.0095 pp 95-110

Rouamba George, 2015 «Nous étions en ville, nous sommes maintenant en brousse ! L'expérience de déguerpissement d'une femme âgée à Ouagadougou (Burkina Faso). Revue Citades, Commidades e Territories, 30 (Juin/2015) pp 15-26

2012 « dynamiques d'autonomisation financière des femmes âgées et rôle de cette autonomie dans la prise de pouvoir (gris).que signifie le pouvoir gris en Afrique ? » In *Le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir sur soi.* Gérontologie et société, 2012/4 n° 143. DOI : 10.3917/gs.143.0189, pp 189-206

2008 (dir. Viriot Durandal Jean-Philippe). *Etude exploratoire sur les besoins et attentes des retraités de plus de 55 ans dans l'arrondissement de Bogodogo au Burkina Faso,* Mémoire de maitrise en sciences de l'Education, Université de Besançon (France)

Saint-Jean, Mathieu et Estèbe Philippe, 2008 « La représentation contemporaine du corps comme allégorie de la société » *Lien social et politique* N°59, pp 139-147

Saint-Lary-Maîga, Maud 2008 « Bouillon, Florence, Frésia, Marion & Tallio, Virginie (dir.). Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 191 | 2008, mis en ligne le 09 décembre 2008, consulté le 28 décembre 2014. URL : http://etudesafricaines.revues.org/13312

Sangree, Walter. H, 1994 « Grand-parenté et statut des vieux à Tiriki (Kenya) » In: in Attias-Donfut. C., et Rosenmayr. L., *Vieillir en Afrique,* Collection, les champs de la santé. Collection, les champs de la santé, pp 213- 244

Savonnet-Guyot, Claudette, 1986. *Etat et sociétés. Essai sur la politique africain*, Karthla, Paris, 227 p

Sawadogo Raogo Antoine, 2001. *L'État africain face à la décentralisation*. Kathala, Club du sahel et de l'Afrique de l'Ouest, Paris, 278 p

Schoemaker-Marcotte Camille et al, 2010. *Les critères d'indigence dans les centres hospitaliers régionaux du Burkina Faso.* Rapport de recherche de l'équipe de recherche Teas-dale-corti, Vulnérabilité et équité en santé en Afrique, 51 p

Scodellaro Claire, 2010 «Les articulations entre solidarités publiques et solidarités privées en Afrique du Sud : les pensions vieillesse et leurs effets ». *Autrepart,* 2010/1 n° 53, DOI : 10.3917/autr.053.0057 pp 57-74

Segaud, Marion. 2008. *Anthropologie de l'espace. Habiter, fonder, distribuer, transformer.* Armand Colin, Paris, 223 p

Simmel, Georg, 2013. *Les grandes villes et la vie de l'esprit. Suivi de sociologie des sens*, Petite Bibliothèque Payot, Editions Payot & Rivage, Paris, 109 p

Simmons, Lewis-Williams, 1945. *Le statut de la personne âgée dans les sociétés primitives*, Harmattan, Paris, 289 p

Sissao Claude Etienne, 2012 «Esquisse sur les migrations au Burkina Faso : manifestations face aux normes de la période coloniale à nos jours» In: Mandé. I., (dir), *Le Burkina Faso contemporain : racines du présent et enjeux nouveaux*. Laboratoire Sedet, Université Paris Diderot, L'harmattan, Groupe Afrique, Ocien Indien, Cahier N°26, pp 67-84

Sissoko (Mamadou) et al, 1999. *La protection sociale au Burkina Faso. Eléments pour un plan d'action en vue d'une gestion prospective*. Etudes et travaux du Réseau RPS/AOC N°4 du Centre de recherche pour le développement international, 65 p

Somé Magloire, 2004. *La christianisation de l'Ouest –Volta ; action missionnaire et réactions africaines. 1927-1960* (préface du professeur Michel Meslin), Harmattan, Paris, 510 p

Somé Valère, 1990. *Thomas Sankara, l'espoir assassiné,* L'Harmattan, Paris, 230 p

Somet Yoporeka, 2005. *L'Afrique dans la philosophie. Introduction à la philosophie africaine pharaonique*. KHEPERA, Paris, 162 p

Soulet, Marc-Henry, 2010 « Changer de vie, devenir autre : essai de formalisation des processus engagés » in Bessin, M., Bidart, C.,; Grossetti, M.,(dir). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*. La Découvertes Recherches, Paris, pp 273-288

