



HAL
open science

La maternité avec risques : une analyse ethnographique des risques autour de la procréation au Burkina Faso

Sophie Servais-Walenda

► **To cite this version:**

Sophie Servais-Walenda. La maternité avec risques : une analyse ethnographique des risques autour de la procréation au Burkina Faso. Médecine humaine et pathologie. Université Montpellier, 2018. Français. NNT : 2018MONTT056 . tel-01988120

HAL Id: tel-01988120

<https://theses.hal.science/tel-01988120v1>

Submitted on 21 Jan 2019

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 POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Santé Publique
École doctorale CBS2

Unité de recherche TransVIHMI (IRD, INSERM, Université de Montpellier)

La maternité avec risques. Une analyse ethnographique des risques autour de la procréation au Burkina Faso

Présentée par Sophie SERVAIS-WALENDA
Le 29 novembre 2018

Devant le jury composé de

Pr Philippe VAN DE PERRE, Directeur de recherche, INSERM, Montpellier Université

Dr Anne-Marie MOULIN, Directrice de recherche émérite, CNRS

Pr Jean TESTA, Directeur de recherche, CERMES (Niger)

Pr Alice DESCLAUX, Directrice de recherche, IRD

Dr Philippe MSELLATI, Directeur de recherche émérite, IRD

Dr Sandrine MUSSO, Enseignante-chercheure, Aix-Marseille Université

Dr Blandine BILA, Chargée de recherche, IRSS/CNRST (Burkina Faso)

Président

Rapporteur

Rapporteur

Directrice

Codirecteur

Examinatrice

Examinatrice



UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

La maternité avec risques.

Une analyse ethnographique des risques autour de la procréation au Burkina Faso

Santé Publique

Sophie Servais Walenda

Sous la codirection d’Alice Desclaux et Philippe Msellati

29 novembre 2018

Membres du jury :

| | |
|---|---------------------|
| Pr Philippe VAN DE PERRE, Directeur de recherche, INSERM, Montpellier Université | Président |
| Dr Anne-Marie MOULIN, Directrice de recherche émérite, CNRS | Rapporteuse |
| Pr Jean TESTA, Directeur de recherche, CERMES (Niger) | Rapporteur |
| Pr Alice DESCLAUX, Directrice de recherche, IRD | Directrice |
| Dr Philippe MSELLATI, Directeur de recherche émérite, IRD | Codirecteur |
| Dr Sandrine MUSSO, Enseignante-chercheure, Aix-Marseille Université | Examinatrice |
| Dr Blandine BILA, Chargée de recherche, IRSS/CNRST (Burkina Faso) | Examinatrice |

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes rencontrées lors de mon enquête de terrain au Burkina Faso et qui ont accepté d'engager le dialogue dans le cadre de cette thèse. Ces rencontres et les échanges ont été d'une grande richesse et empreints d'une belle humanité, *A ni ce*.

J'adresse mes remerciements à mes directrice et directeur de thèse, Alice Desclaux et Philippe Msellati, pour le suivi de mon travail durant ces quatre années et leurs patientes (re)lectures.

Je remercie Anne-Marie Moulin, Jean Testa, Sandrine Musso, Blandine Bila et Philippe Van de Perre d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, j'en suis très honorée. Les critiques que vous apporterez à ce travail l'enrichiront et le rendront meilleur.

Je remercie le Pr Delaporte pour son accueil au sein de l'unité TransVIHMI, Coralie et Julie pour leur disponibilité en toute occasion. Mes premiers pas au labo se sont faits dans la joie et la bonne humeur grâce à Emmanuel et Firmin. Philippe a accompagné ces moments avec son humour inégalable. Merci ! Mes remerciements s'adressent aussi à Véronique, Stéphanie et Suzanne dont la sollicitude et les encouragements ont été importants lors de mon retour au labo. Suzanne de là où tu es, tu peux voir que je suis arrivée au bout. Un merci particulier à Madame Urvoy de l'Ecole Doctorale CBS2 pour son appui enthousiaste et ses conseils éclairés tout au long de mon parcours de doctorante.

Je remercie le Pr Méda de m'avoir accueillie dans les meilleures conditions au Centre Muraz à Bobo-Dioulasso. Je suis également reconnaissante envers Abdramane Berthé qui a grandement facilité mon travail à Bobo sur un plan matériel (un bureau climatisé ça compte beaucoup en saison sèche !) et surtout sur un plan humain et professionnel (tes conseils m'ont permis de progresser sur le terrain et ont été très formateurs). Jen'oublierai pas l'accueil chaleureux au sein de ton équipe Sociétés et Santé. Cécile, Héma, Lalla, Maï, Mariam, Abdoul Kader Ganiou et Blahima, j'ai eu beaucoup de plaisir à échanger avec vous. Un merci spécial pour Issiaka Bamba qui m'a tirée d'affaires en acceptant de reprendre le travail de transcription et en m'aidant à la compréhension des mots dioula. J'en profite pour dire aussi merci à l'équipe d'étudiant-e-s à l'IRD de Ouagadougou : Zénab, Christelle, Denise, Mamadou et Seydou (courage à toi aussi pour la thèse !) et à Sylvie K. de la régie. Merci pour votre accueil, le partage et la bonne humeur !

Je remercie le Directeur Général du CHU Souro Sanou, le Directeur Régional de la Santé des Hauts-Bassins, les représentants du corps médical de Bobo-Dioulasso, notamment Pr Bambara, Pr Nacro, Dr Ouatarra H. et Dr Tamboura pour leur précieux soutien. Je suis également reconnaissante aux professionnels de santé et

à leurs responsables pour l'accueil qu'ils m'ont réservé dans leur service et leur disponibilité. Je remercie aussi les membres des associations communautaires de lutte contre le VIH et le COmité de Veille Associative (COVA), représentés par Christine Kafando, pour leur accompagnement avisé sur le terrain.

J'adresse mes vifs remerciements à Sandrine Musso et Philippe Van de Perre pour leurs réflexions et commentaires précieux sur le travail « en train de se faire » lors des comités annuels de thèse. Merci encore Sandrine pour cette année de Master en anthropologie de la santé en collaboration « passionnante » avec Vinh-Kim Nguyen, j'ai beaucoup appris et avec plaisir. Merci à Vinh-Kim de m'avoir encouragée à bien suivre la vache !

Un très grand merci à Moritz Hunsmann qui a répondu sans délai à mes sollicitations, partageant son expérience, sa bibliographie et son temps. Merci pour la relecture bienveillante d'une partie de mon travail. Je n'ai pas suivi tous tes conseils très pertinents, je les garde pour améliorer mes travaux à venir. Merci également à Philippe Cecchi pour sa relecture attentive d'une partie de la thèse. Mille mercis à Aude Nikiema d'avoir réalisé sans hésitation les cartes figurant dans la thèse.

Mes remerciements s'adressent également aux ami-e-s qui ont été d'un soutien immense, en particulier dans les moments critiques : Danielle et Georges, Pierre R., Mireille et Félix, « Maître » Marcel, Alain, Jean Paul, Julian, Monique et Pierre. Merci Jean Renaud pour la relecture de dernière minute avec Claudine. Merci Monique pour la relecture de l'une des parties de mon travail, tes encouragements permanents. Merci à Véréne et Laurence pour votre attention à mon égard. Merci à Mélanie et Stéphane, pour le soutien poétique et couleur nature ! A Gaël, Estelle, aux enfants et à toute leur équipe de l'association Terres de Pierres qui m'ont si gentiment accueillie à Périllos pour un moment de décompression salutaire. A Hélié pour ton soutien dans la durée et ton aide pendant que je me débattais avec ma feuille de style ! A Francesca pour ta visite chaleureuse à Bobo. Je te souhaite de fêter bientôt la belle réussite de ta thèse !

Spéciales dédicaces : *A Marie Claude et les membres de l'association Maïa (Emilie, Hélène, Gin) en solidarité internationale avec le Burkina Faso depuis tant d'années. Merci Marie Claude pour ton écoute fidèle et attentive. *A Claudine et Guy pour qui « dormir en famille » n'a plus de secret. Vous m'avez accueillie entre mes missions comme votre propre fille. Vous m'avez soutenue de manière inconditionnelle, à mon tour à présent d'être près de vous.

J'exprime ma profonde gratitude à ma famille en Allemagne en particulier à Christel et Fritz, Waltraud, Dorothea, Anna-Elisabeth, Marita et oncle Walter que je n'oublierai pas, que ton âme repose en paix. Merci à ma famille en France, à mon frère Stéphane, mes neveux et nièce, Joachim, Maya et Eliott obligés de partager « tatie » avec la thèse !

Ma gratitude, mon admiration et mon respect sont immenses envers les ami-e-s du Burkina Faso : Nah, Awa, Solange, Bernadette, Clémentine, Sali, Colette, Jeannette, Ami, Korotimi, Djénéba, Brigitte, Lucie, Catherine et Sophie, Odile et Yves, Chiara, Sidiki, Xavier, Aziz, Sidiki Ba, Abdoulaye et sa famille, Drissa, Armand, Boureima et Aboubacar, Dao, Ferdinand, Madou, Zoumana, Thierry, Peter, Dr Kéré. Merci aux familles Sanou et Bassolé et aux ami-e-s du *grin*. Merci pour les échanges à bâtons rompus, le soutien, l'énergie communicatrice, la persévérance et la joie.

Spéciales dédicaces : *A Christine Kafando, tu m'as accueillie chez toi en sororité. Merci à toi, à la famille Kafando et à tous/tes les membres de l'Association Espoir pour Demain de m'avoir ouvert les portes du monde communautaire. *A Rasmané Béogo, pour ton regard protecteur et bienveillant à mon égard, et ton engagement humaniste. *A Moussa Konaté, Karim Traoré, à leurs familles respectives et à tous/tes les membres de l'association Djiguitougou. Vous m'avez ouvert les portes magnifiques de vos maisons et de la vie en brousse. *A Adjara Konkobo, pour ton amitié et le partage de nos joies et de nos peines ! Je te souhaite d'arriver à ton tour à bon port. *A Bouba Sanou, mon ami, véritable frère et ange gardien. *A Souleymane Nabolé, ta sagesse et ta joie de vivre en toute circonstance forcent mon admiration.

Ma gratitude s'adresse par-dessus tout à mon mari, Carsten Walenda, qui a bravé une tentative de coup d'Etat, la poussière et l'extrême chaleur de Ouagadougou pour être toujours à mes côtés. Sans compter les moments critiques qui ont jalonné ces quatre années de thèse. Ton Amour infaillible est ma Force.

J'ai bénéficié d'une allocation doctorale de 36 mois (2014-2017) financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS) pour réaliser ce travail.

La thèse a été réalisée au sein du laboratoire TransVIHMI (IRD, INSERM, Université de Montpellier).

Cette thèse est dédiée

A Carsten,

A ma mère,

**Aux femmes burkinabè qui se battent au quotidien pour
leur survie,**

Aux sœurs et frères en lutte pour la justice sociale.

Les politiques de santé de la mère et de l'enfant qui se succèdent dans les pays du Sud depuis trois décennies sont basées sur une approche quantitative du risque autour de la procréation. Elles induisent une vision homogène des situations vécues par les femmes. Au contraire, l'approche anthropologique définit le risque comme un construit social. Elle considère que les populations évaluent et priorisent les risques qui les concernent de façon pertinente. Notre recherche étudie, à partir de la parole des femmes et de leur expérience, quels risques autour de la procréation les préoccupent, et quelle est la place du risque VIH parmi ces risques.

Notre approche s'appuie sur une enquête ethnographique de longue durée au Burkina Faso, à Bobo-Dioulasso et dans sa région. Nous avons réalisé des entretiens formels et informels auprès des femmes, leur entourage et des informateurs clé. Des observations de contexte en milieu urbain et rural complètent le corpus de données.

Nos résultats montrent une forme de banalisation du risque de VIH/sida dans ses aspects biocliniques. Néanmoins, bien que moins visible, la stigmatisation persiste, la maladie constituant toujours une menace dans sa dimension sociale. Analysant les conditions de vie et de travail des femmes pauvres, nos résultats mettent en évidence une exposition au risque articulé au travail féminin, en zone rurale et en ville. Ils montrent précisément le risque lié à l'usage courant et intensif des pesticides qui inquiète particulièrement les femmes. De plus, notre recherche montre comment le système de santé constitue une menace de l'avis des femmes. Cette perception du risque inhérent aux soins s'inscrit dans un contexte plus large de « crise de confiance », à l'égard du système de soins qui crée des « maltraitances », notamment chez les femmes pendant leur grossesse.

Cette recherche doctorale rend visible au Burkina Faso des risques perçus par les femmes qui sont négligés et « non calculés » par le système de soins. Elle participe à l'inscription des risques liés à l'environnement et aux conditions de travail informel comme des problèmes majeurs de santé publique qui affectent la mère et l'enfant en Afrique de l'Ouest.

Mots clés : Santé maternelle, Risque, VIH/sida, reprotoxicité, pesticide, iatrogénie, santé au travail, Burkina Faso

Summary

Successive Maternal and Child Health policies during last three decades in the Global South were based on a quantitative approach to reproductive risk, with a homogeneous vision of women's life experiences. On the contrary, the anthropological approach defines risk as a social construction and considers that populations assess and prioritize their exposure risks in a relevant manner.

Our approach is based on a long-term ethnographic study in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) and its environment. We conducted formal and informal interviews with women, their families and key informants. Contextual observations in urban and rural areas complete the data set.

Our results show a form of trivialization of HIV/AIDS risk in its bioclinical aspects. However, although less visible, stigma is persisting, and the social dimension of disease are still a threat. Our research describes the living and working conditions of poor women. It highlights their exposure to risk related to women's work in both rural areas and cities. It specifically examines the risk associated with the current intensive use of pesticides, which particularly concern women.

In addition, our research shows how women perceive the healthcare system as a threat. This perception of risk related to care is part of a broader context of « crisis of confidence » in the health care system that creates « mistreatments », especially among pregnant women.

This doctoral research reveals the neglected and « not quantified » risks perceived by women. It contributes to the recognition of environment related risks and informal working conditions as major public health problems affecting mothers and children in West Africa.

Key Words : Maternal health, Risk, HIV/AIDS, Reprotoxicity, Pesticide, Iatrogeny, occupational health, Burkina Faso

CONVENTIONS

Les opinions exprimées dans cette thèse sont celles de l'auteure et engagent sa seule responsabilité.

Utilisation des photographies

Les photos sur lesquelles figurent des personnes ne peuvent pas être utilisées en dehors de cette thèse.

Anonymat des personnes et confidentialité

Pour respecter l'anonymat des locuteurs, ceux-ci sont désignés dans cette thèse par un prénom qui a été volontairement modifié tout en conservant leur genre (à l'exception de quelques personnes) et en respectant leur confession religieuse (musulmane ou catholique). En outre, afin de préserver les personnes, les lieux où la recherche s'est déroulée ne sont pas toujours mentionnés avec précision.

Traduction

Les termes en langue locale (le dioula) ou en français africain seront écrits en *italique* dans le texte. L'orthographe des mots en langue dioula s'appuie sur deux dictionnaires :

- * « Petit Dictionnaire Français-Bambara, Bambara-Français » de Moussa Travélé, 1913, <https://docplayer.fr/32913795-Petit-dictionnaire-francais-bambara-bambara-francais.html>
- * Le dictionnaire électronique Bamadama : bambara-français, avec un index français-bambara de Charles Bailleul, Artem Davydov, Anna Erman, Kirill Maslinksy, Jean Jacques Méric, Valentin Vydrin, 2011-2018, <http://cormand.huma-num.fr/bamadaba.html>

Le bambara et le dioula sont deux langues très proches. Le dioula connaît néanmoins des variantes par rapport au bambara.

Terminologie

La terminologie « pays du Sud » est utilisé tout au long de ce travail bien que les catégories de nord et de sud soient des entités qui ne fonctionnent pas dans un monde globalisé multipolaire, où les écarts dans le monde ont tendance à se réduire et que l'on retrouve désormais des Nordes dans le Sud et des Suds dans le Nord (Hours et Sélim 2007).

Liste des sigles et acronymes

ABBEF : Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial

ACAME : Association Africaine des Centrales d'Achats en Médicaments Essentiels

AFD : Agence Française pour le Développement

AMI : Assistance Médicale Indigène

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

ARV : Antirétroviraux

BUNASOLS : BUreau NAational des SOLS

CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques

CCVC : Comité Contre la Vie Chère

CD4 : Cluster de Différenciation 4

CDC : Center for Diseases Control (Centre de contrôle et de prévention des maladies)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRC : Centre International sur le Cancer (IARC)

CMA : Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale

CNRST : Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr/>

CNSL : Cashew Nut Shell Liquid

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

COVA : COmité de Veille Associative

CPN : Consultation Pré Natale

CSPS : Centres de Santé et de Promotion Sociale

DRS : Direction Régionale de la Santé

FAO : Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture)

FENOP : Fédération Nationale des Organisations Paysannes

GPC : Groupements de Producteurs de Coton

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IMSR : Initiative pour une Maternité Sans Risque

IRD : Institut de Recherche pour le Développement
JSSB : Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso
MBDHP : Mouvement Burkinabè des Droits de l'Homme et des Peuples
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ODD : Objectifs du Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
PAS : Plans d'Ajustement Structurel
PPDB : Pesticide Properties Data Base
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/sida
PvVIH : Personne vivant avec le VIH/sida
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI : Service de santé Maternelle et Infantile
SONAGESS : SOciété NAtionale de GEstion des Stocks de Sécurité alimentaire du Burkina Faso
SSP : Soins de Santé Primaires
SYNTSHA : SYNdicat des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 5 |
| RESUME | 11 |
| SUMMARY | 12 |
| LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES | 15 |
| TABLE DES MATIERES | 17 |
| INTRODUCTION GENERALE | 25 |
| PREMIERE PARTIE : APPROCHES ET OBJECTIFS | 29 |
| I. APPROCHE THEORIQUE | 29 |
| 1. Définitions de la santé publique..... | 29 |
| 2. Santé publique et anthropologie..... | 31 |
| 3. Approches du risque en anthropologie et santé publique..... | 33 |
| II. QUESTIONS DE RECHERCHE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS | 36 |
| 1. Questions de recherche..... | 36 |
| 2. Hypothèses..... | 36 |
| 3. Objectifs de la recherche..... | 36 |
| III. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET SITE D'ETUDE | 38 |
| 1. Contexte institutionnel, cadre règlementaire et éthique de la recherche..... | 38 |
| 2. Une approche ethnographique..... | 39 |
| 3. Le terrain de l'enquête à Bobo Dioulasso et sa région au Burkina Faso..... | 41 |
| 3.1 Le <i>non loti</i> | 42 |
| 3.2 Les structures de santé..... | 45 |
| 3.3 Les lieux de travail des femmes..... | 46 |
| 3.4 Le milieu rural..... | 47 |
| 3.5 Une enquête de terrain multi-située..... | 48 |
| 4. Compléments sur les méthodes..... | 49 |
| 4.1 Les observations..... | 49 |
| 4.2 Les entretiens..... | 49 |
| 5. Réflexivité et difficultés sur le terrain..... | 52 |
| 5.1 Le contexte politique et sécuritaire..... | 52 |
| 5.2 Un accès au milieu rural restreint..... | 53 |
| 5.3 Eprouver le terrain..... | 55 |

DEUXIEME PARTIE : SOCIO-HISTOIRE DES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE 59

| | |
|--|-----------|
| I. La période coloniale : élaboration et transplantation de modèles et de normes sanitaires | 60 |
| 1. En France, « Sauver les bébés » pour « sauver la patrie » | 61 |
| 1.1 La naissance de la notion de mort évitable | 62 |
| 1.2 Les outils qui limitent le risque de décès maternel et néonataux | 63 |
| 1.3 La médicalisation de la maternité et de la naissance | 64 |
| a. Le contrôle du corps des femmes..... | 64 |
| b. La diffusion de nouveaux modèles autour de la procréation | 65 |
| 1.4 Le processus politique et législatif | 66 |
| a. Congés maternité et assurances sociales | 67 |
| b. Création du dispositif de santé maternelle et infantile | 68 |
| 2. En Afrique, « Sauvegarder la race » | 68 |
| 2.1 La mise en valeur des colonies et la mission civilisatrice de la France..... | 68 |
| 2.2 Le problème du dépeuplement des colonies..... | 70 |
| 2.3 « Développer les races indigènes en qualité et en quantité » | 71 |
| 2.4 La naissance balbutiante de la PMI..... | 72 |
| a. Implantation du corps professionnel des sages-femmes | 72 |
| b. La médicalisation de la procréation dans les colonies | 73 |
| c. La place accordée aux matrones..... | 74 |
| 2.5 Les années 1940-50 : vers un renouveau sanitaire ? | 74 |
| 2.6 Une transplantation hybride, différentielle et incomplète..... | 76 |
| II. Les politiques sanitaires internationales : vers le risque zéro ? | 77 |
| 3. Les années 1960-70 : L'amorce d'une politique internationale de santé maternelle et infantile | 77 |
| 3.1 Le nouveau concept de « facteur de risque » | 78 |
| 3.2 Les premières mesures des risques dans la santé maternelle internationale | 78 |
| 4. Années 1970-1980 : Vers une approche économique de la santé | 79 |
| 4.1 L'approche coût/efficacité | 80 |
| 4.2 La santé maternelle comme champ d'application | 81 |
| 5. Les années 1980 : la santé des mères au centre des débats | 82 |
| 5.1 L'invisibilité des mères qui meurent en donnant la vie | 83 |
| a. « A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH ? »..... | 83 |
| b. L'Initiative pour la Maternité Sans Risque | 84 |
| 5.2 Les années 1990 : De la SMI à la santé reproductive, le droit à la santé pour les femmes | 86 |
| 5.3 Modèles standardisés de la mortalité maternelle dans les pays du Sud | 87 |
| a. L'approche gestionnaire du risque de l'OMS : « risk approach » | 87 |
| b. Le cas « de Madame X »..... | 88 |
| c. « La route vers la mort maternelle » | 88 |
| d. Le modèle de Thaddeus et Maine (1994) ou le modèle des 3 retards..... | 89 |
| III. L'épidémie de VIH/sida : vers le risque inacceptable | 90 |
| 1. Les femmes comme catégorie à risque « négligée »..... | 91 |
| 2. « Un seul risque pour tous » | 92 |
| 3. La féminisation de l'épidémie en Afrique..... | 93 |
| 3.1 La double vulnérabilité des femmes au risque VIH | 94 |
| 3.2 Une interaction risquée entre procréation et infection à VIH | 95 |
| 4. Les essais cliniques comme premiers dispositifs de la PTME dans les pays du Sud | 96 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 4.1 | L'arrivée des premiers traitements antirétroviraux | 96 |
| 4.2 | La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)..... | 96 |
| IV. | Les années 2000 vers le contrôle de tous les risques ? | 97 |
| 1. | Les Objectifs du Millénaire pour le Développement..... | 97 |
| 2. | La « session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida » | 98 |
| 3. | Normalisation du VIH/Sida et fin de l'exceptionnalisme : « le risque acceptable » | 99 |
| 4. | Vers la fin des risques ? | 100 |
| 4.1 | La Maternité à Moindre Risque | 100 |
| 4.2 | L'ère du traitement universel 2.0 ou le récit de la fin du sida : le risque VIH contrôlable | 102 |
| 4.3 | Les politiques de la gratuité dans le champ de la santé maternelle et infantile : protéger du « risque financier » | 102 |

TROISIEME PARTIE : LES DURES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES ... 105

| | | |
|-------------|---|------------|
| I. | Des conditions de vie qui se dégradent..... | 105 |
| 1. | Une situation socio-économique fragile et inégale | 107 |
| 2. | Un environnement de vie dégradé | 111 |
| 3. | Le problème alimentaire..... | 114 |
| 3.1 | Un phénomène ancien et récurrent..... | 115 |
| 3.2 | Un phénomène qui s'étend au milieu urbain | 116 |
| 3.3 | Le moment des difficultés | 118 |
| 3.4 | Les stratégies alimentaires des femmes | 119 |
| II. | La nécessité de travailler | 122 |
| 1. | Le travail des femmes pauvres en ville | 122 |
| 1.1 | Les travailleuses journalières ou le <i>jɛni ka nimi</i> | 122 |
| a. | Les cultivatrices à la ville | 123 |
| b. | Ventiler le sésame | 126 |
| 1.2 | Tamiser <i>le coton sale</i> | 129 |
| 1.3 | Le travail dans les usines | 133 |
| a. | L'exemple des unités de transformation de l'anacarde | 134 |
| 2. | Un sous-prolétariat féminin en ville | 139 |
| 2.1 | Définition du processus de sous-prolétarisation à partir du modèle masculin | 141 |
| 2.2 | Les ouvrières africaines..... | 142 |
| 2.3 | La féminisation du travail dans l'économie mondialisée | 143 |
| 3. | Le travail des femmes en milieu rural | 144 |
| 3.1 | Les travaux des champs des femmes ou <i>lâfiyɛn tɛ</i> | 145 |
| 3.2 | Les facteurs qui intensifient le travail des femmes en milieu rural | 151 |
| III. | Quand le contexte matériel des femmes affecte leur santé | 155 |
| 1. | Les charges matérielles des femmes..... | 155 |
| 2. | La santé des femmes face aux conditions de travail | 157 |
| 3. | Les mesures de protection sociale des femmes (enceintes) au travail | 159 |
| IV. | Le risque VIH..... | 163 |
| 1. | Les perceptions des risques sanitaires par les femmes | 163 |
| 2. | L'expérience des femmes vivant avec le VIH à l'ère des antirétroviraux..... | 169 |