Tilly Charles & Tarrow Sidney, 2008. *Politiques du conflit. De la grève à la révolution (traduit de l'anglais par Rachel Bouyssou), Contributions politics,* Colorado (USA), Paradigme Publishers, 380 p

Thiel Marie-Jo, 2006 «Le mouvement de la médicalisation de l'existence humaine » *Revue d'éthique et de théologie morale*, 241- Hors série N°3, pp 87-118

Tholoniat Yann et De l'Estoile Benoît, 2008 « Max Gluckman (1940) [Analysis of a social situation in modern Zululand] « Le Pont » ou l'ethnographie des interdépendances comme critique de la ségrégation coloniale. Présentation de Benoît de l'Estoile » *Genèses* 2008/3 (n° 72) Belin pp 119 – 155

Trémon, Anne-Christine, 2012 «Que faire du couple local/global ? Pour une anthropologie pleinement processuelle » *Anthropologie sociale* (2012), 20.3 pp 250-266

Tronto, Joan, 2012. *Le risque ou le care*, Puf, Paris, 54p

2009 « Care démocratique et démocraties du care » In : Molinier. P., Laugier. S., Papermann. P., *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité,* Petite bibliothèque Payot, Paris, pp 35-56

Vaast Marion, 2010 « Le recours à la chefferie moaga dans la commune de Kaya. Stratégies personnelles ou opposition populaire » in Hilgers. M., et Mazzocchetti, J., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso,* Kathala, pp 51-65

Van Der Geest Sjaak, 2002 «Respect and reciprocity: care of elderly people in rural Ghana». *Journal of cross cultural gerontology* N°17/1, pp 42-63

2001« Money and respect: the changing value of old age in rural Ghana », *Africa* 61(4), pp 534-559

Vermunt Marie-Françoise & Richardot Sophie, 2010 « Comment le care vient aux enfants? » In Nurock, V. *Caroll Gilligan et l'éthique du care,* collection débats philosophiques, PUF, Paris, pp 121-135

Vézina Aline et Membrado Monique, 2005 « La demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille. Un travail de négociation et de gestion des ressources » In Serge. C., et Jean-Pierre. L., *Prendre soin d'un proche âgé* ERES « Pratiques gérontologiques », pp 187-243.

Velkoff, Victoria A. & Paul R. Kowal, 2007. *Population Aging in Sub-Saharan Africa: Demographic Dimensions 2006,* U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P95/07-1. U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 22 p

Vidal Dominique, 1999 « Le respect : catégorie du social, catégorie du politique dans une favela de Recife » In Vidal. D., (dir).*Quelle place pour le pauvre ?* Cultures & Conflits N°35. Sociologie politique de l'International, Automne, pp 52-74

Vigarello Georges, 2013 « De la bonne santé au bien-être » in Le Breton, D et al (dir). *Corps en formes,* CNRS Editions, Paris, pp 231-242

Vincent Jeanne-Françoise, 2003. « La ménopause, chemin de la liberté selon les femmes betibéti du Sud-Cameroun ». In: *Journal des africanistes*. 2003, tome 73 fascicule 2. pp. 121-136. Doi : 10.3406/jafr.2003.1345http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/jafr_0399-0346_2003_num_73_2_13

Vinel, Virginie, 2005. *Des femmes et des lignages. Ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose, Sikoomse),* Harmattan, Connaissance des hommes, 294 p

Viriot Durandal Jean-Philippe, 2012 « Le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir sur soi » In *Le pouvoir gris. Du lobbying au pouvoir sur soi.* Gérontologie et société, 2012/4 n° 143. DOI : 10.3917/gs.143.0189, pp 23-38

2003. *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, Collection : le lien social, Presses Universitaires de France, Paris, 503 p

Viriot Durandal, Jean-Philippe et Guthleben, Guillaume, 2002, « Le pouvoir d'être vieux ». In *Empowerment et police des âges*, Gérontologie et Société N°102, septembre, pp 237-252

Vuarin, Robert, 2000. *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou « venez m'aider à tuer mon lion…* », L'Harmatan, Paris, 252 p

1998 « Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie ? » in Brunet J.J. *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales*, pp 299-316

Walker Allen et Duveau Anne-Christine, 2002 « La vieillesse est une expérience non homogène » *Retraite et société* 2002/3 N° 37 pp 234-239

Walker, Alan, 2009 «Commentary. The Emergence and application of active ageing in Europe». *Journal of ageing and social policy*, 2009, pp 12-21

Weber, Florence. 2012. *Marcel Mauss. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Quadrige, PUF, 24 1p

2005. *Le sang, le nom, le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique*, Aux lieux d'être, 268 p

Werbner, Richard P. 1991. *Tears of the Dead: Social Biography of an African Family (International African Library): Social Biography of an African Family* (International African Library, xi, 211 p

Willems, Michel, 2002, « Quels processus de vieillissement pour les pays du sahel ? L'exemple du Burkina Faso » in *Jeunesse, démographie et sociétés*, Louvain La Neuve. Academia-Brylant, L'Harmatan, pp 85-106

Table des matières

Résumé 2
Abstract 2
Sommaire 3
Liste des figures 6
Liste des tableaux 6
Note sur l'anonymat des enquêtés 7
Note sur la transcription en Moore 8
Remerciement 10
Introduction générale 12
1. Vieillesse et vieillissement : des concepts labiles 15
2. Les expériences du vieillir 16
3. La perspective d'une anthropologie du care 19
3.1. Définition du concept care 19
3.2. Naissance d'un courant de pensée 21
3. 3. Anthropologie du care des personnes vieillissantes 27
3.3.1. Le care domestique 30
3.3.2. Le care dans le travail médical 33
3.3.3. Le care dans le travail social 34
3.4. La politisation du care 35
3.5. La dimension morale du care 38
4. Terrains 40
4.1. Le choix d'une posture multi-située 41
4.1.1 Les biographies familiales 43
Rencontrer des familles 43
Saisir l'ordinaire de la famille 45
Dons et contre-dons dans la relation ethnographique 47
4.1.2. Négocier sa place dans l'espace clinique 49
Les relations avec les différentes catégories professionnelles 50
Le port de la blouse 52
4.2. Une enquête auprès des femmes âgées exclues des familles pour allégation de sorcellerie dans un centre d'accueil 52
4.3. Les archives 55
4.4. Les effets des enquêtes sur la transformation du terrain 55
5. Organisation de la thèse 56
PREMIERE PARTIE 58
L'EMERGENCE DE LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA VIEILLESSE EN MILIEU URBAIN 58
Chapitre 1 : Villes et vieillesses 63
1. Le territoire urbain face au vieillissement de ses habitants 63
1.1 La politique urbaine de la révolution 66
1.2. La forte spéculation foncière après la révolution 68
2. Les dynamiques religieuses en milieu urbain 71
2.1. La rencontre des religions 71
2.2. L'émergence des nouveaux courants religieux 73
3. «La brigade verte» comme le miroir de la vieillesse féminine 75
3.1. La brigade verte de la commune de Ouagadougou 76
3.2. La politique de libération de la femme sous la révolution 76
4. La fragilisation des relations conjugales 78
5. Entrée dans le « nassarade » : la modernité 79

5.1. Le « yãado » : la cupidité des individus 80
5.2. Le « soog-mêemga » : le développement de l'individualisme 82
5.3. « Nous faisons partie des pauvres » : la précarité des destins individuels 84
5.4. L'insécurité sociale et spirituelle 87
Chapitre 2 : L'invisibilité sociale de la vieillesse 90
1. Le vieillissement démographique 92
1.1. Questionner les indicateurs du vieillissement 93
1.2. Des âges numériques imprécis et/ou inexistants 94
1.3. La pyramide des âges 95
1.4. Les zones d'ombre de la pyramide des âges 97
2. Les catégories administratives de la vieillesse 98
2.1. La personne âgée 98
2.2. Les retraités 101
2.3. Les personnes de troisième et du quatrième âge 106
2.4. Les personnes vulnérables 107
3. Lectures critiques des travaux anthropologiques 108
3.1. Le contrôle des rapports de production 111
3.2. Le mythe du collectivisme traditionnel 114
3.3. Les diversités des statuts sociaux 117
Chapitre 3 : Les figures politiques de la vieillesse 122
1. Les lignages royaux et les chefs de quartiers 123
2. Les usages politiques de la vieillesse 127
2.1. De la première à la troisième république (1960-1980): réticence et autocensure des anciens dans la prise de décision politique 127
2.2. La révolution (1983-1987) : l'exclusion des anciens des processus de prise de décisions politiques 131
2.3. La réhabilitation politique de la vieillesse 134
3. Vers une crise de l'autorité coutumière ? 138
4. La chute du régime: le renforcement du pouvoir des ainés 143
5. Peut-on parler d'un pouvoir gris au Burkina Faso ? 145
DEUXIÈME PARTIE 149
VIEILLIR EN FAMILLE : PARCOURS DE VIE ET CARE DOMESTIQUE 149
Chapitre 4 : Les mobilités résidentielles 153
1 Chronique d'un déguerpissement 154
2 Zangouettin : le déracinement 163
3 De la marge spatiale à la marge sociale 165
3.1. Le déclassement socio-économique 165
3.2. Les recompositions résidentielles 168
3.3. La relégation urbaine 170
4. Mobilités résidentielles et déprise de l'espace urbain 172
4.1. L'isolement social 172
4.2. Construire des nouveaux liens pour survivre 178
5. Le « kosweogo » ou la vieillesse immigrée 180
5.1. Une migration ordinaire en Côte d'Ivoire 185
5.2. Les facteurs d'influence de l'intégration locale 188
5.2.1. L'instabilité résidentielle 188
5.2.2. Les rapports avec la famille lignagère 194
Conclusion 198
Chapitre 5: «Nin-kɛɛm-kʋdre» [Le grand-âge] 199
1 Trajectoire d'un néo-citadin 201