QUATRIEME PARTIE : PERCEPTIONS ET EXPOSITIONS AU RISQUE TOXIQUE 177

| | |
|---|------------|
| I. Sur la piste des poisons | 178 |
| 1. Changements des pratiques alimentaires | 181 |
| 1.1 Circulation d'aliments impropres à la consommation | 182 |
| 1.2 Le Cube MAGGI | 183 |
| 1.3 Les huiles frelatées | 185 |
| 1.4 Le « carbure » | 185 |
| 1.5 Les aliments traités | 187 |
| 2. Construction du savoir populaire autour des pesticides | 188 |
| 2.1 En ville, connaissance et expériences du phénomène des produits « pompés » | 189 |
| 2.2 Les dénominations employées | 190 |
| a. Le médicament | 190 |
| b. Le poison | 192 |
| c. Les « produits des Blancs » | 194 |
| d. L'introduction des pesticides au Burkina Faso | 196 |
| 2.3 Des produits considérés comme néfastes | 198 |
| a. Les nuisances environnementales | 199 |
| b. Les effets directs sur la santé humaine | 202 |
| II. Matérialité des pesticides et formes d'exposition sur le terrain | 205 |
| 1. Les pesticides, des produits dangereux | 205 |
| 1.1 Caractéristiques et propriétés des pesticides | 207 |
| 1.2 Les effets reprotoxiques | 209 |
| 1.3 Le cas particulier des perturbateurs endocriniens | 210 |
| 2. Présence des pesticides sur le terrain burkinabè : un usage généralisé | 212 |
| 2.1 Présence et circulation des pesticides | 212 |
| 2.2 L'épandage dans les champs et les potagers urbains | 213 |
| 2.3 Usage généralisé des pesticides dans les cultures | 216 |
| 2.4 Les traces de l'usage des pesticides | 218 |
| 3. Situations d'exposition des femmes dans le travail agricole | 218 |
| 3.1 La manipulation des pesticides | 219 |
| a. « Pomper » | 219 |
| b. « Mélanger » | 221 |
| 3.2 Les activités concomitantes ou en lien avec l'utilisation des pesticides | 224 |
| III. La procréation face aux pesticides au Burkina Faso : un risque sanitaire négligé ? .. | 228 |
| 1. Les risques autour de la procréation liés aux pesticides | 228 |
| 1.1 Les expositions indirectes aux pesticides | 228 |
| a. La chaîne alimentaire et l'eau de boisson | 229 |
| b. L'exposition résidentielle | 232 |
| 1.2 L'exposition liée à l'activité agricole | 233 |
| 2. La gestion du risque au Burkina Faso | 235 |
| 2.1 Les alertes médiatiques sur un problème impératif | 235 |
| 2.2 Les études scientifiques sur les problèmes engendrés par les pesticides | 237 |
| 2.3 Les outils éducatifs destinés aux femmes dans la culture du coton | 238 |
| 2.4 Les formations dispensées par les distributeurs et les fabricants | 239 |
| 2.5 Les actions portées par la société civile | 242 |
| 2.6 Les constats empiriques de médecins cliniciens | 245 |
| 3. Le risque lié aux pesticides dans le système de santé | 247 |

CINQUIEME PARTIE : PERCEPTIONS ET EXPOSITIONS AU RISQUE LIE AU SYSTEME DE SOINS 251

| | |
|--|------------|
| I. Le système sanitaire vu par les populations | 252 |
| 1. Le système de soins de santé biomédical comme référence | 252 |
| 2. Les stratégies des femmes pour minimiser les risques | 256 |
| 2.1 Choisir le lieu de l'accouchement | 256 |
| 2.2 Ne pas partir tôt | 259 |
| 3. La contestation populaire du système de soins | 261 |
| 3.1 Les griefs des femmes et de leur entourage envers le système de santé | 261 |
| 3.2 Emergence des plaintes dans la sphère publique | 266 |
| a. Témoignages dans les médias et réseaux sociaux | 267 |
| b. Les plaintes auprès des ordres des professions médicales | 269 |
| 3.3 Les manifestations de violences à l'encontre du système de santé | 272 |
| 3.4 La mobilisation sociale emblématique autour du CHU | 277 |
| II. Les violences envers les femmes dans le système de santé | 281 |
| 1. Définitions de la violence envers les femmes | 281 |
| 1.1 Définition de la violence envers les femmes selon les Nations Unies | 281 |
| 1.2 De la sphère intime | 282 |
| 1.3 Aux structures sanitaires | 282 |
| 2. La brutalisation des corps dans les structures de santé au Burkina Faso | 286 |
| 2.1 Le « pot » | 287 |
| 2.2 Les sutures | 289 |
| 2.3 D'autres formes de violences observées | 293 |
| a. L'analyse d'urine | 293 |
| b. L'attente d'un transfert dans le service de réanimation | 294 |
| c. La salle d'accouchement en guise de chambre pour la patiente | 296 |
| 2.4 L'utilisation des contraceptifs et les risques sur le corps des femmes | 298 |
| a. Les consultations de la planification familiale et les campagnes de « jadellisation » | 300 |
| b. Les problèmes liés à la pose et au retrait des contraceptifs | 302 |
| III. Les conditions sanitaires à risque pour les femmes ? | 305 |
| 1. Gérer la pénurie | 305 |
| 2. Les problèmes d'hygiène | 311 |
| 3. Quand les conditions de soins de santé génèrent des risques pour les patientes | 315 |
| IV. Le cas particulier de la PTME : vers des « mal traitements » à l'égard des femmes séropositives ? | 318 |
| 1. Quand la PTME accentue les vulnérabilités des femmes séropositives | 318 |
| 1.1 Surmonter la peur de la stigmatisation et gérer les aléas du système de soins de santé | 318 |
| 1.2 Gérer la précarité au quotidien et comprendre la maladie | 322 |
| 2. Accompagner, surveiller ou blâmer ? | 326 |
| 2.1 Un suivi VIH sous pression | 326 |
| 2.2 (Dé)pister les femmes comme stratégie ? | 330 |
| 3. Un nouveau dispositif de PTME au détriment de la santé des femmes ? | 335 |
| 3.1 La santé des femmes séropositives menacée par le nouveau dispositif ? | 335 |
| 3.2 Evolution du dispositif de PTME au Burkina Faso | 340 |

| | |
|---|------------|
| DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES | 345 |
| ANNEXES | 357 |
| GLOSSAIRE | 367 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | 369 |
| BIBLIOGRAPHIE | 371 |

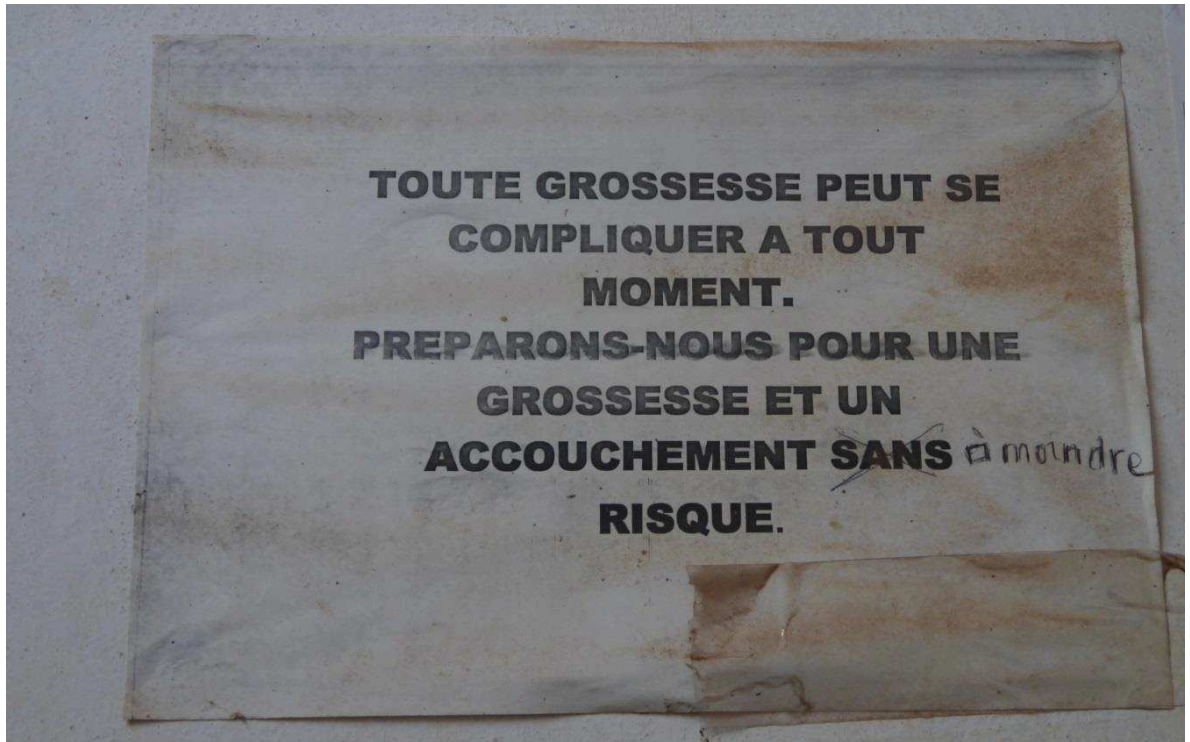


Figure 1. Affiche « Maternité à moindre Risque », 2016 Servais

Cette affiche est collée sur un mur du sas de la petite pièce d'accouchement dans un Centre de Santé et de Promotion Sociale de Bobo-Dioulasso.

INTRODUCTION GENERALE

Les politiques de santé de la mère et de l'enfant, y compris celles concernant la santé reproductive, maternelle et néonatale, et la stratégie de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), se succèdent depuis trois décennies dans les pays du Sud. Le nombre de décès maternels et de nouveau-nés demeure cependant très élevé, en particulier en Afrique Subsaharienne. Selon l'OMS, 99% de décès maternels se produisent dans les pays du Sud dont les deux tiers en Afrique subsaharienne, soit 302 000 décès estimés en 2015 (OMS 2015). Sur le plan mondial des progrès ont été réalisés concernant la mortalité néonatale. Le nombre de nouveau-nés qui meurent chaque année avant d'avoir un an est passé de 5,1 millions en 1990 à 2,6 millions en 2016. Néanmoins, d'après l'OMS, cette diminution demeure plus lente en Afrique Subsaharienne, en raison du nombre croissant des naissances¹. Cette région du monde est aussi la plus touchée par la pandémie de VIH, avec 26 millions de personnes infectées (soit 70% des personnes vivant avec le VIH au niveau mondial en 2017)² et 159 000 enfants nouvellement infectés (soit 90% des nouvelles infections des moins de 15 ans au niveau mondial, correspondant essentiellement à des transmissions mère-enfant). Ces nombres et ces taux, très élevés en Afrique subsaharienne par rapport à d'autres régions du monde, sont cependant le résultat d'améliorations importantes au cours des trois dernières décennies, observées notamment dans certains pays comme le Burkina Faso, où le taux des décès maternels a baissé de 49% entre 1990 et 2015 (OMS 2015) et le taux de mortalité néonatale est passé de 46 à 26 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2016 (UNICEF 2017). Par ailleurs la prévalence du VIH y est passée à 0,8 %, l'épidémie à VIH généralisée devenant une épidémie « concentrée » dans les populations clés³ ; le taux de transmission mère-enfant a été fortement réduit et reste estimé à 5,72% en 2013 (Ministère de la Santé 2014 :15).

Il n'en reste pas moins que les taux de mortalité maternelle et infantile, et les progrès réalisés ont été jugés insuffisants dans le cadre de l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 (OMS 2015). De plus, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne ainsi que les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant restent trop élevés pour enrayer l'épidémie. Aussi, ces aspects ont été inscrits dans l'objectif 3 des Objectifs de

¹Le taux de mortalité infantile a été réduit de 49% à l'échelle mondiale entre 1990 et 2015. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

² <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

³ <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burkinafaso/>

Développement Durable (ONU 2017), qui concerne la santé, et devrait orienter les efforts internationaux jusqu'en 2030. Les cibles suivantes ont été adoptées :

- Faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes,
- Éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus,
- Mettre fin à l'épidémie de sida, ainsi qu'à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles,
- Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

Les politiques sanitaires développées dans ce domaine au cours des trois dernières décennies sont basées sur une conception biomédicale de la procréation qui identifie et quantifie les risques qui lui sont associés, considérant celle-ci, en particulier la grossesse et l'accouchement, comme globalement « à risque ». Les complications biomédicales de la grossesse et l'accouchement, parmi d'autres problèmes de santé, peuvent en effet menacer la vie de la mère et du nouveau-né : les prévenir, les prendre en charge, et les contrôler, sur la base d'interventions scientifiquement validées (« evidence based ») sont des priorités de santé publique. Par ailleurs, du point de vue des populations, la grossesse, l'accouchement et les suites de couche ont toujours été perçus comme étant des périodes éminemment dangereuses au-delà d'une lecture biomédicale, d'où la nécessité de rites pour faire face au danger, protéger la mère et l'enfant (Lallemand, Journet, et Ewombé-Moundo 1991). En effet, les populations exposées acquièrent une expérience du risque et en développent des représentations collectives. L'analyse des interventions de santé a montré que les personnes les premières concernées par un risque sanitaire en ont une perception aiguë, pertinente notamment en termes de hiérarchisation des risques en contexte de risques multiples, et d'appréhension des risques dans leur environnement (Peretti-Watel 2004).

Atteindre les ambitieux Objectifs de Développement Durable exige d'améliorer l'efficacité des politiques sanitaires, en commençant par accroître les données scientifiques disponibles pour identifier les aspects sur lesquels les interventions sont encore insuffisantes. Pour cela, il paraît nécessaire d'élargir les cadres conceptuels et de produire des informations complémentaires aux données épidémiologiques utilisées jusqu'à présent pour définir ces politiques. Deux options théoriques seront mobilisées dans ce but pour cette thèse. D'une part, il s'agit d'adopter une approche plus large des risques que l'approche épidémiologique, partant de la situation et du point de vue des femmes, les premières concernées. D'autre part, il s'agit d'investiguer de manière « compréhensive », c'est-à-dire approfondie et inductive, les risques identifiés par les femmes, pour compléter leur

vision subjective par des éléments objectifs. Cette double approche s'inscrit dans le courant de « l'anthropologie en santé publique », qui considère que cette discipline, avec d'autres sciences sociales, apporte des informations indispensables sur les contextes d'exécution des politiques internationales en matière de santé, ainsi que sur les processus sociaux qui ont défini ces politiques (Massé 1995). Elle est aussi influencée par la santé communautaire qui considère que les communautés ont des connaissances expérientielles et des savoirs endogènes qui, loin d'être figés dans le passé, peuvent apporter des éléments essentiels à la définition des stratégies pour le futur (Demange, Henry, et Préau 2012) (Otis, Lévy, et Bernier 2015). L'hypothèse qui découle de cette double approche est que les perceptions des acteurs communautaires pourraient être différentes des notions basées sur la science qui fondent les programmes sanitaires, et pourraient révéler des risques, pertinents dans leur environnement, qui ne sont pas (encore) pris en compte par les politiques et programmes de santé publique.

Cette double approche conduit à s'interroger sur le vécu et l'expérience de la procréation du point de vue des femmes en Afrique subsaharienne. Comment les femmes perçoivent-elles les risques autour de la procréation ? Perçoivent-elles des risques qui ne sont pas pris en compte par les politiques de santé de la mère et de l'enfant ? Quelle est la place du risque VIH ? Quelles sont leurs capacités à gérer ces risques ? Quels éléments objectifs, dans leur contexte, peuvent être documentés à propos de ces risques perçus, qui permettraient de comprendre leurs perceptions subjectives ?

Ces questions sont traitées dans cette thèse au travers d'une étude de terrain menée au Burkina Faso, un pays choisi pour des motifs personnels (connaissance acquise au cours de séjours précédents et au cours de l'enquête de terrain menée pour un mémoire de Master) et institutionnels (association de la thèse au projet de recherche ANRS 12271). Ce pays, parmi les plus pauvres d'Afrique de l'Ouest, disposant cependant d'un système de santé fonctionnel malgré une situation politique précaire, permet de mettre au jour l'interface entre les politiques internationales et la vie quotidienne des femmes vivant en périphérie urbaine, dans un environnement qui concerne de vastes populations en Afrique. Le continent africain comptait 400 millions de citoyens en 2010. Une projection estime qu'en 2050, ce nombre sera porté à 1,26 milliards (ONU Habitat 2014). Les données issues de cette enquête auront donc une portée plus large, à l'échelle de l'Afrique subsaharienne.

Le mémoire de thèse est présenté en cinq parties. La première partie présente l'approche théorique, les questions de recherche, hypothèses et objectifs, et la méthodologie. La seconde partie présente une socio-histoire des programmes internationaux de santé maternelle et infantile, qui contextualise l'étude des risques qui suit. La troisième partie présente les perceptions des risques associés à l'infection à VIH, par des femmes qui appliquent la stratégie de PTME, et les conditions de vie des femmes. La quatrième partie explore les perceptions et

expositions au risque toxique lié à l'utilisation des pesticides. La cinquième partie explore le risque lié à la prise en charge dans le système de soins. Enfin, la conclusion présente une discussion finale à propos des risques perçus et attestés relatifs à la procréation chez les femmes du Burkina Faso, et ses implications plus générales pour améliorer les programmes de santé internationale en Afrique subsaharienne.

PREMIERE PARTIE

Approches et Objectifs

I. APPROCHE THEORIQUE

Aborder ce travail impose de préciser quelques notions théoriques à propos de la santé publique, de ses rapports avec l'anthropologie, et à propos du risque, pour situer le cadre conceptuel de notre analyse.

1. Définitions de la santé publique

Plusieurs auteurs ont souligné le caractère polysémique de la notion de santé publique, comme dispositif d'intervention sanitaire, comme discipline scientifique et comme mesure de la santé d'une population.

La santé publique peut se définir par les buts qu'elle poursuit, ses modes d'action et les principes sur lesquels est évaluée une intervention dans ce domaine.

« La santé publique a pour but de protéger et améliorer le bien-être⁴ des individus par le moyen d'une action concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d'hygiène, organiser les systèmes sanitaires en vue de prévenir, dépister et réadapter. La santé publique s'intéresse aussi bien aux biens portants, aux porteurs de maladie, aux personnes malades qu'à la réinsertion des personnes traitées.⁵ »

D'après Lévy et al, la santé est plus que le bien-être d'une population, il s'agit d'une « ressource », qu'ils nomment un « Capital-Santé » qui s'inscrit dans le « système économique et social » (Lévy, Cazaban, et Duffour 1999 : 6). Ainsi,

« [l]a santé publique s'efforce de valoriser ce capital par la prévention, les soins curatifs et la réadaptation en mettant en place les systèmes d'action indispensables, dans une participation de tous à l'effort de santé (d'où le terme santé communautaire parfois employé) » (Lévy, Cazaban, et Duffour 1999 : 6).

La Charte d'Ottawa adoptée en 1986 est venue préciser la définition de la santé publique en introduisant un nouveau paradigme, celui de la promotion de la santé. Cette charte est devenue la référence pour rappeler les cinq principes qui doivent régir une intervention en santé publique et de promotion de la santé : (1) élaborer

⁴ Selon la définition de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

⁵ Selon une définition de la santé publique donnée pendant le cours du Diplôme Universitaire « Pratique de la santé publique et des soins de santé primaire en situation de développement » à l'Université de Montpellier le 15.06.2015

des politiques pour la santé, (2) créer des environnements favorables, (3) renforcer l'action communautaire, (4) acquérir des aptitudes individuelles, (5) réorienter les services de santé.

La santé publique constitue également « un champ disciplinaire ⁶» (Fassin 2008 [2005] : 10) et se différencie de la médecine clinique curative dans la mesure où elle se caractérise par son approche populationnelle. Selon Lévy et al, la santé publique est « *une discipline à part entière dont le but est la santé de la population et non celle de l'individu* » (Lévy, Cazaban, et Duffour 1999). En outre, pour Fassin, la santé publique est « une réalité épidémiologique » qui correspond à « l'état de santé d'une population » (Fassin 2008 [2005] : 10). Celle-ci s'appuie sur des instruments de mesure tels que les indicateurs et les déterminants de santé. La santé publique adopte une approche par « problème de santé » (Massé 2007 : 15) qu'elle définit et sur lequel elle intervient ou qu'elle entend prévenir. Les problèmes de santé sont objectivés à partir des « critères » suivants : « *fréquence, gravité, caractéristiques de la population concernée, rapport en coût et efficacité des mesures permettant de le prévenir ou de le traiter, tous éléments qu'il est possible de quantifier*⁷ » (Fassin, 2008 [2005] : 29).

Néanmoins, d'après Fassin, même si la santé publique s'appuie sur ces critères objectifs, les problèmes de santé publique ne sont pas un fait de nature mais une construction sociale. En effet, un problème de santé apparaît et est reconnu plutôt qu'un autre parce qu'il est non seulement mis en exergue par les instruments de mesure, mais il est aussi identifié et rendu visible par la mobilisation de professionnels de santé et des communautés (Fassin 2001) (Desclaux 2001). De plus, la santé publique se caractérise par son mode de gestion de la santé des populations. Elle consiste à intervenir auprès des populations d'une part en termes d'accès aux soins, d'application et de respect de normes qu'elle a définies et prescrites, et de planification. Elle agit d'autre part, par la diffusion de mesures préventives et de promotion sanitaire à travers notamment l'éducation pour la santé (Hahn et Inhorn 2009). La santé publique revêt également une dimension politique dans la mesure où elle participe à la gestion des populations et aux décisions de l'Etat en matière de politiques sanitaires (Fassin 2008 [2005]).

Par ailleurs, la santé publique s'inscrit désormais dans un contexte globalisé⁸ où les disparités de richesse, les problèmes de santé transcendent le national et les autres

⁶ Avec son cursus de « spécialisation professionnelle » et ses institutions spécifiques (Fassin 2008 : 10).

⁷ Se référant aux travaux de Desrosières (Desrosières 1993), Fassin considère que l'approche populationnelle de la santé est issue d'une « révolution cognitive » au XVIII^e siècle qui marque « *[L]e passage d'une conception du singulier à une étude de la population. Penser en termes statistiques, c'est en effet donner à chaque personne la même valeur dans un système de comptage permettant de calculer ensuite des valeurs moyennes ou normales, des taux de natalité ou de mortalité, une espérance de vie ou un indice de fécondité* » (Fassin 2008 [2005] : 26).

⁸ « *La globalisation désigne précisément l'extension mondiale du capitalisme dérégulé et délocalisé, c'est-à-dire du « système de production », « de travail » et « de consommation »* » (Hours 2001 : 12).

formes de frontières administratives (Farmer 2013 : xv). Pour Fassin, la santé devient un « fait social global » selon 3 perspectives. Premièrement, il y a une imbrication entre les relations économiques politiques internationales et les problèmes de santé dans le sens où celles-ci ont un réel impact sur les déterminants de santé. Deuxièmement nous assistons à « *une circulation mondiale des modèles en termes de représentations et de pratiques [qui] constituent un référentiel global* ». Fassin précise que ces « *schèmes [sont] produits par des communautés médicales, scientifiques et politiques au niveau international* ». Troisièmement la santé est devenue un enjeu parmi les Etats à l'échelle internationale, nationale et locale (Fassin 2001 : 30). On assiste selon Hours à « *un début de gestion planétaire des pathologies* » (Hours 2001 : 12). On est ainsi passé de la santé publique à la santé globale. Ce passage se vérifie d'autant plus dans les pays du sud qui voient l'intervention et les prescriptions chez eux de multiples organisations internationales en matière de santé. Ce qui nécessite de la part de ces Etats, « *l'observance de normes de plus en plus homogènes, appliquée par des prescripteurs de plus en plus déterritorialisés* » (Hours 2001 : 15). Selon Hours, ces normes prescrites au niveau international « *négligent ou interprètent mal les contraintes et les usages locaux* » (Hours 2001 : 15). De plus, d'après Fassin, l'homogénéisation se fait de manière inégale dans le sens où des parties du monde subissent un accroissement des disparités économiques et une restriction en terme de déplacements qui ont des effets locaux (en termes de « coût humain » et de productions culturelles locales⁹) que l'anthropologie est en mesure d'étudier et analyser (Fassin 2001).

Ainsi, la santé publique comme dispositif d'intervention et comme « science », repose sur une approche populationnelle et quantitative des problèmes de santé, où l'épidémiologie, les sciences de la communication et de l'éducation sont les principales disciplines qui lui sont associées. Comme le souligne Hours, cette approche a tendance à désincarner le sujet « *qui doit s'identifier à des probabilités* » (Hours 2001 : 10). En outre, les problèmes de santé se complexifient dans un contexte globalisé. D'où l'intérêt d'une approche transdisciplinaire qui inclut l'anthropologie médicale (Hahn et Inhorn 2009) (Pfeiffer et Nichter 2008).

2. Santé publique et anthropologie

« *Public health needs anthropology to be maximally effective* » (Hahn et Inhorn 2009 : 5).

Kendall rappelle que les institutions sanitaires internationales¹⁰ « *comptent aujourd'hui plusieurs dizaines, sinon des centaines [d'anthropologues]* » et

⁹ Fassin fait référence à la « production de la localité » développée par Appadurai (Appadurai 1996) ; celle-ci apparaît face à « l'imposition d'une culture à vocation universaliste » et qui aboutit en retour à des réactions de type religieux, ethnique et identitaire (Fassin 2008 [2005] : 27).

¹⁰ Il cite l'OMS, l'USAID, le CDC de l'Office International Health (Kendall 2009 : 159).

désormais, « *presque tous les grands problèmes de santé ont leurs anthropologues* » (Kendall 2009 : 159 ; 160). Selon lui,

« [C]ette reconnaissance accrue reflète à la fois la plus grande diffusion des grandes théories de l'anthropologie, et la nécessité pour les acteurs des programmes de santé publique de mieux connaître les populations et les communautés visées » (Kendall 2009 : 159).