1.1. Expérience de veuvage et recompositions conjugales 203
1.1.1. Une famille recomposée 204
1.1.2. Une famille pluri-religieuse 206
1.2. Un accident domestique banal 208
2. La représentation sociale du « nin-kεεm-kʊdre » 209
2.1. La représentation de soi au grand-âge 209
2.2. L'immortalité du « nin-kεεm-kʊdre » 211
3. Prendre soins du « nin-kεεm-kʊdre » 214
3.2. Les émotions 215
3.2.1. Cacher le père pour préserver la famille de la honte 215
3.2.2. Quand le « yam-yiisgu » génère de l'hypocrisie 216
3.3. En attendant la mort : tactiques d'atténuation 220
3.3.1. La mise sous curatelle financière 220
3.3.2. Les vœux de nouvel an 223
Conclusion 225
Chapitre 6 : Rôles familiaux des parents âgés 226
1. Argent et espace de sociabilité féminine 227
2. Permanence du statut assigné de la femme âgée 229
3. Vieillesse féminine et beauté : enjeu de sécurité sociale 232
4. Le déni de la vieillesse masculine 237
5. Sexualité à la vieillesse : permanences et continuités des rapports de domination entre les sexes 242
5.1. Les hommes 243
5.2. Les femmes 244
Conclusion : Vieillir en famille entre autonomie et dépendance 248
TROISIEME PARTIE : 251
FAMILLES ET INSTITUTION MEDICO-SOCIALE 251
Les acteurs de soins entre domicile et institutions 252
Chapitre 7 : Les « yaab-raâba » à l'hôpital 255
1. L'ambivalence de l'hôpital : lieu d'étrangeté et de familiarité 256
1.1. Le paysage thérapeutique 256
1.2. L'unité de cardiologie 260
2. Le contexte de l'organisation de l'offre de soins spécialisés 262
2.1. Les ressources humaines 262
2.2. Les ressources matérielles 264
3. Les itinéraires thérapeutiques 266
3.1. La reconnaissance de la maladie de la personne âgée 267
3.2. Les guérisseurs traditionnels 270
3.3. « Pharmacie zoe bas taaba : les médicaments de la rue 272
3.4. Le centre de santé de proximité 274
4. Les figures de malades 275
4.1. Le malade du médecin 275
4.1.1. Les malades riches 276
4.1.2. Les malades connus 277
4.2. Les malades difficiles 279
4.2.1. Le malade se plaignant de sa condition de soins 279
4.2.2. Le malade pauvre 280
4.2.3. Le malade futile 282
5. Les solidarités familiales à l'épreuve de la trajectoire de la maladie du parent âgé 286