Hahn et Inhorn soulignent en effet que l'anthropologie médicale fait partie des approches constitutives de la santé publique, en tant que discipline qui examine les différents aspects de la vie sociale humaine, en particulier les interrelations entre société, culture et biologie ainsi que la maladie et ses traitements (Hahn et Inhorn 2009). Selon ces auteurs, l'anthropologie médicale par ses méthodes, permet une approche plus compréhensive des problèmes de la santé publique par la description et l'analyse du contexte social, culturel, historique et socio-économique. De plus, en tant qu'anthropologie appliquée (l'un des domaines de l'anthropologie médicale), elle conçoit des interventions de santé publique, évalue sur le terrain les initiatives de la santé publique. Certains outils relevant des méthodes qualitatives ont ainsi été élaborés et adaptés pour des études de terrain sur des temps plus courts que ceux qui sont généralement dévolus à l'enquête ethnographique. Enfin, une approche anthropologique critique des politiques de santé publique permet de mettre en exergue en particulier les conséquences des politiques néolibérales et de la privatisation des services de santé (Hahn et Inhorn 2009 : 6-7). De nombreux anthropologues s'accordent pour considérer qu'il existe une anthropologie *de* la santé publique (qui s'intéresse à la construction sociale des interventions et des savoirs en santé publique, souvent de manière critique) et une anthropologie *dans* la santé publique (qui vise à en améliorer les interventions pour les rendre plus efficaces).

Selon Pfeiffer et Nichter, les anthropologues (du champ de l'anthropologie médicale critique), dans leur rôle traditionnel de « cultural broker » occupent aussi une position privilégiée par rapport aux autres professionnels de la santé publique pour documenter et contextualiser autant l'efficacité des services de santé que leur impact sur la vie des individus (Pfeiffer et Nichter 2008 : 412). Selon ces mêmes auteurs, l'implantation des anthropologues sur le terrain, la méthode ethnographique (orientée sur le système de santé et les communautés) qu'ils utilisent, les champs qu'ils étudient tels que l'organisation sociale et la répartition des ressources, sont autant des caractéristiques du travail en anthropologie médicale nécessaires aux interventions en santé publique. Les anthropologues sont ainsi en mesure de fournir des informations sur les contextes à risques (maladies, interaction entre différents problèmes sanitaires). Ils facilitent les interventions en situation de crise sanitaire en donnant les clés pour établir une communication basée sur la confiance, mobiliser des réseaux sociaux locaux, et décrypter des relations de pouvoir au niveau local (Pfeiffer et Nichter 2008 : 412-413).

En définitive, l'anthropologie médicale contribue à humaniser l'approche « comptable » de la santé publique (Hahn et Inhorn 2009 : 30). Dans le contexte

actuel de la santé globale, elle vient rapporter « *[the] multiple dimensions of the human experience, including the voices of those whose lives are affected by global processes* » (Pfeiffer et Nichter 2008 : 413). De même, elle permet de comprendre ce que représente le fardeau de la maladie pour les individus et les foyers (Pfeiffer et Nichter 2008 : 413).

Cette thèse en santé publique s'appuie sur une approche anthropologique qui entend contextualiser les problèmes de santé publique, - en particulier ceux ayant trait à la procréation en Afrique subsaharienne -, informer sur ses pratiques mais aussi interroger et discuter ses politiques.

3. Approches du risque en anthropologie et santé publique

L'analyse des interventions de santé a montré que les personnes les premières concernées par un risque sanitaire en ont une perception aiguë, pertinente notamment en termes de hiérarchisation des risques en contexte de risques multiples, et d'appréhension des risques dans leur environnement (Peretti Watel 2004). Aussi, à l'interface entre approches par la biomédecine et par les populations, la notion de risque repose sur deux conceptions différentes. Dans sa définition courante, le risque est assimilé au péril, à la menace, au danger, à l'incertitude. Il est « *la conséquence aléatoire d'une situation, mais sous l'angle d'une menace, d'un dommage possible* » (Le Breton 2012 : 1). En sciences de la santé, il est abordé par les épidémiologistes comme un dommage quantifiable assorti d'une probabilité.

« *[L]e risque [est] considéré comme la probabilité d'une issue sanitaire défavorable ou comme un facteur qui augmente cette probabilité* » (OMS 2002 :13).

Cette probabilité se décline sous plusieurs « types » :

- « *la probabilité d'apparition de l'agent dangereux;*
- *la probabilité d'exposition à l'agent dangereux;*
- *la probabilité d'observer des effets négatifs sur la santé d'une population après l'exposition à l'agent dangereux* » (Cortin et al. 2016 : 10).

Ainsi le risque en santé publique est attesté « *si deux éléments sont réunis* » :

- « *Il y a ou pourrait y avoir des conséquences négatives sur la santé humaine.*
- *Le risque touche la santé d'une population* » (Cortin et al. 2016 : 10).

En sciences sociales, le risque est considéré comme un danger socialement sélectionné, filtré et interprété sur la base de représentations (Kermisch 2010). Sa perception dépend du rapport qu'entretient l'individu avec son destin personnel et avec le monde (Bourdin 2003). Parallèlement aux logiques probabilistes de l'épidémiologie et de l'évaluation coût/bénéfice/risques des économistes, l'approche du risque par les sciences sociales considère le rapport au risque comme un construit social (Kermisch 2010) (Peretti-Watel 2003).

L'approche du risque par les sciences sociales peut être résumée au travers des notions suivantes : pour qu'un risque soit reconnu et perçu à large échelle, il doit d'abord passer par un processus de reconnaissance sociale (Beck 2001). Les travaux de Douglas, qui sont une référence dans ce champ, ont mis en évidence le rôle des valeurs culturelles (préférences, croyances et systèmes cognitifs) et de l'organisation sociale dans l'appréhension du risque (Douglas et Wildavsky 1982). Quant à la perception du risque, elle est appréhendée comme un processus social qui se réfère à la fois au jugement des individus et à l'évaluation des dangers auxquels ils sont exposés (Kermisch 2010). Cette perception est liée à la position sociale de l'individu dans sa communauté d'appartenance et aux valeurs culturelles partagées qui contribuent à renforcer la cohésion du groupe (Douglas et Wildavsky 1982) ; elle diffère selon qu'elle émane des experts ou des profanes. Des études en psychologie ont mis en évidence dans la perception profane certains déterminants qui influent sur l'acceptabilité du risque ; celle-ci est fonction de son ampleur, son origine, son caractère contrôlable ou non, ses effets immédiats ou futurs (Slovic 2000). Le rapport au temps (Douglas, Calvez, et Robert 2012) et le rôle de la confiance (Kermisch 2010; Slovic 2000) importent également dans la perception du risque.

Selon Peretti Watel, ces multiples dimensions sont occultées dans la médecine préventive qui omet de prendre en compte d'une part, ces facteurs environnementaux au sens large - considérant l'individu comme un « décideur autonome » -, et d'autre part, le sens qu'il donne à ses actes (Peretti-Watel 2004). De plus, dans un contexte de risques multiples, les individus ont tendance à opérer un arbitrage et une priorisation des risques basés sur des valeurs qui peuvent être en contradiction avec celles véhiculées par les messages préventifs (Peretti-Watel et Moatti 2009).

Les politiques internationales de santé de la mère et de l'enfant s'appuient sur une approche quantitative du risque autour de la procréation, basée sur la notion de facteurs de risques biomédicaux, socio-économiques et culturelles mesurables (barrière d'accès aux soins et pratiques culturelles considérées comme dangereuses). Ces politiques ont été critiquées car elles véhiculent une vision standardisée de l'expérience de la procréation chez les femmes des pays du Sud (Allen 2009) et des risques qu'elles encourent avec leur bébé. Elles considèrent ainsi ces femmes comme des « décideurs autonomes » qui auraient toutes la même perception de la procréation et des risques qui l'entourent, quels que soient leur appartenance sociale et leur inscription familiale. L'analyse notamment de Peretti-Watel et Moatti (2009) conduit à penser que cette approche du risque par les politiques de santé est insuffisante pour lutter efficacement contre les décès et les maladies des mères et de leurs nouveau-nés. Cette approche ne permet pas de tenir compte de la réalité sociale et des aspects environnementaux, au sens large, qui influent sur la perception des risques des femmes et de leur entourage. Cette insuffisance entraîne des décalages entre les risques identifiés et les mesures

mises en œuvre par les politiques de santé d'une part, et les risques perçus par les femmes et leur entourage d'autre part (Peretti-Watel et Moatti 2009). Une approche plus large des risques, partant de la situation et du point de vue des femmes, paraît indispensable pour améliorer la pertinence des mesures de santé publique concernant la santé de la mère et de l'enfant.

Pour aborder ces différents aspects, on s'appuiera sur la notion développée en santé publique sous le terme « besoins de santé », qui distingue des besoins *objectifs* (correspondant à l'écart entre l'état de santé et une norme idéale de santé), et des besoins *subjectifs* ou *perçus* (par des individus ou des populations dans un contexte précis) (Cases et Baubeau 2004). Bien que la notion de norme en santé publique semble assez relative et contextuelle, les besoins objectifs sont généralement identifiés par les experts des systèmes de soins, et les besoins subjectifs sont généralement considérés comme dépendant des perceptions individuelles et collectives davantage que de faits attestés. En transposant cette notion aux perceptions du risque et en l'appliquant à la santé des mères et des enfants, nous espérons pouvoir montrer que les perceptions subjectives des femmes pourraient permettre d'identifier des problèmes de santé objectifs.

II. QUESTIONS DE RECHERCHE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS

1. Questions de recherche

Les principales questions de recherche sont les suivantes, concernant la situation observée à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) :

Question 1. Quels sont les risques perçus par les femmes autour de la procréation ? Sur quels éléments subjectifs et objectifs se fondent ces risques ? Autrement dit, dans quelle mesure les risques perçus sont-ils attestés ?

Question 2. Quelle place occupe la transmission du VIH de la mère à l'enfant parmi ces risques ? Le risque VIH, et d'éventuels autres risques perçus, sont-ils abordés sous leur aspect biologique ou sous leur aspect social ? Quelle est l'expérience des femmes concernant ces risques ?

Question 3. Les risques perçus par les femmes sont-ils en phase avec ceux mis en avant par les programmes de santé publique, notamment les stratégies de santé maternelle et néonatale et PTME ?

2. Hypothèses

Hypothèse 1. Les programmes de santé publique ont diffusé, au cours des trois dernières décennies, des informations préventives principalement sur l'importance du suivi de la grossesse et des accouchements dans les structures de soin pour prévenir et gérer les complications de l'accouchement, et le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pouvant être réduit par la stratégie de PTME. La première hypothèse est que ces notions sont appropriées par les femmes, les obstacles à l'application de ces mesures étant désormais dûs aux limites de leur accessibilité plutôt qu'à l'insuffisance des connaissances des femmes.

Hypothèse 2. Les femmes, dont le travail quotidien est sous-considéré dans les stratégies de santé publique, sont soumises à des risques qui pourraient ne pas être pris en compte par les institutions sanitaires.

Hypothèse 3. Les priorités des interventions de santé publique pourraient ne pas correspondre aux risques les plus importants du point de vue des femmes.

3. Objectifs de la recherche

Objectif 1. Décrire les principaux risques perçus par les femmes de Bobo-Dioulasso autour de la procréation et préciser les éléments subjectifs et objectifs sur lesquels se fondent ces risques.

Objectif 2. Décrire et analyser la place qu'occupe la transmission du VIH de la mère à l'enfant parmi ces risques, en la situant par rapport au risque VIH, en précisant l'expérience des femmes concernant ces risques, dans leur dimension sociale et biologique.

Objectif 3. Comparer la place accordée à divers types de risque dans les perceptions et l'expérience des femmes d'une part, dans les interventions de santé publique d'autre part, pour identifier des recommandations qui permettront d'accroître les chances d'atteindre l'ODD3.

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET SITE D'ETUDE

Dans ce chapitre, on présentera successivement le contexte institutionnel et le cadre de la recherche, l'enquête ethnographique, le terrain à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), des compléments sur les méthodes et les difficultés et limites rencontrées sur le terrain.

1. Contexte institutionnel, cadre règlementaire et éthique de la recherche

J'ai effectué ma recherche sous contrat doctoral¹¹ à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) situé à Montpellier, dans le laboratoire du Pr Delaporte, l'Unité Mixte Internationale 233 TransVIHMI, au sein de l'équipe « Cultures locales, Santé globale ». Mon étude de terrain au Burkina Faso, en Afrique de l'Ouest, s'est déroulée sous la forme de plusieurs missions de 6 mois maximum, selon la réglementation en vigueur à l'IRD. Dans le cadre d'une convention passée avec l'institut¹², j'ai été accueillie pendant la durée de mon travail de terrain, au Centre Muraz¹³, institut de recherche burkinabè en santé, implanté à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. J'ai intégré le Département de Santé Publique dirigé, à l'époque, par le Pr Jean Testa, et plus précisément l'Equipe Sociétés et Santé (ESS) qui est sous la responsabilité du Dr Abdramane Berthé.

Par ailleurs, comme ma recherche s'est intéressée à des problématiques de santé, j'ai dû me conformer aux règles auxquelles est soumis l'accès au terrain au Burkina Faso. J'ai ainsi déposé un protocole de recherche auprès du Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé¹⁴, structure du Ministère de la Santé, qui m'a délivré un avis favorable¹⁵. Sur le plan régional, la Direction Régionale de la Santé (DRS) des Hauts-Bassins m'a délivré une autorisation le 24.02.2015, me permettant de réaliser mon travail de terrain dans les centres de santé à Bobo Dioulasso et dans la région, plus précisément dans le district de Dandé. Au niveau local, la direction du CHU de Bobo-Dioulasso m'a autorisée le 10.03.2015 à mener ma recherche au sein de son établissement, dans le service de néonatalogie après accord du chef de service. J'ai obtenu l'autorisation pour le service de la maternité plus tardivement, en février 2016, parce que j'en ai fait la demande en octobre 2015 et celle-ci a été égarée à deux reprises. J'ai également reçu un avis favorable le 24.02.2015 de la part du

¹¹ Financé par une bourse doctorale de 3 ans par l'Agence Nationale de la Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS).

¹² L'IRD est une structure de recherche française au nord qui appuie les instituts de recherche du Sud. C'est pourquoi, le cadre institutionnel de l'IRD implique pour le chercheur en mission au sud d'être accueilli dans un institut de recherche local en passant une convention d'hébergement avec celui-ci

¹³ Dirigé à l'époque par le Pr Nicolas Meda devenu ministre de la Santé du Burkina Faso, remplacé à la tête du Centre Muraz par Dr Hervé Hien peu avant mon départ définitif.

¹⁴ Ce comité est en lien avec le Ministère de la Santé du Burkina Faso.

¹⁵ Avis éthique n° 2014-12-140 du 03.12.2014

Comité de Veille Associative (COVA), l'instance consultative mise en place à la Maison des Associations de Lutte contre le VIH/sida (MAS) à Bobo-Dioulasso. Celle-ci donne un avis sur les recherches réalisées auprès des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) issues des associations. Elle veille à ce que le chercheur soit accompagné par un témoin, respecte la confidentialité et l'anonymat des personnes interviewées, restitue les résultats de l'enquête auprès des associations et informe régulièrement la MAS sur les communications s'y rapportant.

C'est pourquoi deux femmes témoins, membres d'une association de PvVIH, m'ont accompagnée pendant l'enquête en milieu urbain. Nous avons déjà travaillé ensemble au cours d'une étude précédente. Elles sont venues à tour de rôle sur le terrain non seulement auprès des femmes séropositives de l'association mais également pour la plupart des entretiens ou des situations qui nécessitaient une traductrice. Plus que des témoins ou encore des traductrices, elles ont été aussi des informatrices précieuses en me donnant des clés de compréhension et en partageant leurs propres expériences.

2. Une approche ethnographique

« Revendiquer la dimension empiriste pour une pratique comme l'ethnographie, c'est d'abord reconnaître que, dans les conditions où elle s'exerce, les matériaux et les opérations qui lui reviennent comportent nécessairement une dose d' « impureté », c'est-à-dire d'inadéquation aux contraintes de validité et d'objectivation scientifique. [...] « [U]ne ethnographie qui, par fidélité à un modèle de rigueur trop fort, refuserait cette dimension et prétendrait à la pureté, mutilerait ses possibilités de découverte et s'interdirait de multiples opérations » (Anderson et al. 2013).

Cette recherche s'appuie sur une enquête ethnographique de longue durée (20 mois) réalisée sous la forme de plusieurs missions successives au Burkina Faso qui se sont déroulées comme suit :

Une mission de préparation du terrain du 12 au 23 novembre 2014, écourtée à cause des événements politiques dans le pays. Puis 4 autres missions ont suivi, du 09.02 au 09.06.2015 (4 mois) ; du 09.10.2015 au 08.04.2016 (6 mois) ; du 29.04 au 04.09.2016 (4 mois) ; du 23.09 au 03.04.2017 (6 mois).

Pour mener mon enquête sur le terrain, j'ai adopté une approche compréhensive et exploratoire qui impliquait une démarche d'ouverture à la fois dans la manière de se saisir du terrain mais aussi dans celle de construire mes méthodes comme le développe Van der Maren à ce propos :

« [D]ans le cas de la recherche exploratoire, il est essentiel, si l'on souhaite découvrir de nouvelles choses, d'être ouvert à ce qui va se présenter, d'avoir un esprit et une approche ouverte, disponible à l'accueil de l'imprévu. En conséquence, si la démarche est ouverte et si, comme c'est très souvent le cas, la richesse de l'univers perturbe nos anticipations, la

planification de la recherche devra être modifiée, parfois à plusieurs reprises, et elle ne pourra être fixée et décrite qu'une fois la démarche terminée » (Van der Maren 2011 : 9).

Mon approche s'est basée sur l'immersion dans le terrain. J'entends par immersion ce que Olivier de Sardan appelle « *l'insertion dans le milieu* » et qu'il nomme encore « *l'observation participante* » (Olivier de Sardan 2008 : 48). Il la définit comme « *un bain ethnographique* » dans lequel le chercheur, par sa présence sur le terrain d'enquête, observe, vit des situations d'interactions, et opère des recensions. Il peut alors consigner toutes ces expériences dans des carnets de terrain ou des fichiers informatisés et constituer ainsi son corpus de données auquel s'ajoutent les données recueillies à travers les entretiens (Olivier de Sardan 2008 : 48-49). Par ailleurs, cette « *imprégnation* » du chercheur est également régie par des interactions quotidiennes permanentes dans le milieu où il vit. Celles-ci ne sont pas systématiquement des données de terrain en tant que telles. Ces situations données à vivre sont néanmoins autant d'expériences, d'occasions d'entrer en relation avec l'autre, de comprendre les usages et codes sociaux du milieu environnant, de comprendre les conversations et saisir les préoccupations du moment (Olivier de Sardan 2008 : 52-53).

Je me suis ainsi immergée dans le milieu en m'installant pour la durée de l'enquête à Bobo-Dioulasso où j'ai vécu au quotidien avec les allers-retours requis et nécessaires en France. Mon objectif était de trouver une place juste afin d'être au plus près de mon sujet de recherche, des habitants, de susciter les rencontres et les échanges, d'établir des liens de confiance avec mes interlocuteurs et de recueillir ainsi leurs paroles et des « *morceaux de réel* » (Olivier de Sardan 2008 : 50). Ce temps long m'a permis une imprégnation progressive dans le milieu médical mais aussi dans certains quartiers et domiciles. Ma présence régulière, mes passages dans les familles, pour les saluer ou encore participer à un événement (funérailles, baptême, fêtes religieuses par exemple) sont des opportunités d'observations mais également d'échanges moins formalisés que la situation d'entretien plus cadrée.

Adoptant l'immersion comme approche du terrain, j'ai beaucoup marché, circulé à vélo, à moto, en taxi, et pratiqué les transports en commun, notamment les cars et les taxis brousse. Ces aspects que je considère aussi comme des positionnements méthodologiques m'ont permis d'être en lien avec ces morceaux de réel et ont favorisé les contacts humains. Ainsi, venir à moto dans le non loti ou dans les villages, plutôt qu'avec un véhicule, peut apparaître comme un détail, mais en réalité, cela a contribué à lever une part d'ambiguïté à propos de ma présence sur le terrain. Cette ambiguïté reposait sur une possible identification par les populations avec des agents des programmes de développement, souvent considérés comme un apport potentiel de revenus pour la communauté.

Je me suis ainsi saisie des situations et des interactions vécues tout au long de ma recherche, les considérant comme étant autant de données de terrain à recueillir. Il s'agissait de « *laisser parler le terrain* ». Autrement dit, dans cette approche

inductive et itérative, le terrain a dicté la méthodologie non seulement dans la manière de recueillir les données, mais aussi dans la construction de la problématique et la reformulation des questions. Ce travail constitue un aller-retour permanent entre le terrain et la problématique en cours. Il s'est aussi construit en fonction des rencontres, des opportunités qui se présentaient, et des adaptations nécessaires. Comme le rappelle Olivier de Sardan, « *la dynamique de l'enquête suscite son propre cheminement* » (J.-P. Olivier de Sardan 2008).

Mon corpus de données est également composé d'entretiens et d'observations de contexte. Une partie a été recueillie en milieu urbain, en particulier dans les structures sanitaires, les domiciles, et sur certains lieux de travail des femmes. L'autre partie a été constituée en milieu rural, dans les concessions et dans les champs.

Pour débiter mon travail à Bobo Dioulasso, je me suis appuyée sur mes connaissances antérieures issues du terrain, ce qui a influencé la manière dont j'ai appréhendé et commencé cette recherche.

3. Le terrain de l'enquête à Bobo-Dioulasso et sa région au Burkina Faso

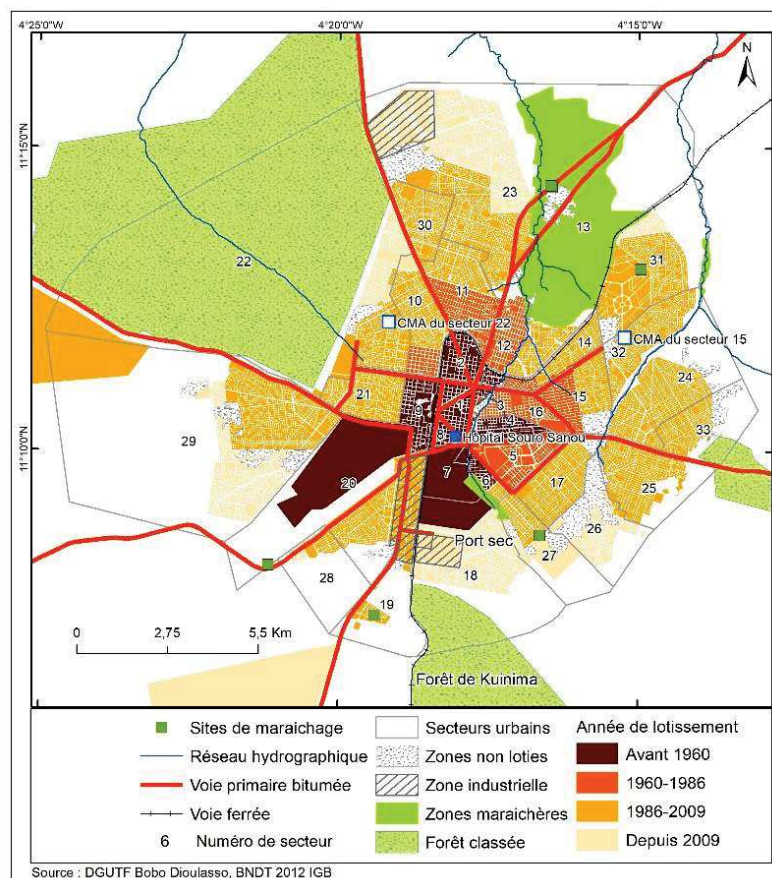


Figure 2. Carte de Bobo-Dioulasso, 2018 A. Nikiema

Mon terrain de recherche s'est principalement tenu à Bobo-Dioulasso et sa région, dans un rayon d'une trentaine de kilomètres. Bobo-Dioulasso¹⁶ se situe au sud-ouest du Burkina Faso, à 365 km de la capitale Ouagadougou. Ville précoloniale, située sur des axes historiques d'échanges importants de l'Afrique de l'Ouest¹⁷, elle a toujours été considérée comme un carrefour économique et commercial. Pendant la période coloniale, Bobo-Dioulasso a développé son territoire à partir de Sya qui appartient aujourd'hui à la vieille ville¹⁸. Actuellement, Bobo-Dioulasso compte 7 arrondissements, 33 secteurs et 36 villages qui lui sont rattachés. Elle est la deuxième ville du pays avec une population estimée en 2012 à 813 610 habitants (INSD 2017) .

Bien que la langue officielle au Burkina Faso soit le français, « *[l]e dioula¹⁹ est la langue première ou seconde de la majorité des habitants de Bobo Dioulasso* » (Werthmann et Sanogo 2013 : 17). On retrouve d'autres langues dans cette ville mais pas dans une aussi large proportion que le dioula.

Ma recherche m'a amenée dans plusieurs secteurs de Bobo-Dioulasso, au domicile des femmes habitant dans des zones loties (quartiers populaires ou plus résidentiels et plus récents) et non loties. Ma présence dans le milieu rural s'est révélée néanmoins plus difficile et restreinte, étant donné les consignes sécuritaires qui ont été posées par l'ambassade de France au cours de l'étude. J'évoquerai cette difficulté quand j'aborderai la dimension réflexive de l'enquête.

Je me suis rendue également sur quelques lieux de travail, en l'occurrence ceux situés aux abords de l'une des deux zones industrielles implantées à Bobo-Dioulasso.

3.1 Le non loti

J'ai circulé dans 3 quartiers *non lotis*, au gré des rencontres avec les femmes. J'en ai investi un plus particulièrement grâce à l'une des femmes témoins qui y réside. Elle m'avait déjà présenté son quartier en 2013, au cours de ma précédente étude. Une familiarisation réciproque avec ce quartier s'est instaurée, basée sur le temps long de ma présence et une certaine régularité de mes visites ; ce qui m'a permis de mieux appréhender ces territoires « *invisibles sur les cartes* » (Robineau 2014 : 9) et rencontrer les habitants de cette zone, dont certaines femmes à partir desquelles j'ai mené une part de mon enquête. C'est dans ce contexte que j'ai

¹⁶ Le nom de la ville signifie en langue dioula « la maison des Bobo et des Dioula ».

¹⁷ Axes reliant la Côte d'Ivoire, le Mali et le Ghana.

¹⁸ Constituée de 4 villages Kunima, Tounouma, Bindougouso, Kibidoué (Dioulassoba) devenus des secteurs dans la configuration actuelle de la ville.

¹⁹ Le dioula appartient aux langues mandés, que l'on retrouve dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest (Werthmann et Sanogo 2013).

découvert ce que j'ai dénommé « le sous prolétariat féminin » auquel je me suis intéressée et qui fait partie des éléments de contextualisation que je développerai dans la troisième partie de ce travail.

Bobo-Dioulasso compte plusieurs de ces zones qui sont appelées plus communément les *non lotis*. Ce sont des quartiers « *d'habitats dit spontanés* » ou « *informels* ». Robineau définit le *non loti* comme « *la ville « illégale et informelle », créée en dehors de la procédure officielle de production d'espaces bâtis* » (Robineau 2014 : 5). Elle relève certains éléments qui les caractérisent : « *l'habitat n'est pas planifié, il n'y a pas d'adduction d'eau ni d'électricité, pas de rues bitumées, et il y a une absence d'officialisation de l'occupation des terrains. L'habitat est majoritairement construit en terre. On retrouve les zones non-loties presque tout autour de la ville, en limite des zones loties* » (Robineau 2014 : 5). Le *non loti* où j'ai passé beaucoup de temps jouxte à la fois la campagne et une zone lotie qui fait partie de ce que nomme Robineau « *[la] ville « légale » [qui] se construit selon les règles officielles [...] [et qui] est sous le périmètre d'intervention du pouvoir public* » (Robineau 2014 : 5). Le *non loti* est une composante importante de la ville puisqu'elle peut concentrer jusqu'à 50% de la population urbaine dans les villes africaines, selon Robineau qui cite un rapport de l'ONU-Habitat de 2008 (Robineau 2014 : 2).

Le *non loti* dans lequel j'ai mené une partie de mon enquête de terrain est très étalé, et éloigné du centre-ville. Il ne possède aucune infrastructure publique, ni école, ni structure sanitaire. Quelques écoles privées et bâtiments religieux sont en revanche implantés. Les constructions désordonnées ne répondent à aucun plan d'urbanisme. Au cours de ma recherche, j'ai pu observer comment des habitations étaient érigées, obstruant les voies de circulation, ne disposant d'aucun système d'égout. De plus, l'accès à l'eau dans cette zone est limité à quelques puits qui se tarissent pendant la saison sèche et à deux bornes fontaines disséminées dans la zone, auprès desquelles les populations (en général les femmes et les enfants) se ravitaillent en eau (60 FCFA le litre d'eau, 10 cts d'euros) en remplissant des citernes ou des bidons, comme sur les photos ci-après (figures 3 et 4).



Figure 3. Puits dans un *non loti*, 2016 Servais



Figure 4. Borne fontaine dans un *non loti*, 2016 Servais

Dans ce quartier, une multitude d'activités économiques informelles sont entreprises à petite échelle (commerces de proximité, production alimentaire variée) comme sur la photo ci-après (figure 5).



Figure 5. Petit commerce de condiments, 2016 Servais

Comme le relève Robineau le *non loti* représente « un sas » pour accéder d'une part à la ville, en particulier pour les populations qui migrent de la campagne vers le milieu urbain. Certaines des femmes rencontrées venaient effectivement du milieu rural avant de s'installer en ville. D'autre part, il permet pour les familles qui n'ont pas les moyens de vivre dans les zones loties d'accéder à un logement ainsi qu'à des parcelles à des prix plus bas (Robineau 2014).

3.2 Les structures de santé

Les structures sanitaires en milieu urbain ont été également un terrain privilégié de l'étude pour comprendre le contexte des soins de santé autour de la procréation qui relèvent des politiques de santé de la mère et du nouveau-né. J'ai ainsi appréhendé les conditions sanitaires de la prise en charge des femmes enceintes, et d'exercice des professions de santé dans le domaine de la procréation.

Par ce biais, j'ai pu également entrer en relation avec des femmes enceintes et leur entourage, ainsi que des professionnels de santé (infirmiers, maïeuticiens, sages-femmes, stagiaires de ces professions, accoucheuses, agents de santé communautaire, médecins, internes en médecine).

J'ai réalisé des observations de contexte dans les services de maternité et de santé maternelle et infantile (SMI) dans chacun des 3 échelons de la pyramide sanitaire ainsi que dans l'unique service de néonatalogie de la région au moment de l'étude. J'ai ainsi mené une partie de l'étude dans un Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) et dans un hôpital universitaire.

J'ai alterné mes temps d'observation entre les différentes structures sanitaires. J'ai programmé des périodes en général d'une semaine, du lundi au vendredi mais uniquement en matinée (jusqu'à 13h environ) pour chaque site. J'ai néanmoins passé très peu de temps au CMA par rapport au CSPS et l'hôpital.

Je suis également restée lors de deux gardes de nuit. J'ai assisté aux consultations prénatales et postnatales, aux accouchements. J'ai pu circuler dans les services, suivre les visites matinales des médecins auprès des femmes, et participer à des séances de monitoring et à certains staffs sur proposition des responsables des services concernés²⁰. Au sein de l'hôpital, j'ai commencé dans un premier temps par des observations en néonatalogie, puis j'ai poursuivi dans un second temps dans les services de la maternité. Je ne suis pas allée au bloc opératoire, j'ai décliné la proposition des responsables.

3.3 Les lieux de travail des femmes

Suite aux entretiens avec certaines femmes et des observations concernant des activités au cours de l'étude²¹, je suis allée sur quelques lieux pour observer et comprendre les conditions de travail qu'elles m'avaient décrites. Je n'ai cependant pas suivi de femmes dans leur activité parce que cela aurait nécessité de passer beaucoup plus de temps sur ce terrain, à proximité et sur les sites, afin que les responsables ainsi que les femmes se familiarisent avec ma présence, sans savoir comment celle-ci serait reçue. J'ai réalisé par conséquent uniquement des observations lors de visites ponctuelles²² où j'ai pu parfois échanger avec les femmes et prendre des photos. Néanmoins, les conditions d'observation étaient difficiles (chaleur, poussière²³) et certaines activités étaient sous surveillance. Dans l'un des cas observés, où les femmes tamisaient le sésame, celles-ci travaillaient dans l'enceinte d'un entrepôt, matérialisé par une grande cour clôturée, et gardé par un homme chargé de la sécurité du site. Nous avons pu visiter le site avec l'accord du responsable. Cependant le garde nous a accompagnées tout au long de la visite, ce qui ne nous permettait pas d'engager la discussion avec les femmes sur place. De plus, je n'ai pas été autorisée à prendre de photos, si ce n'est de très loin, en dehors de l'enceinte.

J'ai complété mon recueil de données concernant le travail des femmes avec certaines d'entre elles à leur domicile, au cours de *causeries* ou d'entretiens individuels. Ces échanges uniquement dévolus à ce sujet m'ont permis de reconstituer de manière assez précise la nature et le cadre des activités ainsi repérées.

²⁰ Je n'en avais pas fait la demande et j'ai toutefois accepté. Cela m'a permis notamment d'avoir des clés de compréhension concernant la situation de certaines femmes hospitalisées.

²¹ Comme celles des tamiseuses de coton sale sur lesquelles je reviendrai dans la troisième partie.

²² J'ai fait plusieurs visites auprès des tamiseuses de *coton sale* dont une a été organisée par l'une des femmes témoins qui m'accompagnait, à partir d'une de ses connaissances qui travaillait elle-même sur le lieu. Cela a permis une meilleure introduction et des échanges avec quelques travailleuses.

²³ Renvoyant de ce fait aux conditions de travail subies par ces femmes.

3.4 Le milieu rural

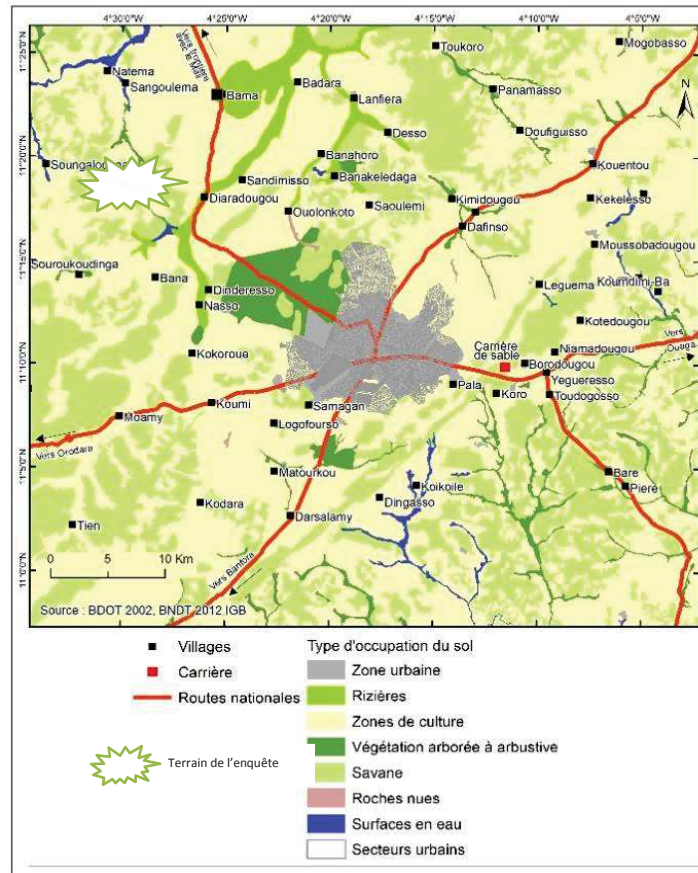


Figure 6. Carte de la région de Bobo-Dioulasso, 2018 A. Nikiéma

Pour des raisons sécuritaires, je n'ai pas pu séjourner en milieu rural comme je l'avais prévu. Néanmoins, j'ai effectué une quinzaine de visites d'une journée dans un village et sa région environnante. Ce village est situé à une trentaine de kilomètres au nord-ouest de Bobo-Dioulasso en pleine zone cotonnière, non loin de la route qui mène au Mali (figure 6). J'ai fait connaissance de ce lieu ainsi que de ses habitants par l'intermédiaire d'une association communautaire burkinabè de Bobo-Dioulasso que je connais depuis plusieurs années. Celle-ci a pour spécificité d'intervenir en milieu rural. J'ai été accompagnée sur le terrain dans un premier temps par un membre de cette association. Celui-ci m'a facilité la prise de contact avec les autorités coutumières et sanitaires avec lesquelles l'association a l'habitude de collaborer. Puis un autre ami a pris le relais. Fin connaisseur de la nature et de la vie au village pour y avoir vécu et cultivé, il m'a été d'une aide très précieuse dans le décodage des pratiques en milieu rural et lors des échanges où il a servi de traducteur auprès des villageois, hommes et femmes. Nous avons également pu tisser des liens de confiance avec une villageoise (qui parlait français). Celle-ci est devenue avec le temps une informatrice précieuse et a facilité notre présence dans le village, en particulier auprès des femmes. Au fil de mes visites, j'ai pu recueillir progressivement des données variées (prises de notes,

photos, films) en procédant à des observations dans les domiciles et dans les champs, ainsi qu'à des entretiens individuels et collectifs.

Par ailleurs, des occasions m'ont été données d'aller à Ouagadougou où j'ai réalisé des observations et des entretiens en lien avec mes thématiques, notamment avec des employés travaillant dans des institutions nationales et internationales. Des visites dans les régions de Gaoua, Satiri, Safané et Banfora ont été également des opportunités d'observations et d'échanges avec les habitants en milieu rural.

3.5 Une enquête de terrain multi-située

J'ai commencé le travail de terrain sur la procréation en me focalisant au départ sur les lieux où étaient mises en application les politiques de santé maternelle et infantile. Ce qui m'a conduit à faire des observations in situ dans les structures sanitaires. Souhaitant partir de l'expérience des femmes, j'ai été amenée à les rencontrer à leur domicile, en particulier certaines qui habitaient dans les *non lotis* et menaient des activités informelles en tant que travailleuses journalières. Cette stratégie m'a ainsi amenée à une multiplication des terrains d'enquête, en l'occurrence le *non loti*, les structures de santé, certains lieux de travail et le milieu rural. J'ai ainsi mis en relation des lieux qui semblaient à première vue disparates mais qui avaient du sens si on s'attachait à l'expérience procréative des femmes. Cette mise en relation contribue en effet à mettre en évidence le risque autour de la procréation articulée à l'activité des femmes. Elle rend compte du contexte matériel dans lequel celles-ci évoluent, en particulier le contexte de travail pour les femmes pauvres en ville et les cultivatrices au village. Cette stratégie de terrain correspond à ce que Marcus a défini comme l'enquête ethnographique « *multi-située* », en anglais « *multi-sited* » dont le principe est d'investiguer plusieurs sites et de tracer des liens et des connexions entre ceux-ci : « *Multi-sited research is designed around chains, paths, threads, conjunctions, or juxtapositions of locations in which the ethnographer establishes some form of literal, physical presence, with an explicit, posited logic of association or connection among sites that in fact defines the argument of ethnography*²⁴ » (Marcus 1995 : 105).

Néanmoins, en multipliant les lieux d'investigation je me suis retrouvée face à une démultiplication de sites. Ma démarche a nécessité un effort d'organisation et de constance qui n'était pas toujours facile à tenir. C'est pourquoi, j'ai limité mes temps d'observations dans les structures de santé, en particulier dans le CMA, afin d'investiguer les autres lieux. D'autant plus, que mener des observations dans les structures de santé a été bien plus éprouvant que je ne l'avais imaginé ; ce que je développerai dans la partie réflexive de ce travail.

²⁴ « *La recherche multi-située est conçue autour de liens, de chemins, de fils, de conjonctions ou de juxtapositions de lieux dans lesquels l'ethnologue établit une certaine forme de présence littérale, physique, selon une logique, explicite et posée en principe, d'association ou de connexion entre les sites qui définit en fait l'argument de l'ethnographie* » (Marcus 1995 : 105).

4. Compléments sur les méthodes

4.1 Les observations

Lors de ma présence dans les structures sanitaires, j'ai mis progressivement en place deux méthodes d'observation dictées par le terrain. La première, définie précédemment, est l'observation participante où je me suis tenue tour à tour auprès des familles et des professionnels de santé. Selon les circonstances, j'étais simplement auprès des familles pour échanger. J'en ai accompagné d'autres dans les soins, les aidant par exemple à se retrouver dans le dédale de l'hôpital ou encore à décrypter certaines consignes. J'ai soutenu par ma présence des femmes pendant leur accouchement. Dans le CSPS, j'ai suivi des consultations à la maternité. En revanche, j'ai été mise à contribution par les professionnels de santé lors des consultations prénatales et postnatales qui accueillent un grand nombre de femmes venues consulter. J'étais ainsi d'office préposée à remplir le carnet de santé ou l'un des nombreux registres à renseigner au cours des consultations.

Toutes ces situations étaient autant de temps privilégiés d'observations, d'échanges et de prises de contacts pour d'éventuels entretiens. La présence de nombreux stagiaires des écoles de santé m'a permis d'en solliciter pour me faciliter les échanges avec les femmes qui ne parlaient pas français.

La seconde méthode d'observation, utilisée par Drabo dans sa longue immersion de 4 mois dans les hôpitaux burkinabè (Drabo 2009) est l'observation flottante théorisée par Pétonnet (Pétonnet 1982). Celle-ci consiste à se dégager de l'action et à se mettre en retrait pour avoir une vue d'ensemble de ce qui se déroule, puis consigner les observations ainsi réalisées. Selon Pétonnet, il s'agit de :

« rester en toute circonstance vacant et disponible, [de] ne pas mobiliser notre attention sur un objet précis, mais [de] la laisser « flotter » » (Pétonnet 1982 : 39).

J'ai consigné mes observations dans un carnet de terrain sur le champ ou dans la journée de manière différée selon les circonstances et les situations d'enquête.

En milieu rural, j'ai procédé à des observations dans les concessions où nous étions conviés et dans les champs.

4.2 Les entretiens

Ma recherche s'est aussi appuyée sur la conduite d'entretiens auprès des femmes ayant une expérience récente, pour la plupart, de la procréation, parmi lesquelles des femmes séropositives au VIH. J'ai également interviewé des acteurs qui interviennent autour de la procréation. J'ai ainsi mené des entretiens auprès des accompagnantes, femmes plus âgées qui peuvent être de la famille (mères, grands-mères) mais aussi du voisinage, des matrones et des professionnels de santé intervenant dans le domaine de la procréation. Par ailleurs, au fur et à mesure que

les thématiques se sont dégagées au cours de l'enquête de terrain (travail des femmes, risque toxique lié, question alimentaire, contestation du système de santé) j'ai diversifié les sources d'information. J'ai ainsi complété mon étude avec des entretiens auprès d'informateurs clés sur ces sujets.

Au début de l'enquête de terrain, je me suis appuyée sur mon réseau d'interconnaissances, construit au fil des années à Bobo-Dioulasso pour entrer en lien avec des femmes ayant accouché récemment ou avec une expérience de la maternité. J'ai repris contact avec quelques-unes des femmes qui avaient participé à l'étude que j'avais menée en 2013. Puis, en fonction des opportunités et des questionnements suscités sur le terrain, j'ai complété mon panel, notamment avec des femmes rencontrées dans le non loti et dans les structures sanitaires.

Il était nécessaire d'établir avec elles une relation de confiance sur laquelle ont reposé ensuite les entretiens. Il en a été de même avec les femmes séropositives au VIH que j'ai rencontrées par l'intermédiaire d'une association de PvVIH. Je suis venue régulièrement à l'association, j'ai passé des après-midis à échanger avec certaines femmes. Il s'est avéré que la plupart des femmes abordées avaient déjà une expérience de la PTME. Les consultations prénatales dans le CSPS ont été une occasion pour entrer en relation avec des femmes enceintes récemment dépistées séropositives au VIH et ne fréquentant pas les associations de PvVIH. Néanmoins, j'ai rencontré au CSPS peu de femmes séropositives par ce biais.

J'ai conduit en milieu urbain des entretiens approfondis (soit uniques, soit répétés) auprès de 64 femmes âgées entre 19 ans et plus de 70 ans, dont les caractéristiques sociographiques sont présentées en annexe. Parmi elles, 34 femmes avaient une expérience récente de grossesse (de moins de 4 ans) dont 23 ont accouché durant l'enquête de terrain. Je me suis basée sur un guide d'entretien souple, ouvert et évolutif. J'ai recueilli auprès des femmes ayant une expérience récente de grossesse leur expérience autour de la maternité. J'ai également interviewé des femmes séropositives au VIH qui avaient une longue expérience et d'autres dont l'expérience était récente (la séropositivité ayant été découverte lors de la CPN). Puis j'ai dégagé certaines thématiques en lien avec la question des risques que j'ai approfondie de manière plus spécifique auprès d'elles et d'autres femmes (parmi les 64 citées mais aussi au cours d'échanges informels avec d'autres femmes). Les thématiques dégagées étaient les suivantes : conditions de vie, travail des femmes, pesticides, maltraitance et contestation du système de santé, risque VIH et expérience de la maladie. Ces entretiens ont été complétés avec de nombreux entretiens informels c'est-à-dire menés de manière spontanée selon les circonstances qui se présentaient. Ces entretiens ont été consignés dans mes carnets de terrain.

En milieu rural, j'ai mené 20 entretiens collectifs et individuels auprès des villageois, hommes et femmes qui se déclinent ainsi : 9 entretiens collectifs, 6 entretiens individuels avec des cultivatrices (dont deux se sont déroulés alors qu'elles étaient au champ) et 5 entretiens avec des cultivateurs dont l'un s'est déroulé dans un

champ. Ces entretiens ont porté principalement sur le travail agricole et l'usage des pesticides.

J'ai complété mon recueil de données avec des entretiens auprès de 46 informateurs clés. Onze informateurs concernaient la thématique des pesticides au Burkina Faso : un journaliste, un metteur en scène de théâtre, 2 boutiquiers, 3 chercheurs qui travaillent respectivement sur les cultures maraîchères, le programme coton, les questions toxicologiques liées aux pesticides, 4 employés et responsables d'entreprises qui commercialisent des pesticides au Burkina Faso. 30 informateurs étaient en lien avec le domaine de la santé : 7 médecins et sages-femmes travaillant au ministère de la santé (4) ou en poste dans les instituts de recherche (3), 8 médecins spécialistes travaillant dans les structures sanitaires, un médecin de santé publique, 5 sages-femmes (dont deux cadres), 2 infirmiers, 2 accoucheuses, une stagiaire sage-femme, un représentant syndical, 3 leaders associatifs. 5 informateurs m'ont permis d'approfondir le contexte burkinabè : 2 experts de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), un cadre de la Société Nationale de Gestion des Stocks de Sécurité alimentaire du Burkina Faso (SONAGESS), un chercheur du Bureau National des SOLS (BUNASOLS), un inspecteur du travail et un statisticien du ministère de la justice.

Le corpus de données empiriques se caractérise par sa diversité qui comprend des observations détaillées (notes de terrain), des photos et des vidéos, un recueil d'articles de presse, des documents en lien avec la thématique. Il comprend des entretiens formels, c'est-à-dire qui ont été enregistrés, transcrits et traduits le cas échéant. Certains n'ont pas été enregistrés sur demande des personnes interviewées ou encore parce que le contexte ne s'y prêtait pas, en particulier les entretiens en extérieur ne sont pas toujours aisés (surtout quand il y a du vent). Il est aussi constitué d'entretiens informels qui ont fait l'objet d'une prise de notes exhaustive. Des entretiens ont été menés sous forme collective (ou ont pris la forme d'entretiens collectifs auxquels des femmes venaient spontanément prendre part) que je qualifierai de *causerie*, terme qui est généralement utilisé dans la région de Bobo-Dioulasso pour décrire des échanges entre plusieurs personnes. Cette dénomination paraissait moins formelle aux femmes et instaurait un climat d'échanges plus détendu. Lors des entretiens, j'étais accompagnée en ville par une femme témoin et en milieu rural par un ami, comme je l'ai décrit précédemment pages 39 et 47. Ces « facilitateurs » ont traduit les échanges quand les personnes parlaient dioula, et m'ont donné des clés de compréhension pour mieux saisir certains éléments de l'entretien ou des situations vécues sur le terrain.

Pour faciliter les rencontres, j'ai suivi des cours de langue dioula que je n'ai pas pu maintenir faute de temps. Néanmoins, les rudiments acquis m'ont facilité les relations et m'ont permis de suivre un peu mieux les échanges.

Les données ont été encodées et classées avec le logiciel Dedoose™ afin de dégager les thématiques principales que j'ai ensuite analysées manuellement.

5. Réflexivité et difficultés sur le terrain

Une approche ethnographique nécessite d'exposer dans les méthodes les conditions d'énonciation, c'est-à-dire certains aspects du terrain rencontrés lors de l'enquête et qui ont influencé voire ont été déterminants dans la conduite de notre recherche. Il s'agit de la dimension réflexive. Cette démarche fait partie intégrante de la recherche dans la mesure où elle vient expliciter les conditions dans lesquelles s'est effectué le recueil de données empiriques. De plus, selon Bourdieu, la réflexivité consiste à « *réfléchir sur les conditions pratiques et concrètes de l'élaboration de [son] propre savoir* » (Bourdieu 1988 : 12). J'aborderai deux éléments contextuels importants avant de discuter de mon expérience de manière réflexive.

5.1 Le contexte politique et sécuritaire

Ma recherche doctorale a débuté le 1^{er} novembre 2014 alors que le Burkina Faso connaît une insurrection populaire les 30 et 31 octobre 2014, menée par une population « à bout de souffle²⁵ ». Cette mobilisation s'est organisée principalement contre le rejet de l'article 37 de la Constitution qui permettait au président burkinabè de l'époque, Blaise Compaoré, de se représenter pour briguer un nouveau mandat. En définitive et de façon non préméditée, cette insurrection a abouti au renversement du chef de l'Etat et son régime en place depuis 27 ans. Aux côtés des jeunes, Hagberg et al. rappellent que les femmes ont été aussi des actrices importantes dans ces mobilisations. Celles-ci ont en effet bravé l'interdit de manifester et sont descendues les premières dans les rues de Ouagadougou pour « la marche des spatules » le 27 octobre 2014 (Hagberg et al. 2015).

Après la chute du président, un gouvernement de transition²⁶ se met en place le 23 novembre 2014, à l'issue de négociations entre certains représentants de la société civile et l'armée. Sa mission est de gouverner le pays tout en organisant la tenue d'élections démocratiques. Cependant, même si le calme est ensuite revenu, une certaine tension restait palpable au sein de la population. Elle s'est maintenue jusqu'aux élections présidentielles et législatives qui se sont déroulées le 29 novembre 2015. La période post insurrectionnelle a en effet connu de nombreuses manifestations dans les rues²⁷, des mouvements de grève à répétition, des coups de force pour destituer des entrepreneurs ou des hommes politiques à peine nommés. Ces mobilisations étaient le prolongement d'une contestation sociale

²⁵Expression employée par un ami burkinabè qui a participé à l'insurrection (Extrait carnet de terrain, Ouagadougou, 13.11.2014).