5.1. L'esprit de famille 288
5.2. La réciprocité sous influence 294
6. Les enjeux de l'accès aux soins spécialisés par les aînés 298
6.1. Le triage des statistiques hospitalières 299
6.2. La sélection des bénéficiaires et des pathologies dans les politiques publiques de santé 302
Conclusion 306
Chapitre 8 : La cour de solidarité de Paspanga : un centre d'accueil de femmes accusées de sorcellerie 307
1. La construction d'une intervention socio-sanitaire à l'endroit des femmes accusées de sorcellerie 311
1.1. L'origine des centres d'accueil pour femmes accusées de sorcellerie 312
1.2. La victimisation, comme une ressource politique 316
2. Un espace de relégation de la vieillesse dans la société 317
2.1. Paysage topographique du centre 319
2.2. L'organisation de la cour de solidarité 320
2.2.1. L'organisation architecturale 320
2.2.2. Le service social 322
2.2.3. Les travailleurs sociaux 323
2.2.4. Le public cible 326
2.2.5. Les acteurs externes 328
2.3. L'image du centre dans la ville 330
3. La production institutionnelle des femmes âgées 331
3.1. La conversion religieuse 332
3.2 La participation aux activités économiques collectives 335
3.1. Les figures de vieillesse au centre 337
3.1.1. La figure de l'équilibre 338
3.1.2. La figure du déséquilibre 341
4. Le retour en famille sous contraintes 345
Conclusion 347
Chapitre 9 : La construction du vieillissement comme un problème politique et social 348
1 Dispositifs normatifs de prise en charge de la vieillesse 354
1.1. Les régimes des retraites 354
1.2. Le Fonds National d'Appui aux Retraités et Déflatés (FONAR-D) 357
2 Les processus de mise sur agenda des problèmes des ainés 359
2.1. L'internationalisation de l'action publique sur le vieillissement 359
2.2. Le processus de publicisation 364
2.2.1. La journée internationale de la personne âgée 364
2.2.2. Les manifestations de rue des militaires en retraite 366
2.2.3. La marche historique des femmes accusées de sorcellerie 367
2.3. Les médiateurs de l'émergence 367
2.3.1. Les associations des personnes âgées 368
2.3.2. Les associations de défense des droits de l'homme 370
2.3. 3. Les entrepreneurs politiques 371
2.3. 4. Les groupes stratégiques 372
3 Vers un modèle de l'exceptionnalité ? 374
3.1. L'absence (partielle) de l'Etat-social 374
3.2. La concurrence des causes dans l'offre de services aux personnes âgées 378
3.3. La verticalisation des interventions 381

4 Repenser les politiques de care 386
4.1. L'équité intergénérationnelle 386
4.2. La promotion des droits des ainés ? 389
Conclusion 393
Conclusion générale 394
Bibliographie 406
Table des matières 429
ANNEXES 434

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre au Comité National d'Ethique

Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé au Burkina Faso
09 B.P 868
OUAGADOUGOU 09
CERS-BF

20/12/2011
Mme Bérété

ROUAMBA George
Etudiant à l'université de Bordeaux Segalen
Email: rouambageorge@hotmail.com
Tél. +226 70 34 16 63
BP 3245 Ouagadougou,
Burkina Faso

Ouagadougou le 15 décembre 2011

A
Monsieur le Président du Comité
National d'Ethique du Burkina Faso
Ouagadougou

Objet : Autorisation de mener des enquêtes pour la réalisation d'une thèse en anthropologie

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation ce projet de recherche intitulé : « Conditions sociales et prise en charge médicale des personnes vieillissantes au Burkina Faso ». Ce projet s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'une thèse en anthropologie réalisée au sein Centre de recherches pluridisciplinaires et comparatistes « Les Afriques dans le Monde » (LAM - UMR 5115) de l'Ecole Doctorale Sociétés, Politique, Santé Publique (EDSP2) de l'Université Bordeaux Segalen sous la direction de M. Frédéric Le Marcis, Maître de Conférences, HDR, à compter de la rentrée universitaire 2011-2012.

L'intérêt du projet est de sortir des lieux communs proposant une image de l'Afrique dans laquelle les vieux sont inscrits dans une chaîne de soins et d'interroger les conditions objectives de leur prise en charge sanitaire. Ce projet de recherche s'articule à une volonté réelle de faire une lecture critique de la figure de la personne âgée et au souhait contribuer à promouvoir la *bientraitance* des personnes vieillissante dans le système de santé burkinabé.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez recevoir ma profonde gratitude

Signature du demandeur

ROUAMBA George

Visa du directeur de thèse

Frédéric Le Marcis

Annexe 2 : Délibération du Comité National d'Ethique

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

DELIBERATION N° 2012-01-03

1. TITRE DE LA RECHERCHE

« Conditions sociales et prise en charge médicale des personnes vieillissantes au Burkina Faso »

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Version du 20 décembre 2011

3. DOCUMENTATION

Protocole de recherche

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Investigateur principal : George ROUAMBA Université Bordeaux Segalen (France)

5. SITE DE LA RECHERCHE

CHU-YO Ouagadougou

6. DATE DE LA DELIBERATION

11 janvier 2012

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé ;
- Budget de la recherche.