²⁶Avec Michel Kafando comme président et Yacouba Isaac Zida comme premier ministre.

²⁷Hagberg dénomme ces manifestations la « rucratie » pour désigner « la propension à manifester dans la rue pour exiger la prise de décisions politiques ». Selon lui, la « rucratie » au Burkina Faso a été « établie comme pratique politique » après l'insurrection (Hagberg et al. 2017 : 28).

antérieure, amorcée en 2011, mais qui se présentait de façon morcelée et territorialisée (Chouli 2012). Hagberg décrit qu'au lendemain de l'insurrection, « *[l]es attentes sont énormes en termes d'emploi des jeunes, d'accessibilité aux denrées alimentaires et aux services sociaux de base* » (Hagberg et al. 2017 : 65). Il précise que « *[l]'accès à l'eau potable, au service de santé et à l'éducation, sont des questions fondamentales au cœur des débats populaires* » (Hagberg et al. 2017 : 66) . Par ailleurs, ce mouvement populaire a délié la parole. Une injonction unanime émanait de la rue, commuée sous l'expression, « *Plus rien ne sera jamais comme avant* ». Celle-ci réclamait le retour vers une intégrité politique nationale.

Malgré le tumulte des évènements, je suis parvenue à réaliser une mission préparatoire dans le pays, raccourcie à deux semaines, du 12 au 23 novembre 2014. Puis, je suis revenue le 9 février 2015 pour une mission de 4 mois. Mon enquête de terrain a donc commencé dans un climat mêlant à la fois une grande émulation politique et revendicative mais aussi de l'inquiétude face à l'avenir du pays, parmi la population à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso. Ce contexte a sans conteste influencé la recherche et notamment la teneur des entretiens auprès des femmes et de leur entourage sur l'expérience de la maternité, notamment dans les structures sanitaires. Ce contexte a par ailleurs conduit à la mise en place de la politique de gratuité des soins des femmes enceintes²⁸ et des enfants de moins de 5 ans par le nouveau gouvernement nommé fin de l'année 2015²⁹ (Hagberg et al. 2017 : 67).

5.2 Un accès au milieu rural restreint

Alors que j'étais en France et que je m'apprêtais à repartir en mission, une tentative de coup d'Etat menée par l'ancienne garde présidentielle a eu lieu le 16 septembre 2015. Elle a été finalement jugulée le 23 septembre 2015 par l'armée. Cet épisode a entraîné un renforcement des mesures sécuritaires de la part de l'ambassade de France. Les restrictions de circulation des ressortissants français sur le territoire burkinabè ont eu un impact direct sur la suite de mon enquête en milieu rural. J'avais en effet prévu de séjourner dans une zone rurale située à 60 km de Bobo-Dioulasso. Lors de ma première mission j'avais fait plusieurs visites de repérage et pris des contacts dans un village par l'intermédiaire d'une association communautaire de Bobo-Dioulasso qui intervient en milieu rural. Il était convenu lors de mes missions suivantes que je reste au village une semaine par mois, hébergée par un agent de santé communautaire qui parlait français. Présentée à une accoucheuse villageoise qui s'exprimait aussi en français, il était prévu que je l'accompagne dans le village. Malheureusement suite au coup d'Etat et à l'instabilité politique et sécuritaire qui en

²⁸ Cette mesure concerne uniquement les soins liés à la santé de la reproduction.

²⁹ La politique de gratuité est lancée le 2 avril 2016 dans 3 régions pilotes dont la région des Hauts-Bassins puis elle a été étendue à tout le pays.

résultait, je n'ai plus eu accès à cette zone décrétée rouge par l'ambassade de France³⁰. J'ai donc identifié avec les membres de l'association citée précédemment un village plus proche de Bobo-Dioulasso, où j'ai été introduite par leurs soins.

Ma venue au village pour rencontrer les autorités coutumières m'ont valu une première rencontre avec un groupe de villageois, hommes et femmes, auprès desquels j'ai pu présenter l'objet de ma visite. J'ai à cette occasion entamé une première *causerie*.

L'attentat qui s'est produit à Ouagadougou le 15 janvier 2016 a néanmoins entraîné par la suite le renforcement du dispositif sécuritaire. Bobo Dioulasso est devenue « zone libre » tandis que la campagne environnante immédiate était classée zone orange. Ces différents évènements ont influé sur mon approche du terrain dans lequel j'évoluais jusqu'alors sans aucune appréhension. Respectant les consignes de sécurité, je n'ai pris aucun risque et n'ai pas séjourné sur place. Je n'ai pas instauré de régularité dans mes visites et chacune de mes venues ont été annoncées tardivement et à très peu de personnes. J'ai ainsi réalisé 14 sorties au village et ses alentours. Je m'y suis rendue à des moments distincts c'est-à-dire pendant les travaux des champs et en dehors de cette période. Néanmoins un accident de moto ne m'a pas permis de réaliser autant de visites de terrain que prévu pendant les travaux agricoles. Au cours de mes visites, j'ai saisi toutes les opportunités de rencontres dans les concessions mais également dans les champs, aux abords du village ainsi que sur le chemin qui nous y conduisait. Lors de ces occasions, j'ai pu échanger avec les femmes et les hommes qui cultivaient, réaliser des observations, filmer et prendre des photos, en particulier des photos de famille que je remettais la fois suivante, ce qui permettait de créer du lien. Je n'ai pas réalisé d'observations dans le centre de santé situé à 7 kilomètres comme je l'avais prévu initialement. Je ne bénéficiais pas de suffisamment de temps, les trajets pour se rendre en milieu rural étant du reste très fatigants. De plus, il s'est trouvé que les personnels de santé étaient très occupés par les différentes campagnes de prévention qui se sont succédées au moment de la recherche, sans compter les mouvements de grève qui affectaient également le milieu rural.

Face à ces contraintes, j'ai uniquement approfondi les thématiques liées aux conditions de vie, au travail des femmes et aux pesticides. J'ai complété mes données sur le sujet des pesticides à partir de 3 entretiens collectifs dans deux autres villages (un à Bama et deux dans la région de Satiri). J'ai également mené 3 entretiens auprès de villageoises (certaines faisaient partie d'un Groupement de Productrices de Coton (GPC)) rencontrées alors qu'elles étaient en visite chez leurs parentes en ville à Bobo-Dioulasso.

³⁰ Le consul de France rencontré pour aborder le sujet me proposait de me rendre au village avec une escorte de gendarmes.

5.3 Eprouver le terrain

L'immersion comme approche de terrain c'est éprouver³¹ celui-ci, dans le sens où l'expérience vécue sur le terrain donne à réfléchir, procure des connaissances et permet de rendre compte d'une réalité. Ce que nomme Olivier de Sardan, le « *réel des autres* » (Olivier de Sardan 2000 : 419). Eprouver le terrain c'est également envisager « *le terrain comme épreuve* », selon La Soudière qui le définit comme « *l'inconfort du terrain* ». Cet auteur s'attache en effet à « *la part de souffrance [que le terrain] comporte* » tout en précisant qu'« *il ne s'agira pas de plaindre le chercheur* » mais « *plutôt de démystifier certaines fausses évidences ou idées reçues sur son travail* » (La Soudière 1988 : 2). Les expériences de terrain qui suivent, illustrent cet « *inconfort ethnographique* » qui a néanmoins valeur de connaissance.

Le 25 juin 2016, au retour du village, avec l'ami qui m'accompagnait sur le terrain, nous sommes victimes d'un accident de moto. Un homme, roulant plein gaz, a surgi à moto sur la voie goudronnée. Il nous a coupé la priorité, nous percutant de plein fouet. Nous relevant un peu hagards au milieu de la foule qui s'était formée autour de nous, nous sommes conduits par des villageois à la structure sanitaire qui n'est pas loin, un CSPS de campagne, afin de faire soigner nos multiples plaies et contusions. Mon pied a pris un choc tandis que mon ami ressent une vive douleur à la main. Nous n'y sommes soignés qu'une fois les formalités administratives et les frais d'ordonnances réglés. Voici ce que j'ai noté après coup à propos des soins que nous recevons :

L'infirmier nous conduit dans une salle de... soins. J'hésite à appeler cela une salle de soins... Je n'ose pas m'asseoir sur la table d'examen parce que je n'ai pas de pagne à déposer comme j'ai pu observer les femmes le faire quand elles viennent en consultation. La salle est très sale. Les murs sont décrépis et humides. Il y a des traces de sang par terre. Je préfère m'asseoir sur la chaise en métal. Près de la fenêtre, 3 bassines jaunes sont posées pour les différents déchets. Elles n'ont pas été vidées. L'infirmier échange avec l'agent de santé, il râle sur l'état de la pièce laissée telle quelle par un collègue. Je m'adresse à lui : « vous semblez fâché. On est venu vous déranger c'est ça ? » Il me répond qu'il n'a rien contre nous mais il est fâché contre ses collègues qui sont partis le laisser seul au centre médical alors qu'il avait prévu d'aller visiter quelqu'un. Tout en disant cela il met ses gants, prépare la compresse de Bétadine. Il la saisit avec une pince et me nettoie la plaie dans laquelle sont incrustés de petits gravillons. Sans aucune délicatesse il passe et repasse sur ma plaie que j'ai sur le bras et l'épaule, appuie fort. L'autre agent de santé, quant à lui, s'occupe de nettoyer à la Bétadine la plaie que mon ami a au genou. Puis l'infirmier regarde sa main enflée. Il lui fait faire quelques mouvements, et nous dit que c'est bon, nous pouvons rentrer.

Nous parcourons de nuit plus d'une vingtaine de kilomètres sur une moto que les villageois nous ont prêtée. Mon ami conduit malgré la douleur. Arrivés à

³¹ « Arriver à connaître par l'expérience », selon l'un des sens définis par le CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9prouver>

Bobo- Dioulasso, nous nous rendons au CHU pour faire examiner, l'une le pied, l'autre la main. Nous sommes orientés au bloc vers le médecin de garde, un jeune homme nous prescrit à chacun une radio ainsi qu'une vaccination contre le tétanos pour mon ami. Selon le jeune médecin, l'infirmier n'a pas eu la bonne conduite à tenir, la première chose qu'il aurait dû faire, c'est de s'assurer que nous étions vaccinés. Le radiologue repère une triple fracture de la main chez mon ami tandis qu'on me dit que je n'ai rien de cassé au niveau du pied³². Le médecin de garde propose de plâtrer la fracture et rédige une ordonnance. Seules des paires de gants sont disponibles à la pharmacie du CHU. Nous partons en ville acheter tout le reste à la pharmacie de garde. Mon ami est plâtré dans la pièce centrale du bloc où d'autres personnes attendent pour leurs soins. Cette pièce est en réalité un lieu de passage qui distribue vers d'autres pièces que l'on entrevoit comme des salles d'opération. Elle est la continuité du SAS d'entrée où sont également allongés des patients. Mon ami est plâtré au milieu de cette pièce, assis sur la seule chaise disponible et bancale avec ses 3 pieds qu'il faut caler avant de s'asseoir. Au cours de la soirée nous assistons aux remontrances³³ d'un monsieur âgé à l'encontre du jeune médecin qui s'est adressé à lui de manière très impolie.

Si je rends compte de cet accident, c'est qu'au-delà du fait qu'il m'a empêchée de poursuivre mon travail de terrain jusqu'au 19 juillet³⁴, j'ai fait l'expérience du système de santé burkinabè, au niveau de deux échelons sanitaires, et j'ai recueilli dans ce cadre des matériaux empiriques. J'ai en effet relevé comment se construit un itinéraire de soins (avec le manque de moyen diagnostique en milieu rural, et les erreurs de diagnostic), les conditions sanitaires dans lesquelles étaient prodigués les soins, mais aussi la précarité des conditions d'accueil au CHU pendant la nuit : le service du bloc encombré par une file d'attente constituée de lits sur lesquels attendent au dehors les patients, certains avec une perfusion qu'un agent de santé passe de temps en temps vérifier ; accompagnants qui dorment dans la cour de l'hôpital, sur des nattes, enroulés dans des pagnes, certains sont installés sur les caniveaux, ceux recouverts par des blocs de béton.

Par ailleurs, cet « inconfort du terrain » dans les structures sanitaires s'est traduit également dans l'appréhension de ces lieux, en particulier l'hôpital³⁵. Je qualifierai ce terrain de sensible selon l'un des sens donnés par Bouillon et al. : « *les terrains sont sensibles en ce qu'ils sont porteurs d'une souffrance sociale, d'injustice, de domination, de violence* » (Bouillon et al. 2005 : 14).

³² Le lendemain, ne pouvant plus poser mon pied enflé par terre, je suis orientée vers un orthopédiste du CHU qui diagnostique une double entorse de la cheville.

³³ Il lui rappelle que le respect envers le patient est nécessaire, d'autant plus qu'il est jeune et qu'il s'adresse à un aîné.

³⁴ A cause d'un plâtre qui m'a empêchée de me déplacer.

³⁵ Les services de néonatalogie et de la maternité.

Dans ce site, j'ai en effet fait l'expérience d'une rencontre répétée avec la souffrance provoquée par des conditions sanitaires qui touchaient à l'intégrité humaine. Au point qu'il m'est arrivé d'y aller à reculons, voire avec des « chaussures de plomb ». Mes observations dans le service de néonatalogie ont été particulièrement éprouvantes. Les conditions d'accueil et de soins en font un lieu de souffrance pour les mères, leurs bébés mais aussi les personnels soignants. Seul service de néonatalogie de la région à l'époque, celui-ci était très souvent bondé et dépassait parfois sa capacité d'accueil³⁶. Peu développé, le service manquait de place, disposait d'une salle des soins exigüe où le matin, les mères s'entassaient (assises sur un banc ou bien par terre) avec leur bébé ainsi que les agents de santé qui dispensaient les soins dans la chaleur et un indescriptible brouhaha. Pour accueillir les bébés, le service dispose d'une seule grande pièce où sont installés une trentaine de berceaux. Celle-ci fait office en même temps de salle de consultation pour les médecins. J'ai souvent observé des scènes où des mères fatiguées s'endormaient sur les bancs avec leur bébé emmitouflé dans un pagne. D'autres encore étaient allongées à même le sol au pied de la couveuse (hors service) où reposait leur bébé né avant terme (dans la salle des prématurés accolée à la salle des berceaux). En plus des conditions sanitaires, j'ai également été témoin de certaines situations où l'intégrité physique et mentale des femmes était en jeu.

Ces deux formes d'expérience ont permis de mieux comprendre les points de la contestation populaire à l'encontre du système de santé qui a vu le jour au Burkina Faso. Elles ont participé à la production des données ethnographiques qui faisaient écho aux récits recueillis auprès de certaines femmes et de leur entourage à propos de leur expérience dans les structures sanitaires.

Dans le cas de ma recherche, « *l'inconfort du terrain* » s'est caractérisé aussi par une confrontation avec les conditions de vie du pays, ses rudesses environnementales et la pollution atmosphérique. La saison sèche³⁷ est une période redoutée avec sa poussière continue et sa chaleur qui devient écrasante à partir du mois de mars avec, en avril, des températures qui peuvent dépasser 40°. Cette période est particulièrement éprouvante où les coupures d'eau³⁸ et d'électricité sont des phénomènes récurrents et touchent la majorité des quartiers en ville. La chaleur devient étouffante dans les habitations des non lotis la plupart exigües et surmontées d'un toit de tôle. Elle l'est aussi dans les structures de santé qui sont rarement climatisées³⁹ et peu équipées en ventilateurs. Elle provoque également

³⁶ Le service disposait de 32 places mais pouvait accueillir jusqu'à 40 bébés, certains étant installés sur des tables chauffantes.

³⁷ Elle débute en octobre et se termine en général fin avril avec l'arrivée des premières pluies.

³⁸ J'ai été amenée à mettre en place à mon domicile une réserve d'eau dans un grand fût de 200 litres comme le font la plupart des foyers burkinabè.

³⁹ C'est à cette occasion que j'ai remarqué que seules certaines pièces étaient climatisées dans le service de maternité du CHU : la pièce des soins intensifs (dont les fenêtres sont toujours ouvertes), les chambres des patients de première catégorie, certains bureaux de médecins et de soignants.

une fatigue physique. Elle devient le révélateur d'une détérioration de l'environnement quand l'ombre des arbres dans les cours et les quartiers se fait rare ou lorsque l'eau vient à manquer. Ainsi, au village, alors que je venais de sortir ma gourde de mon sac pour boire de l'eau, une femme m'a interpellée pour me dire que les puits proches de leurs habitations étaient taris.

Ces expériences ont été des occasions d'échanger avec les populations pour lesquelles la chaleur était tout aussi insupportable, et de questionner la place de ces conditions de vie par rapport à l'objet de ma recherche. Ce qui m'a amenée à penser et à replacer la question procréative dans un contexte matériel plus large.

DEUXIEME PARTIE

Socio-histoire des programmes de santé publique

« The new, as always, is rooted in the old, and serious biosocial exploration of global health today would be incomplete without plumbing history » (Farmer et al. 2013 : 33).

Dans cette phrase, les auteurs insistent sur la nécessité d'une mise en perspective historique pour comprendre quelles sont les origines de la santé globale et quel est son héritage, ce qui permet également de saisir les continuités qui ont traversé les époques mais aussi les ruptures (Farmer et al. 2013 : 71).

La socio-histoire que nous entendons présenter au sujet de la santé maternelle et infantile, de manière non exhaustive, s'inscrit dans cette démarche de compréhension des origines et des évolutions à partir desquelles se sont construits les dispositifs sanitaires auxquels nous nous intéressons dans ce travail. Il s'agit en effet de retracer non seulement une chronologie de l'implantation de ces dispositifs sanitaires à l'égard de la santé de la mère et de l'enfant mais également les éléments qui l'ont influencée. Nous aborderons à la fois l'histoire globale et locale de cette implantation qui, à l'origine, s'apparente plus à une transplantation⁴⁰, et donne ensuite lieu à une circulation de modèles.

Ce détour par l'histoire entend montrer comment la procréation comme catégorie de risque est construite sur un plan historique, politique, social et économique. Née dans les pays occidentaux à la fin du XVIII^{ème} siècle, cette catégorie occidentale s'inscrit et se développe ensuite dans une politique différentialiste qui débute avec la Troisième République et la colonisation, puis dans les politiques internationales de santé.

Cette mise en perspective historique nous permet de préciser le long cheminement qui mène aux politiques sanitaires actuelles qui s'adressent aux femmes et de les resituer aussi dans le contexte d'émergence de la pandémie du VIH. Nous montrerons comment cette pandémie fait irruption dans le paysage de la santé maternelle et infantile qui a une histoire plus longue ; nous retracerons la rencontre entre les dispositifs de la Prévention de la Transmission du VIH/sida de la Mère à

⁴⁰ Transplantation : action de transplanter, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : <http://www.cnrtl.fr/definition/transplantation>

Transplanter : « extraire de la terre pour planter ailleurs ». Au sens figuratif, « faire passer d'un milieu d'origine dans un autre milieu pour implanter, faire adopter ». Par extension, « Adapter à un milieu, à un mode de vie différent, acclimater », selon le CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/definition/transplanter>

l'Enfant et ceux de la Maternité Sans Risque et la manière dont ils ont évolué l'un et l'autre, l'un avec l'autre.

De plus, nous nous intéresserons aux logiques et aux paradigmes qui sous-tendent selon les époques l'implantation des dispositifs sanitaires autour de la procréation. Ceci nous permettra de montrer comment est pensé le risque autour de la procréation, et quelle est son évolution. De même nous montrerons les implications de ces dispositifs pour « les femmes en âge de procréer », notamment les définitions normatives du corps des femmes qu'ils véhiculent.

Les premières politiques de santé autour de la procréation en Afrique de l'Ouest, région qui nous intéresse, s'enracinent dans l'histoire coloniale que nous allons expliciter. S'intéresser à cette première implantation permet de mieux cerner les héritages de cette époque pour notre période contemporaine. Comme le soulignent Farmer et ses collaborateurs, les enjeux et les priorités de santé globale ont été modelés par des forces sociales qui s'enracinent dans le passé colonial (Farmer et al. 2013 : 34).

Dans le domaine qui nous intéresse, nous allons nous attarder sur ces forces qui ont été mises en action pour créer les premiers dispositifs de Protection Maternelle et Infantile (PMI) en Afrique Occidentale Française (AOF) par le pays colonisateur, la France, sous la Troisième République (1870-1940). Le Burkina Faso, pays dans lequel s'est déroulée notre recherche, a été colonisé par la France à partir de 1919 sous la dénomination de Haute Volta⁴¹. Néanmoins l'occupation française et la conquête des territoires débutent dès 1896 (Saul et Royer 2002 : 63). Cette colonisation a subi quelques soubresauts puisque de 1932 à 1947 cette colonie a été dissoute et rattachée aux colonies voisines : Côte d'Ivoire, Soudan (actuel Mali) et Niger. Cette colonie et ses habitants ont souvent été dénommés dans les travaux des chercheurs « territoires et peuples voltaïques » en référence à trois sous-affluents⁴² du fleuve Volta qui traversent le territoire.

I. La période coloniale : élaboration et transplantation de modèles et de normes sanitaires

En France métropolitaine, les gouvernements successifs de la Troisième République sont préoccupés par les questions de dépopulation qui affectent le pays. Cette période constitue un tournant politique et sanitaire important, puisque l'Etat devient le garant de la santé de la mère et de l'enfant, en implantant une politique et des dispositifs de protection maternelle et infantile. Ces dispositifs débattus, décidés et mis en place dans la métropole sont progressivement transplantés dans

⁴¹ Elle appartient tour à tour au Soudan français, ensuite au territoire de Sénégal et du Niger, puis au Haut-Sénégal et Niger avant de devenir la Haute Volta en 1919 (Schwartz 1994 : 109).

⁴² Le Mouhoun (Volta Noire) ; le Nakambé (Volta Blanche) ; le Nazinon (Volta Rouge).

les colonies françaises, l'Afrique Occidentale Française (AOF) et l'Afrique Équatoriale Française (AEF).

1. En France, « Sauver les bébés » pour « sauver la patrie »⁴³

Après la défaite de 1870, la France voit s'instaurer un régime stable sur la durée, celui de la Troisième République (1870-1940). Ce régime connaît néanmoins un problème majeur de dépopulation apparu dès le second Empire. En 1890, l'accroissement naturel de la population française est négatif (Rollet-Echalier : 224). La mortalité infantile est très élevée au point d'être qualifiée de « mortalité monstrueuse » tandis que la natalité baisse. Cette tendance s'accroît pendant l'entre-deux guerres (Thébaud 1986 : 13) (Rollet-Echalier 1990 : 28). En outre, dans une situation géopolitique européenne non pacifiée, ce « fléau social » devient une menace pour la survie de la nation (Rollet-Echalier 1990 : 11) (Thébaud 1986 : 14). Un long processus politique se met en place pour construire et établir des politiques qui visent à redresser la situation démographique afin de fournir une main d'œuvre et des soldats en nombre suffisant. Cette politique s'appuie sur une « *idéologie populationniste qui, depuis le dix-huitième siècle en France, associe la grandeur nationale à la santé des mères et à leur capacité à procréer* » (Barthélémy 2010 : 24). Ce projet national vient ainsi légitimer l'intervention de l'Etat autour de la naissance (Rollet-Echalier 1990 : 112-113). La procréation (grossesse, naissance et élevage du nouveau-né) relevait jusqu'alors de la sphère privée même si les femmes, seules détentrices des savoirs autour de la procréation, en ont été désappropriées dès la fin du féodalisme⁴⁴ par le corps médical (Federici 2017 [2014]). Désormais, elle entre dans les prérogatives publiques.

Il apparaît difficile dans un premier temps d'agir sur la fécondité⁴⁵ des femmes. Celles-ci font moins d'enfants dans un contexte où les conditions de vie sont difficiles, et où le modèle de la famille nombreuse ne fait plus recette (Thébaud 1986 : 13). C'est pourquoi les gouvernements optent pour lutter contre la mortalité

⁴³ Cette partie a été rédigée à partir des travaux exhaustifs de socio démographie de Catherine Rollet Echalier et de l'ouvrage de l'historienne de la maternité Françoise Thébaud.

⁴⁴ Federici montre comment les transformations issues de l'avènement du système capitaliste ont dépossédé les femmes de leur corps et des savoirs ancestraux sur la reproduction (connaissances des plantes, des méthodes abortives, contraceptives). Cette dépossession s'est faite par le biais d'une répression féroce, époque de la chasse aux sorcières et l'appropriation du corps des femmes par l'Etat à travers les hommes. Cette dépossession s'est accompagnée durant 3 siècles d'une diffusion à travers le théâtre, la philosophie, des nouvelles représentations des femmes et de leurs fonctions où le travail de la reproduction et les travaux domestiques ont perdu toute valeur ; instaurant une inégalité des fonctions entre les hommes et les femmes. Elle situe son propos à la fin du féodalisme, ce qu'elle appelle la transition capitaliste ou le premier temps de l'accumulation (Federici 2017 [2014]).

⁴⁵ Cette question reprend de la vigueur au lendemain de la première guerre mondiale où le problème démographique devient plus aigu encore. A tel point qu'une incitation à procréer est favorisée par des mesures de solidarité : (Rollet-Echalier 1990 : 228). Deux lois sont votées pour interdire la publicité et la diffusion des méthodes contraceptives (1920) et la pratique des avortements (1923) (Rollet-Echalier 1990 : 252).

et la morbidité infantile. La maternité et par la même le corps des femmes deviennent un enjeu politique. Il s'agit en effet de préserver non seulement « *l'enfant né* » mais aussi « *l'enfant conçu* » (Thébaud 1986 : 51). Cette perspective fait advenir progressivement la notion d'enfant « sain » et implique de préserver la mère, pour mieux protéger l'enfant (Cahen 2014 : 39).

1.1 La naissance de la notion de mort évitable

L'outil statistique qui se développe pendant le XIX^{ème} siècle donne naissance à la statistique « *sanitaire* ». Celle-ci permet d'établir l'état des lieux sur la mortalité infantile ; elle la quantifie, en répertorie les causes et les caractérise selon si celles-ci sont physiologiques ou sociologiques⁴⁶ (Rollet- Echalié : 433). Elle introduit ainsi la notion de *mort évitable*⁴⁷ qui modifie le rapport d'incertitude par rapport à la mortalité des enfants. La statistique sanitaire permet dès lors de penser qu'il est possible d'éviter par certaines actions le décès d'un certain nombre d'enfants. « *Historiquement le concept de mort évitable a permis aux décideurs de réaliser que le problème était vulnérable* » (De Brouwere et Van Lerberghe 2001 : 29).

Ce nouveau paradigme de la *mort évitable* centré uniquement sur la survie de l'enfant amène à penser en termes de prévention sanitaire autour de la maternité et la naissance. Il s'agit en effet d'empêcher la mortinatalité et la mortalité infantile en prévenant les causes. La statistique devient également un outil pour guider et orienter les politiques sanitaires des gouvernements et les évaluer (Rollet-Echalié 1990 : 14).

Les études statistiques qui sont menées à l'époque ont tendance à montrer que la survie du bébé, avant et après la naissance dépend à la fois de l'état de santé de la mère et des soins qui lui sont ensuite prodigués. La santé de la mère pendant la maternité dépend elle-même de certains facteurs : les conditions de vie socio-économiques et les conditions sanitaires/d'hygiène et biomédicales dans lesquelles se déroulent la grossesse puis l'accouchement. Intervenir sur ces conditions relève désormais des prérogatives de l'Etat qui peut à la fois légiférer pour améliorer les conditions de vie mais aussi mettre en place des dispositifs sanitaires appropriés. Ces dispositifs concernent le système hospitalier mais également le champ de la médecine préventive qui est en train de se mettre en place, faisant passer ainsi la maternité d'un état normal à un état qui devient « à risque ». La maternité c'est-à-dire l'état de grossesse mais aussi l'accouchement devient une catégorie de risque qui implique la surveillance et la prise en charge de toutes les femmes enceintes.

⁴⁶ Les causes de cette surmortalité relevées ont trait aux conditions de vie mais également aux pratiques des mères touchant à l'alimentation à l'égard de leur bébé, les infanticides, le médecin comme dernier recours en cas de problème et le travail des mères (Rollet-Echalié 1990 : 82 à 87 ; 93 ; 104).

⁴⁷ De Brouwere et al. retrouvent également cette notion de *mort évitable* sous la terminologie « décès maternels évitables » en Suède où le développement de la statistique au XVIII^{ème} siècle est plus ancien. Cette notion a été appliquée à propos de femmes décédées en couches qui auraient pu être sauvées si les sages-femmes avaient été en nombre suffisant à l'époque (De Brouwere et Van Lerberghe 2001 : 15).

Cette médecine préventive se traduit concrètement sur le terrain par l'implantation progressive de consultations prénatales et postnatales que nous présenterons par la suite. Basée sur une « approche populationnelle » (Corvol 2013) dans le sens où elle s'adresse et s'applique indistinctement à toutes les femmes enceintes⁴⁸, il s'agit de protéger la maternité en la médicalisant. Cette médicalisation est rendue possible grâce aux avancées scientifiques et techniques dans le domaine médical.

1.2 Les outils qui limitent le risque de décès maternel et néonataux

La notion de *mort évitable* qui renvoie à celle de *risque contrôlable* est favorisée par les progrès scientifiques qui jalonnent le début du XX^{ème} siècle. Certaines avancées permettent ainsi de lutter contre les risques iatrogènes, c'est-à-dire provoqués par la pratique médicale elle-même, comme la mise en place des pratiques de l'asepsie⁴⁹ et de l'antisepsie dans les hôpitaux. Une réorganisation hospitalière⁵⁰ est alors mise en place afin d'intégrer les nouveaux principes hygiénistes : « isoler, contrôler les circulations au sein de l'hôpital, désinfecter » (Rollet-Echalier 1990 : 214) Il est également demandé aux personnels de suivre une hygiène rigoureuse : lavage des mains ; injections vaginales pendant la grossesse et après la délivrance ; port de gants en caoutchouc et stérilisation des instruments et des pansements (Rollet- Echalier 1990 : 157-158). Ces premières mesures permettent de lutter efficacement contre les fièvres puerpérales qui sont la cause d'une mortalité élevée des femmes (pauvres) dans les hôpitaux, et contribuent à une baisse significative de la mortalité maternelle (Rollet-Echalier 1990 : 159).

Dans la continuité des mesures hygiénistes, des « sacs maternels⁵¹ » sont mis à disposition des sages-femmes, matrones et médecins dès 1897. Mis en réserve dans les mairies, ces sacs contiennent le nécessaire pour assurer des accouchements sans complication : « draps, linge, pansements, produits antiseptiques, bassin, thermomètre, feuille de température et même layette pour le bébé » (Rollet-Echalier 1990 : 160).

De plus, les progrès de l'obstétrique permettent l'amélioration des accouchements. Des nouvelles techniques sont mises au point avec de nombreux débats sur la césarienne, l'application des forceps, les opérations prophylactiques et de nécessité, l'accélération de l'accouchement, l'accouchement dirigé, le traitement de

⁴⁸ Hormis les femmes issues de familles aisées, qui faisaient surveiller leur grossesse par un médecin qu'elles avaient choisi (Thébaud 1986 : 151-152).

⁴⁹ L'asepsie par le lavage des mains pour lutter contre la fièvre puerpérale est découverte par le médecin obstétricien austro-hongrois Ignace Semmelweis (1818-1865) mais elle sera mise en pratique seulement après les découvertes de Pasteur sur les microbes (Corvol 2013).

⁵⁰ Cette réorganisation nécessite un redéploiement des maternités dans les hôpitaux. Celles-ci étaient auparavant tenues à l'écart des hôpitaux parce qu'elles accueillait les femmes pauvres et en l'occurrence des « filles mères » qui étaient à l'époque ostracisées (Rollet-Echalier 1990 : 214).

⁵¹ Nous retrouverons une sorte d'équivalent distribué aux matrones dans les colonies africaines (Barthélémy 2010).

la douleur et l'anesthésie, les déchirures et la position de l'accouchement⁵² (Thébaud 1986 : 112).

1.3 La médicalisation de la maternité et de la naissance

La procréation est l'objet de mesures préventives marquées par des progrès scientifiques et techniques qui conduisent à la médicalisation de la maternité et de la naissance. Cette médicalisation entraîne une surveillance accrue du corps des femmes et une modification imposée des pratiques féminines autour de la procréation.

a. Le contrôle du corps des femmes

Le souci de l'enfant amène certains obstétriciens à se pencher sur le déroulement de la grossesse afin de prévenir les accidents obstétricaux (éclampsies, accouchements dystociques), la mortalité intra-utérine et les bébés prématurés. Ils instaurent ainsi les fondements d'une médecine préventive autour de la maternité à travers la *surveillance prénatale*, c'est-à-dire le suivi médical de la grossesse⁵³. Cette surveillance médicale consiste à faire venir (trois fois) les femmes enceintes aux consultations prénatales, attenantes aux maternités, et durant lesquelles une série d'examens sont réalisés : analyses de sang et d'urine ; palper abdominal afin de déceler les mauvaises présentations, les placentas prævia, les rétrécissements du bassin et les grossesses extra-utérines ; examens médicaux pour dépister la syphilis et la tuberculose ; écoute des bruits du cœur du fœtus⁵⁴.

Les résultats de ces examens sont consignés dans le livret « *de la future maman* » envoyé à la femme enceinte dès réception du certificat de grossesse⁵⁵ (Thébaud 1986 : 41). Dans ce livret figurent également « *les renseignements et les pièces nécessaires pour toucher les prestations et la liste des consultations conseils à suivre avant l'accouchement ; des feuilles détachables à envoyer à la Caisse de*

⁵² En France, la position pour l'accouchement consiste à être allongée sur un lit avec un bassin sous le siège, les cuisses en demi-flexion, les jambes en flexion, les pieds sur le lit (Thébaud 1986 : 264).

⁵³ Cette médecine préventive concerne également le nouveau-né avec l'instauration de consultations post natales qui permettent de contrôler l'alimentation du petit enfant et de donner aux mères des conseils sur l'hygiène. Rollet-Echalier décrit la balance, le « premier outil scientifique mis à disposition » comme « *[l]e meilleur exemple de cette attitude nouvelle [qui] est celui de la pesée. La balance permet de mesurer scientifiquement le rythme de croissance du bébé* » (Rollet-Echalier 1990 : 24). Ce suivi est appelé également consultations du nourrisson sain. Appellation que l'on retrouve encore apposée actuellement dans les locaux des dispensaires burkinabè.

⁵⁴ La découverte du « rythme cardiaque » du fœtus date du début du XIX^{ème} siècle et « l'auscultation obstétricale » est rendue possible grâce à la découverte du stéthoscope qui date de la même époque (Gélis 1984 : 113). Néanmoins Gélis fait remarquer que « des accoucheuses savent depuis longtemps reconnaître le battement du cœur de l'enfant » et « dès les années 1630-1640 », des médecins de campagne « sont capables de distinguer le « souffle utérin » à travers les parois abdominales d'une femme enceinte » (Gélis 1984 : 113).

⁵⁵ « Le certificat de grossesse doit être envoyé 4 mois avant l'accouchement » (Thébaud 1986 : 41).

Sécurité Sociale (feuilles de consultation, déclarations de repos, certificat d'accouchement, feuilles de comptes). Trois pages sont consacrées aux observations recueillies lors des 3 examens ». Apparaissent également « les éventuels antécédents généraux familiaux et personnels », « les antécédents obstétricaux (nombre d'accouchements, de morts-nés, de fausses couches) », « les résultats de l'analyse d'urine », « la conformation du bassin, et l'époque présumée de l'accouchement, les renseignements spéciaux et les observations particulières » (Thébaud 1986 : 42).

La consultation prénatale⁵⁶, devenue un classique dans les mesures de prévention autour de la procréation, est apparue au début du XX^{ème} siècle. Cet outil est perfectionné au Royaume-Uni en 1929 par le Ministère de la Santé. Il suit les principes suivants :

- « 1. prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
2. détecter et traiter la toxémie ;
3. prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
4. diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
5. assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénatals ;
6. reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée » (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 28-29).

b. La diffusion de nouveaux modèles autour de la procréation

En milieu rural comme en milieu urbain, les débuts de l'application des mesures sanitaires et sociales sont confrontés aux représentations et pratiques de l'époque. Les femmes sont réticentes aux nouvelles mesures sanitaires et ne se précipitent pas dans les maternités pour consulter, ni pour accoucher. Celles-ci préfèrent accoucher à domicile en présence d'une matrone (Thébaud 1986 : 157-158). Elles se méfient en effet beaucoup des maternités destinées auparavant aux femmes pauvres, et réputées être des « mouiroirs » ; la mortalité maternelle étant très élevée avant la réorganisation hospitalière. Par ailleurs, les femmes ne ressentent pas le besoin de consulter pendant la grossesse dans la mesure où elles ne se considèrent pas malades. Cependant, les avancées sociales et les progrès sanitaires décrits précédemment amènent progressivement les femmes enceintes à modifier leurs pratiques et leurs perceptions, et à se diriger vers les maternités et les consultations. Les incitations financières et matérielles initiées par les œuvres privées laïques ou confessionnelles sont aussi des moyens non négligeables pour attirer les femmes vers cette nouvelle voie médicale. Ce changement qui constitue une véritable

⁵⁶ La paternité de cet outil est disputée entre « les Britanniques [qui] en attribuent la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 et les Américains à leur Instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 » (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 28).

« *acculturation* » procède du « *système* » établi par l'Etat, comme le souligne Thébaud : « *Ce système avec ses exhortations et ses contraintes constitue une véritable entreprise d'acculturation des femmes des classes populaires pour qu'elles ne considèrent plus l'état de grossesse comme un état ordinaire et qu'elles suivent les conseils des médecins* » (Thébaud 1986 : 43).

Le droit au congé maternité et aux allocations est conditionné à la fréquentation des consultations prénatales et postnatales de la maternité pour les accouchements⁵⁷ et aux visites à domicile des infirmières visiteuses (Rollet-Echalier 1990 : 245). La surveillance et le contrôle du corps des femmes exercés par les médecins et les sages-femmes s'accompagnent d'une volonté d'éduquer les femmes à la puériculture⁵⁸.

Pour le pouvoir politique et médical, les femmes sont en effet des ignorantes dont les pratiques nuisent à la survie des enfants. Les « *grands-mères, les voisines* » qui gravitent souvent autour de la femme enceinte sont aussi mal perçues. Il s'agit donc pour les autorités politiques et médicales d'éduquer les femmes enceintes (Thébaud 1986 : 120). Le congé maternité est en effet prévu comme un temps non seulement de repos pour la femme enceinte mais aussi comme un temps pour éduquer les (futures) mères en diffusant les notions essentielles d'hygiène et de nutrition lors des consultations (Rollet-Echalier 1990 : 241). Par ailleurs de nombreuses campagnes médiatiques (affiches, ouvrages de puériculture) encouragent les nouvelles pratiques et diffusent en même temps un nouveau modèle, celui de la femme mariée au foyer assignée aux tâches domestiques dont la principale est de s'occuper de son enfant (Thébaud 1986 : 23-24). Ces injonctions vis à vis des femmes correspondent aux idées qui se développent au cours de la III^{ème} République au sujet du rôle des femmes. En sus de leur fonction procréatrice dédiée à la nation, celles-ci sont considérées comme les garantes de certaines valeurs fondamentales telles que le maintien de la famille, première base de la nation (Horne 1998).

1.4 Le processus politique et législatif

Les mesures autour de la procréation s'inscrivent également dans un processus politique et législatif de « *démocratisation des soins de santé* » (Rollet-Echalier 1990 : 470). Ce processus prend en considération les facteurs environnementaux au sens large qui ont été identifiés comme pouvant constituer des risques autour de la procréation. Ils se rapportent aux conditions socio-économiques et de travail des femmes. Ce processus se traduit d'une part, par de nombreuses avancées sociales à l'égard des enfants, des femmes et des familles. Ces mesures contribuent à

⁵⁷ Les accouchements à domicile sont maintenus dans un premier temps en milieu rural.

⁵⁸ La puériculture qui se considère comme une « science » se veut « *préventive, normative et doit être, avec l'aide des médecins, la tâche de la mère* » (Thébaud 1986 : 118).

protéger la procréation et favoriser ainsi la survie de l'enfant et de la mère. Il met également en place le dispositif sanitaire de prévention qui implique comme nous l'avons vu précédemment « *une surveillance rapprochée* » des femmes avec les consultations prénatales et postnatales (Cahen 2014 : 43).

a. Congés maternité et assurances sociales

Pendant la Troisième République, un cadre législatif se construit progressivement pour mettre en place les conditions favorables à la santé de la mère et de l'enfant. Bien que ces politiques poursuivent un objectif nationaliste, une vision humaniste et égalitaire guide également ces lois⁵⁹. Il s'agit en effet de rétablir une certaine égalité auprès d'une population qui souffre des conditions économiques et sociales de la première phase d'industrialisation (Rollet-Echalier 1990 : 108). C'est pourquoi les gouvernements établissent des lois de protection des enfants, des mères et des familles. Ainsi, dès l'instauration de la Troisième République des lois protégeant le petit enfant sont votées⁶⁰. Puis, une législation protectrice de la maternité⁶¹ est élaborée. La loi Engerand de 1909, marque un premier pas en établissant un congé de maternité non rémunéré d'une durée de huit semaines avant et après l'accouchement avec une garantie de retrouver son travail. La loi Strauss va plus loin en 1913 et accorde aux femmes enceintes qui travaillent⁶² un repos obligatoire assorti d'une mesure d'assistance sous la forme d'une indemnité fixée par la loi⁶³. Puis, de 1928 à 1930, les lois sur les assurances sociales⁶⁴ sont votées et renforcent le système de protection sociale. En 1928, le congé maternité entre ainsi dans le cadre de la loi sur les assurances sociales et instaure le droit à la gratuité des soins médicaux et aux allocations de maternité pour les femmes qui travaillent⁶⁵ (Battagliola 2008 : 46-47). De plus, les gouvernements successifs déploient des moyens budgétaires, d'abord faibles, puis qui augmentent au fur et à mesure.

⁵⁹ Ces lois sont l'aboutissement d'une grande mobilisation de médecins et/ou réformateurs sociaux dont les plus connus sont Paul Strauss, Pierre Budin et Théophile Roussel (Cahen 2014 : 38).

⁶⁰ Citons notamment, la loi Roussel en 1874 sur la protection des enfants du premier âge, la loi sur les enfants maltraités (1889), et celle sur les enfants assistés (1904).

⁶¹ A noter qu'à cette époque, des mesures de protection par rapport au travail des femmes sont évoquées. Elles concernent l'exposition aux substances toxiques. Certaines sont reconnues comme pouvant franchir le tissu placentaire et constituer un risque élevé de mortalité in utero (Rollet-Echalier 1990 : 163).

⁶² Cette loi concerne les femmes qui travaillent hors de leur domicile, les ouvrières et les domestiques. Les femmes qui travaillent à domicile sont ensuite comprises dans cette loi (Battagliola 2008 : 46).

⁶³ Cette mesure a d'abord été appliquée en 1903 aux femmes qui travaillent dans la fonction publique.

⁶⁴ Dont les allocations familiales qui sont versées aux familles pour favoriser la fécondité et permettre d'élever les enfants dans de meilleures conditions.

⁶⁵ Toutes les familles assurées bénéficient d'une prise en charge forfaitaire de l'accouchement, la femme salariée reçoit une indemnité journalière équivalente à la moitié du salaire pendant 12 semaines et une allocation mensuelle d'allaitement. Les femmes fonctionnaires ont droit à un congé de maternité de deux mois à plein traitement (Thébaud 1986 : 22-23).

b. Création du dispositif de santé maternelle et infantile

Ce processus politique de protection de la santé de la mère et de l'enfant s'accompagne de la mise en place d'une « *pyramide de structures* » où est défini et organisé un cadre d'action et de contrôle de la bonne application des mesures sanitaires⁶⁶ (Rollet-Echalier 1990 : 279). Ce dispositif organisationnel comprend des structures institutionnelles avec des professionnels de santé (médecins inspecteurs, infirmières visiteuses par exemple). Deux méthodes de PMI sont appliquées, d'abord celles des visites à domicile effectuées par les infirmières visiteuses, puis les consultations prénatales et postnatales (Rollet-Echalier 1990 : 317). En outre, la profession d'infirmière visiteuse est nouvelle et s'inspire du modèle des infirmières sociales aux Etats-Unis. Ces infirmières issues de la classe bourgeoise française ont pour mission de diffuser et d'éduquer les femmes de la « classe laborieuse » aux nouvelles pratiques domestiques et de puériculture (Horne 1998 : 32). Bien que la distance sociale soit importante, le fait d'être mères elles-mêmes permet à ces infirmières visiteuses de pénétrer plus facilement dans les foyers (Rollet-Echalier 1990 : 33).

Notons qu'en 1931, les centres de PMI sont créés par circulaire dans les départements. Ils comprennent un dispensaire de puériculture avec une consultation prénatale et une consultation du nourrisson. Le centre est dirigé par un médecin chef avec l'aide de sages-femmes et d'infirmières visiteuses.

2. En Afrique, « Sauvegarder la race »

Après la Conférence de Berlin en 1885 qui entérine le partage de l'Afrique entre les grandes puissances européennes, s'ensuit la phase de « colonisation conquête » par l'Etat français dans les territoires africains (Olivier Le Cour Grandmaison 2014 : 18). Celle-ci se termine au début du XX^{ème} siècle, ayant entraîné dans son sillage de nombreuses exactions à l'encontre des populations locales. Une nouvelle période s'ouvre, celle de la « *colonisation civilisatrice* » qui consiste désormais à mettre en valeur ces territoires, tout en s'appuyant sur une mission de civilisation à l'égard des populations colonisées (Olivier Le Cour Grandmaison 2014 : 18).

2.1 La mise en valeur des colonies et la mission civilisatrice de la France

La colonisation est un objet de controverse politique sous la Troisième République. Perçue négativement pour les coûts éventuels qu'elle risque d'engendrer, elle est également présentée comme une opportunité d'expansion économique dans le contexte d'industrialisation en cours. En outre, les socialistes progressistes partagent une certaine vision paternaliste des peuples colonisés qu'il s'agit

⁶⁶ Il existe aussi des mesures sociales mais nous ne les développerons pas.

d'éduquer et de civiliser (Clancy-Smith et Gouda 1998). Cette vision s'inscrit dans l'idée universaliste d'exporter les idéaux de progrès humains et d'appliquer une politique assimilationniste (Dozon 2003). Elle se confronte également au contexte idéologique européen particulier de l'époque, celui de la hiérarchisation des races qui postule une supériorité de la race blanche sur la race noire (Catherine Coquery-Vidrovitch 2003 : 669). Ces possessions nouvelles sont tenues en principe d'être économiquement rentables. L'Etat français se retrouve dans une position ambivalente entre sa mission civilisatrice et le fait que chaque colonie doit trouver « elle-même » « les ressources de sa mise en valeur par notamment la mobilisation de la main d'œuvre locale » (Dozon 2003 : 136). C'est pourquoi il met en place le code de l'indigénat⁶⁷ qui « créa de jure un système dual dans lequel il y eut, d'un côté, les citoyens français, Africains assimilés compris, bénéficiant des lois de la République, de l'autre, la grande masse des indigènes que le terme même définissait avant tout comme un monde de non citoyens. Ce système mettait plus précisément en forme un univers de sujets soumis à des règlements spéciaux parmi lesquels le fameux « travail forcé » qui contraignait les sociétés locales à fournir une main-d'œuvre régulière et gratuite pour les aménagements publics (routes, chemin de fer, etc.) ainsi que pour certains intérêts privés » (Dozon 2003 : 135). Comme nous le verrons par la suite cette politique a été appliquée notamment dans l'ère géographique qui nous intéresse et que nous appelons aujourd'hui le Burkina Faso.

La médecine prend une part active dans le projet colonial. Elle réussit en effet à s'imposer pour assurer la sécurité sanitaire des troupes et des européens qui partent en Afrique. L'environnement y est en effet qualifié d'hostile avec ses eaux, ses sols dangereux et les maladies transmissibles. Elle doit par ailleurs préserver les populations locales, -« faire du Noir », sur lesquelles repose l'exploitation économique de ces territoires colonisés (Olivier Le Cour Grandmaison 2014 : 217). La médecine coloniale apparaît également aux yeux des autorités comme un moyen de « pacification », d'« apprivoisement » pour cette nouvelle phase qui s'ouvre à présent (Bado 1996 : 30).

Le médecin colonial devient un élément incontournable, le « nerf » de la colonisation (Bado 1996 : 30). Il doit à la fois « préserver [les africains] des maladies » et « assurer le succès de l'entreprise coloniale » (Bado 1996 : 30). La création de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) en 1905, annonce les prémices d'une politique sanitaire auprès des populations en AOF et en AEF. L'AMI a pour mission de lutter contre les épidémies et les endémies mais aussi de dispenser des soins gratuits et enseigner l'hygiène aux populations (Bado 1996 : 95) (Domergue 1978 : 59). La lutte contre la mortalité infantile est également mentionnée⁶⁸ mais elle ne semble pas suivie d'effet (Warzager 1993 : 6). Sur le terrain, l'AMI pratique

⁶⁷ Ce code de l'indigénat ne s'applique pas aux habitants des 4 communes du Sénégal. Pour ces habitants, c'est le code civil français qui est appliqué et en fait des citoyens français (Dozon 2003).

⁶⁸ Elle est abordée par le gouverneur général Roume (Warzager 1993 : 6) .

« *une politique sanitaire de masse, selon le principe qu'il vaut mieux améliorer la vie de 2000 individus que d'en sauver 3 de la mort* », c'est pourquoi la lutte contre les épidémies et les endémies est privilégiée (Domergue 1978 : 49). Le médecin colonial s'exécute en réservant ainsi aux populations locales un traitement inégal et différentialiste par rapport aux colons (Le Cour Grandmaison 2014 : 31). Ces considérations sont aussi dictées par le manque de moyens financiers et humains. En 1918, l'école de médecine de Dakar voit le jour pour former un corps de médecins auxiliaires indigènes⁶⁹ afin de seconder les médecins coloniaux et pallier à leur pénurie (Domergue, 1978 : 45).

2.2 Le problème du dépeuplement des colonies

Au lendemain de la première guerre mondiale, la France se retrouve confrontée à un problème de dépeuplement dans ses colonies africaines⁷⁰. Ce dépeuplement est provoqué par la politique coloniale, en l'occurrence par les bouleversements qu'elle a induits. Les territoires voltaïques qui constitueront par la suite l'actuel Burkina Faso représentent un véritable bassin pourvoyeur de main d'œuvre que les autorités coloniales n'hésitent pas à déplacer, ni à soumettre aux travaux forcés (Cordell, Gregory, et Piché 1996).