8. OBSERVATIONS

- le titre de l'étude ne reflète pas le contenu du protocole ;
- manque de cohérence entre l'objectif général et les objectifs spécifiques ;
- prévoir au niveau du contexte un paragraphe sur le contexte sanitaire et y préciser ce qui est fait en faveur des personnes âgées à ce jour ;
- beaucoup d'affirmations sans référence ; préciser les références ;
- page 4 : il y'a une confusion entre l'Occident et l'Europe ;
- revoir la partie méthodologie en précisant les critères d'inclusion et de non inclusion et définir la taille de l'échantillon ;
- page 27 : certains termes utilisés seront embarrassants pour les participants. Ex. : lourd fardeau ;
- décrire la procédure d'identification des participants et de recueil de leur consentement ;
- définir la notion de personne âgée et vieillissante ;
- prévoir une fiche d'information et de consentement pour les proches ;
- séparer la fiche d'information de la fiche de consentement et préciser que les réponses seront enregistrées ;
- page 4 : au niveau du titre il s'agit plutôt de l'état des connaissances et non l'état de la recherche ;
- fournir le budget.

9. AVIS DU COMITE

Avis favorable

10. RESERVES

Néant

11. RECOMMANDATIONS

Resoumettre le protocole corrigé.

Ouagadougou, le 11 janvier 2012

Le Rapporteur

Scholastique Ida SAWADOGO

Le Président

Dr. Bocar A. KOUYATE
Chevalier de l'Ordre national

Annexe 3 : Autorisation d'enquête du CHU-YO

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO

DIRECTION GÉNÉRALE

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

N° 12 - 0833 /MS/SG/CHU-YO/DG /DHQS

Ouagadougou, le 18 JUL 2012

Le Directeur Général

/-)

Professeur Frédéric le Marcis
Ecole Nationale Supérieure de Lyon
Accueilli en délégation à IRD, UMR 912
IRD Centre de Ouagadougou
Tél : 50 30 67 67/50 31 03 85

Objet : Votre demande d'autorisation de collecte des données

Monsieur le Professeur,

Suite à votre demande d'autorisation de collecte des données au sein de notre établissement au profit de **Monsieur ROUAMBA Georges**, de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) pour sa thèse « *conditions sociales et prise en charge médicale des personnes vieillissantes au Burkina Faso* », nous avons l'honneur de vous informer que nous marquons notre accord.

Cependant les entretiens seront organisés par le chef de service, et monsieur ROUAMBA Georges ne bénéficiera pas de l'aide venant de nos agents , ni n'aura accès aux dossiers cliniques des malades.

Pour les modalités pratiques, vous voudrez bien prendre attache avec le chef de service.

Nous vous prions de recevoir, **Monsieur le Professeur**, l'expression de nos salutations les meilleures.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO
Le Directeur Général

B. Robert SANGARE
Chevalier de l'ordre national

Ampliations :
- DRH
- DHQS
- Chrono

Tél : (00226) 50 31 16 55/56/57 - Fax (00226) 50 31 18 48 - E-mail : chnyo@chnyo.bf

Annexe 4 : Autorisation d'enquête du Ministre de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale

MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

CABINET

N°2013 .0356 /MASSN/SG/DEP

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

Ouagadougou, le 26 FEV. 2013

Le Ministre

A

Monsieur Frédéric Le Marcis,
Professeur d'Anthropologie ENS-Lyon
Accueilli en délégation à l'IRD, UMR 912
IRD Centre de Ougadougou

-OUAGADOUGOU-

Objet : Etude sur les conditions de vie des pensionnaires du Centre Delwendé de Tanghin et de la cours de solidarité du secteur 12 de Ouagadougou

Monsieur,

J'accuse réception de votre lettre du 20 février 2013 par laquelle vous sollicitez une autorisation pour une étude sur les conditions de vie des personnes âgées au Burkina Faso au profit de Monsieur Rouamba Georges sous votre direction et Monsieur Vincent Léger sous la direction du Professeur Sarah Randall.

J'apprécie grandement les thématiques choisies et marque mon accord pour la collecte des données.

Toutefois, cette opération devra se mener dans le respect de la dignité des personnes volontaires pour la reconstitution de leur biographie et en parfaite collaboration avec les structures d'accueil.

Je vous invite à prendre attache avec mes services techniques notamment la direction de la promotion et la protection des personnes âgées pour les formalités pratiques de l'étude.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, **Monsieur,** l'expression de ma franche collaboration.

Le Ministre de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale * MASSN *

Dr. Alain Dominique R. ZOUBGA