Cette exploitation concerne aussi les femmes qui « *ne furent pas moins soumises au travail forcé que les hommes malgré la réglementation qui leur interdisait les prestations* » (Fourchard 1997 : 2). Il rappelle que des « *dizaines de milliers* » de femmes ont été recrutées notamment « *par l'administration coloniale* » pour la construction du chef-lieu de la colonie dans les années 1920 » (Fourchard 1997 : 2). Le témoignage⁷¹ de Sœur Marie-André du Sacré-Cœur, que cet historien met en lumière, fournit sous forme d'un rapport écrit, une description détaillée du travail des femmes en Haute Volta en 1935 ; celles-ci pouvaient être recrutées en tant que « *cuisinières, manœuvres, dameuses, décortiqueuses, porteuses* ». Certains extraits de ce rapport qui consignent des observations de terrain décrivent la dureté et la violence des conditions d'exploitation auxquelles sont soumises les femmes.

« *Pour la réfection des routes, la cuisine des prestataires, l'administration demande aux chefs de canton indigènes de lui fournir le nombre de femmes nécessaires. Elles se rendent à*

⁶⁹ Bado cite un article de la revue du Bulletin de la société de pathologie exotique (vol 13 1920 p 624) qui définit le rôle du médecin auxiliaire comme suit : « *assainir le pays, instruire l'indigène, lui donner les plus indispensables notions d'hygiène, le protéger contre les maladies évitables, fortifier la race pour augmenter sa puissance de travail, et par suite l'enrichir* » (Bado 1996 : 217).

⁷⁰ L'AEF connaît ainsi un véritable effondrement démographique, « 10% de sa population aurait disparu » (Bado 1996 : 211).

⁷¹ Néanmoins, dans l'analyse de ce témoignage Fourchard montre que la religieuse dénonce les travaux forcés parce que les conditions de leur exécution vont à l'encontre de la « moralité publique » et sont défavorables à « l'accroissement de la famille » (Fourchard 1997 : 2).

l'endroit désigné pour un ou plusieurs mois et dament la chaussée, porteront les cailloux ou puiseront l'eau nécessaire (...) » (Fourchard 1997 : 2).

Ces observations montrent aussi que les femmes enceintes ne sont pas épargnées.

« Parlons des arachides, elles doivent être portées décortiquées au marché. Pour faire ce travail, il existe des décortiqueuses... qu'on n'utilise guère. Au lieu d'ordonner aux indigènes de décortiquer les arachides chez eux et de les porter ensuite sur le marché, le chef de canton fait apporter chez lui les arachides en coque et réquisitionne des femmes pour les décortiquer. C'est un gros travail (...) En général, le chef de case prend des jeunes filles ou femmes de 35-40 ans. Mais quand le nombre de travailleuses est plus élevé (durant plusieurs mois ici elles sont de 500 à 600 chez le chef de canton), il s'y trouve des femmes enceintes et il est même arrivé que quelques-unes accouchent sur la place au milieu de leur travail (...) » (Fourchard 1997 : 3).

Les mauvais traitements infligés et les privations fragilisent les populations face aux épidémies. La maladie du sommeil disséminée par les déplacements de populations a provoqué des ravages⁷² parmi la population voltaïque (Bado 1996). La pandémie de grippe a tué plus de 200 000 personnes (Bado 1996 : 210).

Par ailleurs, lors de la guerre anti-coloniale⁷³ dans ces territoires (la Haute-Volta Bani), entre 1915 et 1916, 30 000 personnes auraient perdu la vie, notamment des hommes âgés entre 18 et 35 ans, créant une distorsion démographique sur les générations suivantes (Saul et Royer 2002 : 5).

De même une succession de sécheresses à partir de 1910⁷⁴ provoque des périodes de disette puis de famine entre 1913 et 1915. Une autre crise alimentaire survient ensuite entre 1926 et 1931. Une véritable famine s'étend de 1928 jusqu'en 1931-32. Cette crise alimentaire provoque plus de 50 000 morts (Bado 1996 : 241).

2.3 « Développer les races indigènes en qualité et en quantité »

Face à cette crise démographique qui met en péril le projet colonial, les hommes politiques de la Troisième République s'alarment et se focalisent sur la mortalité infantile « *effroyable* » dont s'émeut Sarraut, le Ministre des colonies, dans un discours en 1921⁷⁵. Tout comme en métropole où la question populationnelle est liée à la santé des mères, le risque d'effondrement démographique dans les colonies, « *conduit à associer les femmes à l'entreprise de renouveau et de*

⁷² Bado révèle comment les autorités coloniales ont minimisé ce risque épidémique allant jusqu'à falsifier les statistiques. Il était impératif de ne pas faire fuir les investisseurs en leur montrant que la situation sanitaire dans les colonies était maîtrisée (Bado 1996).

⁷³ Souvent appelée révolte ou encore rébellion, les travaux de Saul et Royer démontrent qu'il s'agissait d'une véritable guerre contre les colonisateurs qui a mobilisé des centaines de villages (Saul et Royer 2002).

⁷⁴ Une première alerte se produit dès 1908 dans le Yatenga.

⁷⁵ « En AOF, le taux de mortalité infantile est estimé de 300 à 400 pour mille par les médecins coloniaux, des chiffres voisins de ceux de la Gold Coast britannique ou de l'Indochine, et trois fois supérieur à ceux de la métropole » (Barthélémy 2010 : 26).

consolidation nationales. Ce contexte incite l'administration à s'intéresser aux Africaines afin de leur faire adopter des normes sanitaires nouvelles » (Barthélémy 2010 : 26). Les gouvernements successifs décident de mettre en place une politique sanitaire qui vise à améliorer l'état de santé des populations, à « *sauvegarder la race* », comme cela est énoncé à l'époque (Barthélémy 2010 : 24). Dans ce projet, la lutte contre la mortalité infantile devient un axe d'intervention important.

2.4 La naissance balbutiante de la PMI

Le ministre des colonies suivant, Daladier, ordonne « *les mesures d'ordre général à appliquer dans la défense contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes* » dans une circulaire datant du 30.12.1924⁷⁶. Il préconise « *la politique du repos* » qui interdit le prélèvement de l'impôt, les prestations et les recrutements. Mais cette partie du programme reste lettre morte et on assiste au contraire, à une intensification des recrutements (Bado 1996 : 227). En revanche, le gouverneur général Carde en AOF relaie la politique sanitaire et donne les instructions pour développer des services de médecine préventive et sociale dans les colonies ; ceux-ci doivent intégrer « *un centre d'eugénique* » qui comprend « *une maternité, une consultation des femmes enceintes, une consultation des nourrissons et jeunes enfants* » (Warzager 1993 : 52-53). Ces instructions posent entre 1924 et 1926 les fondements du dispositif de la PMI dans les colonies d'Afrique Occidentale Française. Néanmoins, ce dispositif peine à se mettre en place, comme nous le verrons par la suite. Le but affiché est clairement de « *développer les Races Indigènes en Qualité et en Quantité*⁷⁷ » par la médicalisation de la maternité. Il s'agit en effet d'inciter les femmes enceintes à venir consulter et accoucher dans les maternités, et diffuser parmi elles des normes d'hygiène et de puériculture, qui ont fait leur apparition en métropole, ainsi que de nouveaux modèles féminins. Par ailleurs, comme le précise Barthélémy, ce projet sanitaire doit se faire « *à moindre coût* » (Barthélémy 2010 : 26).

a. Implantation du corps professionnel des sages-femmes

Cette nouvelle politique sanitaire nécessite l'appui de femmes indigènes. Cette nécessité s'impose car très peu de sages-femmes européennes sont candidates pour exercer dans les colonies. Elle permet, de plus, de disposer d'un personnel sanitaire peu coûteux qui présente l'avantage d'entretenir une proximité avec les populations (Barthélémy 2010 : 26 ; 29).

En 1918, la première section des sages-femmes africaines est créée à Dakar dans l'école de médecine. L'éducation et les enseignements dispensés, très centrés sur l'enseignement domestique et la culture française ont pour objectif de façonner un

⁷⁶ Relevée dans Warzager (Warzager 1993 : 53).

⁷⁷ Cette doctrine est issue d'une circulaire ministérielle de 1924 (Bado 1996 : 227).

nouveau modèle de femme africaine (Barthélémy 2010 : 133). Barthélémy montre ainsi, dans ses travaux qui leur sont consacrées, comment « *le discours colonial s'est concrétisé par une politique différencialiste fondée sur la distinction entre « la masse » et une minorité sélectionnée et formée en vue de forger des « évoluées »* » (Barthélémy 2010 : 17-18). Ces jeunes femmes, sélectionnées parmi les familles riches ou possédant une charge d'autorité, sont façonnées pour collaborer à la « *mission civilisatrice* » de la France, et devenir des « *auxiliaires des colonies* » (Barthélémy 2010 : 116).

Sur le plan médical, leur formation est basée sur la pratique, c'est-à-dire la surveillance de la grossesse, « la pratique des accouchements », les conseils nutritionnels, « la vaccination jennérienne » ainsi que les conseils sur l'hygiène dans les habitations (Barthélémy 2010 : 112-115).

b. La médicalisation de la procréation dans les colonies

La mission des sages-femmes auprès des femmes enceintes s'inscrit dans le cadre de la protection maternelle et infantile (Barthélémy 2010 : 15). Il s'agit pour elles de remplacer les conceptions et pratiques locales autour de la maternité par la diffusion et l'imposition des normes sanitaires en vigueur en métropole (Barthélémy 2010 : 26 ; 191) mais élaborées aussi à partir des causes de la mortalité infantile identifiées par les médecins coloniaux (Barthélémy 2010 : 192). Nous retrouvons comme en métropole la même déclinaison des mesures sanitaires basées sur les risques biomédicaux et une approche de surveillance de la grossesse : la surveillance prénatale avec le palper abdominal, les examens d'urines, le dépistage de la syphilis et de la tuberculose, puis l'assistance à l'accouchement, la consultation postnatale, et enfin le repos après l'accouchement. Celui-ci réalisé en position allongée constitue un élément nouveau supplémentaire pour les femmes africaines (Barthélémy 2010 : 211).

Cette conception médicalisée de la procréation est complètement étrangère aux populations locales et va à l'encontre des pratiques des femmes. Ce changement de normes crée un bouleversement des pratiques culturelles et sociales au sein des populations autour de la maternité (Barthélémy 2010 : 212-213). Les mêmes considérations qu'en métropole à l'égard des femmes des milieux populaires et de la campagne accompagnent cette médicalisation de la maternité. Les femmes indigènes sont également jugées responsables de la mortalité infantile qui serait provoquée par leur ignorance et leurs pratiques néfastes (Hugon 2004 : 15)⁷⁸. Ces considérations se doublent de préjugés racistes. Barthélémy relève que les africaines sont « *considérées comme doublement ignorantes parce que mères et africaines* » (Barthélémy 2010 : 212). On retrouve le même modèle de femme

⁷⁸ Hugon a travaillé sur la Côte d'Or (actuel Ghana) et nous retrouvons dans cette colonie britannique les mêmes phénomènes que dans les colonies françaises : la préoccupation démographique, la médicalisation de la maternité et la « domestication » des mères (Hugon 2004).

imposé en métropole qui exalte la maternité et inscrit son rôle dans le cercle privé domestique (Hugon 2004 : 146).

Barthélémy décrit les méthodes coercitives et incitatives des autorités médicales et administratives pour attirer les femmes dans les maternités. La contrainte comme moyen de persuasion est utilisée contre la résistance des femmes et leur entourage, pour éviter notamment que celles-ci ne s'enfuient des centres de santé. La coercition peut être violente envers les femmes enceintes et subsiste vingt ans après l'arrivée des sages-femmes sur le terrain (Barthélémy 2010 : 200). Comme en métropole, des incitations matérielles sont également distribuées, souvent par le biais d'œuvres laïques ou religieuses (Barthélémy 2010 : 197). Les sages-femmes sont néanmoins reconnues pour certaines de leurs compétences, en l'occurrence à l'occasion d'accouchements qui se présentent mal. Elles bénéficient par ailleurs du soutien des autorités coloniales et coutumières.

c. La place accordée aux matrones

Sur le terrain, la présence des matrones pose un double problème à l'expansion de la médicalisation de la maternité. Les autorités coloniales estiment leurs pratiques dangereuses. De leur côté, les matrones sont hostiles aux sages-femmes qui empiètent sur leurs prérogatives en matière d'accouchement et de soins apportés aux femmes et aux nouveau-nés après la délivrance. Par ailleurs, les sages-femmes, qui sont des jeunes femmes formées à l'école de médecine sont l'antinomie des matrones. En général ménopausées, elles ont acquis leur savoir par une transmission de mère à fille (Barthélémy 2010 : 205)

Plutôt que de les affronter, les autorités décident de les former notamment sur des notions d'hygiène, ou plutôt de les « rééduquer » par « l'entraînement et l'exemple des [sages-femmes] auxiliaires » (Barthélémy 2010 : 203). A cette occasion elles sont renommées « accoucheuses ». Des primes leur sont accordées pour chaque accouchement réussi. Une trousse de matériel leur est confiée pour éviter le tétanos ombilical. (Barthélémy 2010 : 204). Les sages-femmes contournent de manière individuelle l'hostilité des matrones et créent des alliances (Barthélémy 2010).

2.5 Les années 1940-50 : vers un renouveau sanitaire ?

Jusque dans les années 1940 et 50, la politique sanitaire qui est conduite en AOF ne correspond pas aux enjeux que représentent ces territoires peu homogènes et peuplés « *d'une population évaluée à 14 millions d'habitants au cours de la 1^{ère} guerre mondiale ; à peu près de 20 millions lors des indépendances* » (Barthélémy 2010 : 15). Bado souligne la particularité des territoires voltaïques par rapport aux autres colonies ; ceux-ci « *concentrent une des plus fortes démographies de l'AOF et reçoivent une des couvertures sanitaires les plus faibles* » (Bado 1996 : 169).

La couverture sanitaire demeure en effet nettement insuffisante avec des inégalités flagrantes selon les territoires. Les colonies côtières sont mieux loties que celles à l'intérieur des terres ; de même les centres urbains par rapport au milieu rural. Contrairement à la métropole, les moyens financiers ne sont pas mis à disposition dans les colonies qui restent sous-équipées en infrastructures sanitaires mais également en matériel et en médicaments. Ces conditions matérielles ne facilitent pas l'implantation des sages-femmes auxiliaires notamment dans les régions les plus reculées. A tel point que les accouchements à domicile sont préconisés en milieu rural pour pallier aux pénuries d'infrastructures sanitaires. Certaines sages-femmes se distinguent parfois des matrones essentiellement par le ciseau dont elles disposent pour couper le cordon ombilical et qui apparaît comme la seule « *nouveauté notable* » (Barthélémy 2010 : 190)

Une circulaire datant de 1924 pointe le manque de rendement et les dysfonctionnements des services sanitaires. Elle relève des locaux « *exigus* », pas adaptés et insalubres qui ont un « *effet repoussoir* » auprès des femmes. Il est demandé de remédier à cette situation en augmentant la construction de maternités selon des plans standards qui sont précisés.

Les effectifs en personnel médical, européens et africains sont également en dessous des besoins. Barthélémy compare le nombre de sages-femmes dans les colonies avec celui en métropole. « *En 1934, 159 sages-femmes africaines travaillent dans l'AOF, soit 86% des diplômées depuis l'ouverture de la section. Le taux d'encadrement de une sage-femme pour 95 000 habitants - 27 fois plus faible qu'en métropole où une sage-femme pour 3500 habitants est recensée en 1937 - confère un caractère dérisoire aux déclarations des autorités en matière de médicalisation de la maternité* » (Barthélémy 2010 : 178).

Les années 1940 voient l'établissement du régime de Vichy qui favorise la politique sanitaire des colonies et prend des mesures en faveur de la PMI. Excepté la création en Côte d'Ivoire de centres maternels, financés par les communautés et destinés aux femmes en milieu rural pour qu'elles viennent se reposer avant l'accouchement, nous ne savons pas si ce qui était prévu est vraiment appliqué (Warzager 1993 : 93-94).

En 1944, se tient la Conférence à Brazzaville au cours de laquelle se décide le sort des populations des colonies françaises. Les lois sociales de 1946 prises en métropole doivent également s'étendre aux colonies. Il est décidé d'accorder la citoyenneté aux populations colonisées⁷⁹, qui ont payé un lourd tribut pendant la deuxième guerre mondiale, de mettre fin aux travaux forcés⁸⁰ et d'investir dans ces

⁷⁹ Loi du 7 mai 1946, prise à l'initiative du député Lamine Gueye abolit le code de l'indigénat et accorde la citoyenneté française à tous les administrés de l'empire colonial français.

⁸⁰ Loi du 11 avril 1946, prise à l'initiative du député Félix Houphouët-Boigny. Néanmoins, les travaux documentaires de René Vautier « *Afriques 50* » montrent que les travaux forcés et les exactions envers les populations subsistent encore pendant les années 50 (Vautier et al. 2013).

territoires pour rattraper le retard dans leur développement, et notamment en matière de santé⁸¹.

Dans les années 1950, la SMI se développe dans les colonies françaises grâce au Fonds d'Investissements pour le Développement Economique et Social des territoires d'outre-mer (FIDES) spécialement destiné à la politique de rattrapage. Les crédits accordés sont insuffisants, l'Etat colonial français est suppléé par certaines institutions internationales parmi lesquelles les institutions toutes récentes, l'UNICEF et l'OMS créées respectivement en 1946 et 1948 (Warzager 1993 : 100-101).

La santé maternelle et infantile prend désormais une dimension internationale. Pour l'OMS, les orientations et les actions se portent pendant ces années 1950 surtout sur la formation des professionnels de santé et l'organisation des systèmes de santé où il s'agit d'intégrer la santé maternelle et infantile dans les dispositifs généraux de santé (Campbell, 2001). La consultation prénatale et l'éducation des mères constituent les principales interventions sanitaires sur le terrain (De Brouwere et Van Lerberghe 2001 : 26) .

A la même époque, la mortalité maternelle et infantile a chuté dans les pays du Nord et ne constitue plus un problème de santé publique majeur (De Brouwere et Van Lerberghe 2001: 16-17).

2.6 Une transplantation hybride, différentielle et incomplète

Dans les colonies, la mise en place d'un dispositif de santé maternelle et infantile conçu en métropole a été réalisée à moindre coût. Les autorités sanitaires des colonies n'ont jamais disposé des moyens financiers suffisants pour assurer une politique sanitaire d'envergure contrairement à ce qui s'est passé en métropole. Les véritables enjeux dans ces territoires demeuraient prioritairement leur rentabilité économique, au détriment des populations africaines. Ainsi dans le cadre des dispositifs de la PMI, seule l'approche médicale fondée sur les pratiques hygiénistes et certaines avancées obstétricales ont été retenues et appliquées. L'amélioration des conditions d'existence ne faisait pas partie des orientations des politiques sanitaires coloniales.

Par ailleurs, ces dispositifs comportaient de nombreuses insuffisances matérielles (infrastructures sanitaires) et humaines (professionnels de santé) inégalement réparties dans les colonies en particulier dans les territoires intérieurs.

Ainsi, sous couvert d'une mission civilisatrice qui incombait à la France, la transplantation des dispositifs de la PMI s'est inscrite dans un contexte de domination coloniale. Cette transplantation s'est opérée par l'imposition auprès des femmes, de nouvelles normes et pratiques sanitaires qui ont bouleversé les

⁸¹ Loi du 22 mai 1946 qui met en place la sécurité sociale.

conceptions locales, sous la férule de nouveaux groupes sociaux, les sages-femmes et les médecins. Cette transplantation d'un modèle professionnel existant en métropole, a favorisé la « fabrique » d'un nouveau groupe social. Ces femmes constituent une nouvelle élite, qui se distingue des autres femmes par leur éducation considérée moderne, leur statut social et économique acquis par le biais de leur profession. Elle véhicule également un nouveau modèle de pouvoir économique et social à travers le statut que confère le fonctionariat (Barthélémy 2010). Ces particularités perdurent toujours. Nous retrouvons le même phénomène auprès des médecins auxiliaires. Ceux-ci ont bénéficié pendant la colonisation d'un statut social et économique privilégié parmi la population. Ce statut persiste dans les représentations après les indépendances. La profession de médecin est vue encore aujourd'hui, notamment au Burkina Faso, comme une voie d'ascension sociale (Gobatto 2000 : 48-49).

C'est pourquoi au lendemain des indépendances, les Etats africains nouvellement émancipés héritent de dispositifs de protection de la santé de la mère et l'enfant hybrides et incomplets par rapport à celui dont il est issu et qui a été développé en France.

En abordant cette période clé de l'implantation des premiers dispositifs de la PMI en Afrique francophone, certains aspects apparaissent déjà problématiques comme la question du financement des dispositifs sanitaires dont celui de la PMI, la couverture sanitaire inégale, les insuffisances humaines et matérielles, le rapport entre les professionnels de santé et les femmes, et la faible fiabilité des statistiques de l'époque.

II. Les politiques sanitaires internationales : vers le risque zéro ?

Nous allons nous intéresser à présent à cette nouvelle ère qui s'ouvre après la décolonisation et avec les nouveaux Etats indépendants. Celle-ci voit la mise en place progressive d'un système de santé internationale.

3. Les années 1960-70 : L'amorce d'une politique internationale de santé maternelle et infantile

Au cours de cette première décennie, les politiques internationales de santé maternelle et infantile se sont construites à partir de nouvelles approches du risque.

3.1 Le nouveau concept de « facteur de risque »

A partir des années 1960, le concept de facteur de risque⁸² fait son apparition suite à une étude longue et exhaustive menée aux Etats-Unis⁸³ sur les maladies chroniques. Cette étude a largement contribué à faire évoluer les idées sur le risque dans le domaine de la santé. Grâce à des modèles mathématiques qui permettent d'établir des relations précises entre les différents facteurs, il est possible d'exprimer le risque de manière quantitative et de lui donner ainsi une valeur prédictive dans l'apparition d'une maladie. Néanmoins ce modèle mathématique nécessite d'identifier des facteurs mesurables. Ce paramètre implique d'enlever tous les critères subjectifs difficiles à évaluer et à mesurer. Ce qui conduit à une approche centrée sur l'individu où les influences sociales et environnementales non mesurables ne sont pas prises en compte. Cette approche par les facteurs de risque opère un glissement de la responsabilité collective vers la responsabilité individuelle. Elle induit en effet que les facteurs de risque ne relèvent que de l'individu et du comportement qu'il adopte pour atteindre la santé. La prévention de la maladie va reposer sur l'effort individuel du patient et du médecin (Aronowitz 2011).

Cette approche introduit la notion de prédiction à partir de paramètres individuels plutôt que collectifs qui permet de façonner une nouvelle approche, celle de la prédisposition individuelle à la maladie, qui consiste à repérer et évaluer les facteurs de risque chez l'individu pour mieux agir ensuite dessus afin de prévenir la maladie. Elle permet de penser qu'en agissant sur les facteurs de risque on agit sur la pathologie. Cette approche va également influencer les politiques de santé maternelle.

3.2 Les premières mesures des risques dans la santé maternelle internationale

Dans le champ de la santé maternelle, l'évaluation du risque individuel lors des consultations prénatales est désormais prise en compte. Cette évaluation s'appuie sur une objectivation et une quantification du risque de décès maternels à partir d'enquêtes sur les décès maternels en Grande Bretagne. Elle fait apparaître un lien entre les décès maternels, l'âge et la parité⁸⁴ des femmes enceintes. Elle permet de compléter la consultation prénatale qui consiste aussi à identifier les facteurs de

⁸² Le terme apparaît pour la première fois dans une publication issue de l'étude de Framingham en 1961.

⁸³ L'étude de Framingham commencée en 1948 s'est intéressée aux maladies coronariennes et a bénéficié des progrès techniques et technologiques (nouveaux outils statistiques et ordinateurs). Cette étude avait pour objectif de repérer et quantifier les paramètres individuels afin de les apprécier dans les causes et l'apparition de la maladie. Ces paramètres directement ou indirectement liés à la maladie sont les facteurs de risque établis à partir d'enquêtes auprès d'un grand échantillon de la population de Framingham sur un temps long.

⁸⁴ Nombre d'accouchements d'une femme ou plus précisément le nombre d'enfants mis au monde vivants, les fausses couches, morts fœtales ou à la naissance sont prises en compte par un autre indicateur la gestité.

risque ainsi définis et délivrer les soins appropriés selon les besoins individuels des femmes enceintes. Ce modèle est ensuite transplanté dans les pays du Sud alors que le contexte dans lequel il a été élaboré est différent (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 29). Cette nouvelle approche par les facteurs de risque induit que les efforts conjugués de la femme et du médecin sur les questions de l'âge et de la parité peuvent influencer la bonne issue de la grossesse, faisant de ces deux protagonistes les principaux responsables de la démarche et de ses conséquences.

Dans les années 60-70, la consultation prénatale demeure l'un des axes principaux de la stratégie, auquel s'ajoute la promotion et la formation des accoucheuses traditionnelles (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 27). La notion de grossesse rapprochée comme facteur de risque fait son apparition dans un rapport de l'OMS en 1974 (Campbell 2001). L'espacement des naissances comme moyen d'améliorer la santé de la mère est prôné via la planification familiale qui devient l'intervention prioritaire dans les années 70 (Campbell 2001), avec une large diffusion des contraceptifs oraux (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 27).

4. Années 1970- 1980 : Vers une approche économique de la santé

Fin des années 70, de nouvelles perspectives en matière de santé et de développement émergent dans le monde de la santé publique internationale. Elles remettent en question des stratégies sanitaires qui ne répondent pas aux réels besoins des populations (Cueto 2004 : 1864-65). Les services de soins de santé sont très insuffisants et leur accès reste problématique pour les populations, en particulier en milieu rural. De plus un rapport conjoint OMS-UNICEF publié en 1975, intitulé « *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries* » remet en question les programmes verticaux axés sur des maladies spécifiques (Cueto 2004 : 1866).

Par ailleurs, les jeunes Etats nouvellement indépendants se retrouvent confrontés aux deux blocs idéologiques, l'un guidé par les Etats-Unis, l'autre par l'URSS. Dans ce contexte se tient la conférence de Alma Ata organisée en 1978 par l'OMS ; réunissant 134 pays et 67 organisations internationales. Elle aboutit à la déclaration d'Alma Ata qui prône la justice sociale et l'équité, et donne la priorité aux Soins de Santé Primaires (SSP ou en anglais Primary Health Care : PHC) afin d'atteindre « La Santé pour tous pour l'An 2000 ». A travers ce concept de SSP, les protagonistes entendent rendre accessibles les soins de santé à toute la population, en l'occurrence les populations pauvres (AbouZahr 2003 : 15). Par ailleurs ils remettent en question l'approche verticale initiée par l'OMS qui consiste à mettre en place des programmes d'éradication des maladies spécifiques⁸⁵. Ils lui préfèrent une approche plus « horizontale », plus compréhensive des problèmes de santé.

⁸⁵ Comme la malaria qui se révélera un échec contrairement à la variole qui sera déclarée éradiquée en 1980.

Ceci nécessite une approche holistique de la santé englobant les aspects sociaux, politiques, économiques et environnementaux. La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale sont clairement citées comme faisant partie des SSP (Déclaration d'Alma-Ata 1978) .

Néanmoins le programme des Soins de Santé Primaires tel qu'il est formulé à Alma Ata peine ensuite à trouver une traduction concrète sur le terrain. Il n'est pas précisé comment le programme sera financé et aucun budget n'est affecté. Cette question est problématique puisqu'elle se trouve confrontée à deux idéologies antagonistes. La perspective socialiste collectiviste promeut l'intervention de l'Etat dans l'application de ce programme, considérant la santé comme un droit et donc privilégie l'accès à la santé au plus grand nombre et en particulier les plus pauvres⁸⁶. Les pays occidentaux sous l'égide des Etats-Unis préfèrent opter pour une intervention minimale de l'Etat (Basilico et al. 2013).

4.1 L'approche coût/efficacité

Au cours d'une autre conférence intitulée « *Santé et population dans le développement* » qui se tient peu de temps après en 1979 à Bellagio en Italie, une autre conception est développée et devient progressivement hégémonique, soit une conception néolibérale de la santé. Cette conférence est organisée par les pays industrialisés occidentaux, sous l'égide de la fondation Rockefeller soucieuse de repérer des stratégies sanitaires rentables. Cette conférence amène les protagonistes à reconsidérer le concept des soins de santé primaires (Cueto 2004 : 1868). Une étude menée par deux chercheurs, Warren et Walsh sert de support, en montrant que les SSP tels qu'ils ont été formulés à Alma Ata ne sont pas réalisables, parce que trop chers et impliquant la formation de trop nombreuses personnes (Walsh et Warren 1979).

Selon une conception très économiste, la santé est alors analysée sous le prisme néolibéral des systèmes de santé, c'est-à-dire à partir d'une nouvelle approche coût / efficacité. Cette approche consiste à sélectionner des interventions sanitaires spécifiques en fonction des bénéfices que l'intervention va procurer par rapport au coût estimé de celle-ci. Selon cette approche, un paquet de services de soins de santé est élaboré, qui permettra un retour sur investissement efficace et se traduira par un nombre maximum de vies sauvées par dollar dépensé. C'est la logique de rentabilité des actions engagées qui sous-tend ainsi cette stratégie.

Ainsi les interventions sont sélectionnées et appliquées en raison de leur coût / efficacité, du nombre d'individus qui seront touchés par ces mesures, et non pas en fonction des besoins des populations, même si ces interventions répondent à un certain besoin. Ce plan alternatif nommé Soins de Santé Primaires Sélectifs

⁸⁶ Ces pays vont ainsi développer des infrastructures sanitaires dans les coins les plus reculés (Basilico et al. 2013).

(SSPS)⁸⁷ est présenté comme une stratégie transitoire dans une période de limitation des ressources (Basilico et al. 2013).

4.2 La santé maternelle comme champ d'application

La santé maternelle et infantile devient le champ sanitaire privilégié pour l'application de ces SSPS qui suscitent de nombreux débats avec les tenants des SSP. Quatre interventions⁸⁸ sont d'abord retenues et visent prioritairement la survie des enfants : la surveillance de la croissance chez l'enfant, la réhydratation orale par un soluté hydrique de sucre et de sel, l'allaitement et la vaccination. Puis en 1983, la stratégie des SSPS s'étoffe avec trois interventions supplémentaires spécifiques à la santé des mères⁸⁹ : le planning familial et l'espacement des naissances, les campagnes d'alphabétisation des femmes et la supplémentation alimentaire.

Ces interventions sont choisies parce qu'elles sont conformes à l'approche coût /efficacité développée. Elles ont un fort impact à court terme et le budget qui leur est consacré est limité. Elles sont de plus faciles à évaluer/mesurer, ce qui attire certains bailleurs de fonds, chercheurs et organismes (Basilico et al. 2013 : 82)

L'UNICEF devient le fer de lance des SSPS financés par la fondation Rockefeller. Ceux-ci se concrétisent sur le terrain par des programmes verticaux dont les plus significatifs demeurent les grandes campagnes vaccinales qui ont connu un vif succès et ont permis certains progrès sanitaires (rougeole, tétanos, polio, diphtérie...) ⁹⁰ (Cueto 2004) et de réels succès en termes de baisse des maladies prévenables. Néanmoins, ces campagnes menées au nom des SSPS sont plutôt axées sur la santé de l'enfant, et les principaux éléments qui ont déterminé l'adoption de ces interventions sont les contraintes politiques et économiques imposées aux décideurs formés aux mêmes approches en santé publique (Unger et Killingsworth 1986).

En réalité, les SSPS mettent l'accent sur les interventions biomédicales et excluent les facteurs politiques, sociaux et économiques en lien avec ces problèmes sanitaires. De plus les interventions n'ont pas permis le renforcement des systèmes de santé. Les structures sanitaires n'ont pas été développées, ni le nombre de

⁸⁷ Selective Primary Health Care en anglais (SPHC) (Basilico et al. 2013).

⁸⁸ Dénommées sous l'acronyme GOBI en anglais : Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding, Immunizations.

⁸⁹ Désignée sous l'acronyme en anglais GOBI-FFF : Family planning and birth spacing, Female literacy campaigns, Food supplementation.

⁹⁰ Mise en place d'équipements de chaîne du froid, adoption de pratiques de stérilisation adéquates, célébration des Journées nationales de vaccination et élargissement des systèmes de surveillance (Cueto 2004).

professionnels de santé augmenté, l'idée étant que les Etats doivent intervenir le moins possible.

Il est important de s'attarder sur cette approche parce qu'elle donne naissance à des modes d'intervention qui seront repris et répandus ensuite tout au long des décennies suivantes, en particulier dans le champ de la santé maternelle. Ces interventions reposent sur la mobilisation communautaire, c'est-à-dire sur le volontariat et non sur la professionnalisation. Les volontaires sont indemnisés au prorata de leurs interventions. Le « package of care », devient de plus un outil privilégié. Il s'agit d'un ensemble de soins essentiels à prodiguer, sélectionnés et définis selon le rapport coût/efficacité de ces interventions et le nombre d'individus qui seront concernés par ces soins. Dans le domaine de la santé maternelle, l'OMS développera le « Mother-baby package » en 1994 (WHO 1994). Nous le retrouverons aussi sous l'appellation « paquet minimum d'interventions » ou « d'activités ».

5. Les années 1980 : la santé des mères au centre des débats

Début des années 1980, la Banque Mondiale opère un tournant décisif en s'imposant avec le FMI dans la santé publique internationale. Après avoir soutenu la stratégie des SSPS, elle promeut la privatisation des services publics en s'appuyant sur l'idée que les soins de santé ne sont pas un droit mais une marchandise qui peut tout à fait être fournie par le marché (Paluzzi 2004) (Basilico et al. 2013). Cette orientation s'appuie sur un nouveau paradigme économique défini lors du Consensus de Washington⁹¹. La Banque Mondiale élargira l'application de ce principe avec la politique de recouvrement des coûts portée par l'initiative de Bamako 1987⁹².

Cette politique de privatisation est également reprise par une autre institution financière internationale, le FMI auprès des pays du sud surendettés et en défaut de paiement à la même époque. Le FMI octroie ainsi des prêts en contrepartie de mesures drastiques, connues sous le nom de Programmes d'Ajustement Structurels⁹³. L'application de ces programmes astreint les Etats à la privatisation

⁹¹ Cette idéologie a été définie par ce que l'économiste Williamson a nommé en 1989, le Consensus de Washington, fruit d'une convergence d'idées et de méthodes de trois institutions : la Banque Mondiale, le Fond Monétaire International et le Département du Trésor américain (Brandecker 2007 : 12) (Mestrum 2008).

⁹² Les effets délétères de cette mesure seront très rapides avec une forte baisse de fréquentation des structures sanitaires, en particulier les populations pauvres, majoritaires dans les pays du sud.

⁹³ Le FMI contrôle les politiques monétaires et financières des Etats. Il va mettre en place les Programmes d'Ajustements Structurels, et les conditionnalités des nouveaux prêts, en collaboration avec la Banque mondiale : suppression des déficits budgétaires, privatisation des secteurs économiques gérés ou contrôlés par l'Etat, suppression des subventions publiques aux biens de consommation de première nécessité, diminution des budgets des services sociaux, augmentation de la pression fiscale, encadrement du crédit bancaire, dégraissage des fonctions publiques (Copans 2006 : 50).

des biens et services publics, aux restrictions budgétaires et à un interventionnisme restreint des Etats concernés. Ces mesures affecteront durablement les systèmes nationaux de santé.

La santé maternelle n'est pas épargnée par ce nouveau paradigme économique. De plus, elle apparaît sous les projecteurs de la scène des institutions internationales sous les traits de la « *tragédie négligée* ».

5.1 L'invisibilité des mères qui meurent en donnant la vie

« La mortalité maternelle⁹⁴ est à l'origine de la plus grande partie, ou presque, des décès qui surviennent parmi les femmes en âge de procréer dans quasiment tous les pays en développement, quoique l'importance du phénomène n'apparaisse pas toujours dans les statistiques officielles. Dans les régions où le problème est particulièrement aigu, la plupart des décès maternels ne sont tout simplement pas enregistrés ou bien la cause de décès n'est pas précisée- d'où la tendance à sous-estimer la gravité de la situation. Seuls 75 des 164 Etats membres de l'OMS sont à même de mesurer la mortalité maternelle. Sur les 117 pays en développement, 73 ne peuvent en donner le taux, et une partie des chiffres fournis par les gouvernements est très sous-évaluée » (OMS 1985 : 4).

« Toutes les quatre heures, jour après jour, un jumbo jet s'écrase et tous les passagers sont tués. Les 250 passagers sont tous des femmes, la plupart au printemps de leur vie, certaines même ont moins de 20 ans ... » (WHO 1986 : 175).

Ces deux déclarations à une année d'intervalle montrent combien la santé des femmes dans les pays dits en voie de développement, commence à retenir l'attention de la communauté internationale dans les années 80. L'ampleur des chiffres de la mortalité maternelle est telle qu'elle impose aux institutions internationales de s'emparer du problème.

a. « A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH ? »

C'est la publication en 1985 d'un article de deux chercheurs de l'Université de Columbia (Center of Population and Family Health) qui suscite l'émoi de la communauté internationale⁹⁵ et déclenche la mobilisation (Allen 2009 : 6). L'article intitulé « A Neglected Tragedy : Where is the M in MCH ? » dévoile un aspect jusque-là « négligé » de la santé maternelle (Rosenfield et Maine 1985). Il révèle des taux de décès maternels extrêmement élevés dans les pays dits en voie de développement, d'autant plus impressionnants et alarmants qu'ils sont deux cents fois plus élevés que les taux les plus faibles dans les pays industrialisés (OMS

⁹⁴ Souligné dans le texte original.

⁹⁵ Professionnels de santé, en particulier les médecins jugés plus préoccupés par leur spécialisation que par la santé des femmes, les décideurs politiques et les politiciens (Allen 2009 : 6).

1985). Cette invisibilité du phénomène est due à l'indisponibilité de données complètes et fiables dans les pays. Les décès ne sont pas recensés, seuls les hôpitaux tiennent des registres. Or, la majorité des femmes décèdent en couches à leur domicile (De Brouwere et Jahn 2001 : 26).

L'apparition et la disponibilité des statistiques et leur diffusion ont rendu visible auprès de la communauté internationale le drame de ces femmes qui meurent en donnant la vie. Elles ont permis une prise de conscience renforcée par la mobilisation de la société civile de l'époque où les manifestations auxquelles ont pris part les féministes et les militants de la cause des femmes se sont multipliées. A la suite de la conférence sur la population à Mexico en 1984, la conférence mondiale pour évaluer la « Décennie des Nations Unies pour les Femmes » entre 1975 et 1985 se tient à Nairobi en 1985. Elle contribue à attirer l'attention sur le rôle essentiel que les femmes jouent dans le développement social, économique et sanitaire dans leur pays, ainsi que leur droit à la santé. Ainsi la « Santé pour Tous » inclut également la santé des femmes et implique la mise œuvre de stratégies pour abaisser la mortalité maternelle (OMS 1985). La santé de la femme devient ainsi un aspect essentiel dans ce contexte et les militantes pour la santé des femmes insistent sur une prise en compte de celle-ci en dehors de toute subordination à la santé de l'enfant (AbouZahr 2003 : 16). Quatre mois après la publication de l'article, l'OMS tient une réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle qui rassemble les professionnels de santé, les chercheurs et décideurs politiques de 36 pays. Les différents experts ainsi réunis définissent les risques pour la santé maternelle en termes de facteurs médicaux, reproductifs et socioéconomiques qui peuvent influencer sur les taux très élevés de décès maternels dans les pays dits du sud. Ils ont relevé que certains paramètres comme l'âge de la femme, sa santé physique, le nombre antérieur de grossesses, son statut socioéconomique et son désir d'être enceinte, ont tous une incidence sur la survie d'une femme enceinte. La distance entre le domicile des femmes et la structure sanitaire est également identifiée comme un facteur important qui pourrait influencer sur la survie d'une femme enceinte si une complication survenait (Allen 2009 : 7).

b. L'Initiative pour la Maternité Sans Risque

Cette réunion est suivie en 1987 d'une conférence internationale à Nairobi co-organisée par l'OMS, la Banque Mondiale, l'UNFPA en coopération avec le PNUD⁹⁶. Le but affiché de ce grand rassemblement est « *non seulement [d'] attirer l'attention sur la mortalité maternelle mais surtout [...] inciter à une action immédiate et concertée au niveau national et international en vue de mettre un terme à cette tragédie* » (Starrs 1987 : 4). Lors de cette conférence, en plus du rôle reproductif

⁹⁶ Des institutions privées comme la Carnegie Corporation de New York, la Fondation Rockefeller, la Fondation Ford, la Fondation Pathfinder ont contribué à la tenue de cette conférence.

dévolu aux femmes, l'intérêt porté sur leur santé est lié à leur place dans la productivité économique et la sécurité du foyer qui leur est reconnue.

« Ainsi qu'il est ressorti clairement des discussions, sauver la vie des femmes est un objectif pragmatique autant qu'une entreprise humanitaire. Les contributions et la productivité des femmes ne se manifestent pas seulement par les enfants qu'elles nourrissent, mais aussi par les produits alimentaires qu'elles cultivent, récoltent et préparent, par toute la gamme de biens qu'elles produisent et commercialisent, par l'enseignement et les soins qu'elles prodiguent à leurs enfants, par les multiples tâches qu'elles effectuent quotidiennement au service de leur famille et de leur communauté » (Starrs 1987 : 5).

Rappelant ainsi certains énoncés de la Troisième République qui présentaient la femme comme le dernier rempart à la crise, Mr Conable, Président de la Banque Mondiale va plus loin encore et déclare : *« Et si la santé de la mère est le rempart de sa famille, c'est aussi la fondation de la communauté et du progrès social. En œuvrant pour la maternité sans risque, nous œuvrons pour un développement soutenu sur tous » (Starrs 1987 : 42).*

Cette conférence permet de recenser les facteurs de risque et les causes des décès maternels et les moyens d'y faire face. Sont ainsi catégorisées les femmes « à haut risque » de complications pendant la grossesse avec les facteurs de risque suivants : *« grossesses précoces, trop tardives, trop nombreuses, et trop rapprochées » (Starrs 1987 : 15).* D'autres facteurs sont également identifiés : la petite taille, la malnutrition et l'anémie chronique, le paludisme et les infections intestinales. Les maladies chroniques comme le diabète, l'hépatite, l'hypertension et la cardiopathie sont mentionnées comme pouvant être aggravées pendant la grossesse. De même les avortements sont une cause de décès maternel. Pour la première fois, la morbidité maternelle est évoquée. Les séquelles issues de l'accouchement sont énoncées comme les problèmes des infections mal soignées qui peuvent provoquer des infertilités, les fistules qui constituent un handicap physique mais aussi social. Les problèmes de santé des femmes sont uniquement envisagés dans leur rôle procréatif. Les facteurs de risque et les causes de décès maternels tels qu'ils sont abordés en tant qu'entités mesurables ou du moins évaluables sous-entend qu'en agissant sur ces (facteurs de) risques identifiés au préalable, c'est-à-dire en les faisant disparaître à travers des mesures sanitaires appropriées, il est possible de diminuer la mortalité maternelle.

Suite à cette conférence un « appel à l'action » est lancé. Celui-ci fixe les premiers cadres programmatiques qui visent à réduire de moitié la mortalité maternelle en l'an 2000, et démarre l'Initiative pour une Maternité Sans Risque (IMSR) (Mahler 1987). Cette initiative conduit à la mise en place du Groupe Inter Agences (IAG) réunissant les sponsors de cette conférence, deux agences des Nations Unies (UNICEF et PNUD) et deux grandes ONG internationales (International Planned Parenthood Federation (IPPF) et Population Council) ainsi que des conférences nationales et régionales où la maternité sans risque est acceptée et entendue en

termes de santé publique (Starrs 1997). Par ailleurs, « *[C]e programme est basé sur l'élimination idéale des « facteurs de risque » liés à la santé maternelle et illustre un renouvellement des représentations et des pratiques liées à ce domaine de santé* ». Les participants « *tendent unanimement vers un « risque zéro » à l'image même de l'intitulé de l'initiative* » (Arborio 2007 : 49). Ainsi le risque tel qu'il est entendu dans ce champ d'intervention « *s'emploie en termes de transmission des maladies, de contrôle de la natalité, de baisse de la mortalité maternelle et infantile* » (Arborio 2007 : 49). Cette conception d'une « *maternité sans risque* » vise l'élimination des risques et implique une politique de contrôle de ces facteurs. En revanche, elle néglige voire occulte tous les autres risques en lien avec des facteurs difficilement mesurables et quantifiables.

De plus, cette première intention d'objectif chiffré que nous retrouverons tout au long des décennies suivantes, entérine sur un plan politique, la mesure des chiffres, c'est-à-dire la baisse statistique de la mortalité maternelle, comme seul indicateur de la santé maternelle, c'est-à-dire des mères. Tout comme le taux de mortalité maternelle devient un indicateur de développement pour chaque pays.

De même, lors du Sommet Mondial pour l'Enfance en 1989, bien que la volonté de prendre en compte la santé de la mère soit réaffirmée, elle reste un sous-produit des programmes de santé infantile. Sa subordination à la survie de l'enfant est clairement affichée, comme l'a déclaré James Grant, directeur général de l'UNICEF lors de cette conférence : « *L'accent mis sur les objectifs en matière de mortalité maternelle, est en grande partie un sous-produit des efforts de survie de l'enfant* » (AbouZahar 2003 : 16).

5.2 Les années 1990 : De la SMI à la santé reproductive, le droit à la santé pour les femmes

Dans les années 90, alors que la situation concernant la mortalité maternelle n'a guère évolué, celle-ci occupe de nouveau l'agenda international, à travers de multiples conférences qui se succèdent entre 1994 et 1997⁹⁷. La Déclaration de Beijing et son programme d'actions, lors de la quatrième conférence sur les femmes qui s'est réunie à Beijing en 1995 pose le principe pour toutes les femmes du droit à la santé en termes d'égalité. La maternité intègre alors le cadre plus large de la santé reproductive (AbouZahr 2003). La santé de la femme ne se réduit plus à celle de la mère et le droit à la santé ne se limite pas à l'accès aux soins. Il prend en compte certains aspects de la santé des femmes comme les problèmes de santé négligés, en l'occurrence les pratiques mutilantes, et les situations de violence à leur encontre. Les questions environnementales sont également mentionnées dans la mesure où il apparaît que les femmes sont surexposées aux pollutions. La CPN

⁹⁷ 1994 Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) au Caire, 1995 Sommet Mondial pour le Développement Social à Copenhague, 1997 conférence de Colombo (Sri Lanka).

et les accoucheuses traditionnelles sont considérées comme des moyens trop limités pour permettre la réduction de la mortalité maternelle. Il est demandé d'étendre les soins pendant la grossesse et l'accouchement ce qui nécessite de revoir le système de santé (plus de personnel qualifié et payé, des médicaments, des moyens/équipements techniques, mais également des lois pour réguler le champ). De plus avec l'épidémie de VIH qui affecte tout particulièrement les femmes et révèle les inégalités et les « vulnérabilités » sociales, les programmes verticaux sont remis en question au profit d'une approche plus holistique (Déclaration de Beijing 1995).

5.3 Modèles standardisés de la mortalité maternelle dans les pays du Sud

Au cours de ces deux décennies, de nombreux travaux sont réalisés dans le cadre de la santé maternelle afin de développer des approches sanitaires spécifiques. L'une concerne les consultations prénatales comme l'un des piliers des dispositifs de la santé maternelle. L'autre s'intéresse aux barrières d'accès aux soins et aux structures sanitaires adéquates. Elles reposent toutes deux sur une approche unique basée sur le risque individuel et non plus sur une approche également en population, c'est-à-dire les femmes en interactions avec l'ensemble de la population mais aussi avec leur environnement.

a. L'approche gestionnaire du risque de l'OMS : « risk approach »

A partir de 1978, l'OMS développe un modèle appelé approche risque (risk approach) qui est perfectionné sur le plan méthodologique en 1984 (WHO 1978) (Backett, Davies, et Petros-Barvazian 1984). Cette approche s'inscrit dans le cadre des SSPS et en adopte la logique. Cet outil doit permettre de fournir de manière sélective des soins de santé à un maximum d'individus qui en ont besoin et accroître l'efficacité du déploiement des ressources mobilisées (Hayes 1991). Il doit contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire de la maternité, le système d'orientation des femmes à risques, appelé système de référence, vers d'autres structures sanitaires (en général d'échelon supérieur) et aura un impact sur les facteurs de risque (Hayes 1991). Cette approche repose sur deux principes. Premièrement, les femmes enceintes qui ont des risques de développer des complications obstétricales sont peu nombreuses par rapport à l'ensemble des femmes enceintes. Deuxièmement, il est possible d'empêcher, une fois identifié, le risque de se transformer en problème, à condition de pouvoir y répondre (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 36). La stratégie qui découle de l'« approche risque » consiste donc à identifier les femmes à risque parmi l'ensemble des femmes autrement dit à faire un tri entre les femmes à risque et les autres considérées non à risque à partir des facteurs de risque établis par les utilisateurs de la stratégie. Les facteurs de risque pour identifier les femmes à risque

sont basés sur deux classifications. L'une considère le lien entre les facteurs de risques et leurs conséquences négatives sur la procréation. Il peut être causal, contributif, prédictif ou associatif. L'autre s'intéresse aux conditions biologiques (âge, rang de naissance, intervalle de naissance), nutritionnelles (taille, poids, gain de poids), sociales (charge de travail, aide appropriée à l'accouchement) à l'utilisation des consultations prénatales, et aux complications biomédicales de la grossesse (anémie, hypertension, diabète, saignement anténatal, jumeaux, présentation anormale)(De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 35).

Ce tri ainsi effectué permet en théorie d'orienter vers les services de santé adéquats, uniquement les femmes identifiées à risque. Pour que cette stratégie puisse être efficace, deux conditions sont nécessaires. La première est d'être en mesure d'identifier précisément les femmes vraiment à risque (Hayes 1991). La seconde est la faculté pour les Etats de répondre au problème identifié qui représente un risque pour la femme enceinte, c'est-à-dire de mettre à disposition des infrastructures et personnels sanitaires adéquats, afin de recevoir les femmes à haut et faible risque, et évaluer le risque tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 37).

En définitive, cette approche s'apparente à un outil de gestion des soins de santé maternelle et infantile à appliquer dans les pays où les ressources sont limitées (Bergjso 2001). « Cet instrument n'a plus pour objectif d'évaluer un risque individuel mais devient un outil de décision programmatique » (De Brouwere, Tonglet, et Van Lerberghe 1997 : 30). Il permet en effet la gestion rationnelle du risque et du recours aux structures sanitaires de l'échelon supérieur. On passe d'une évaluation du risque individuel centré sur les femmes à une gestion économique et collective du risque. Cette approche s'inscrit dans la droite ligne de la vision néolibérale coût / efficacité développée précédemment ; elle vise la réduction des décès des mères et des nouveau-nés en gérant de manière efficiente les ressources, évitant ainsi d'investir dans des infrastructures et personnels hospitaliers jugés trop coûteux.

b. Le cas « de Madame X »

Le cas type de Madame X est utilisé abondamment pendant la décennie entre 1987 et 1997 dans les séminaires de formations des professionnels de santé afin de les sensibiliser sur les causes multiples qui peuvent éviter les décès maternels (Allen 2009 : 2). Madame X est présentée comme une femme d'un pays du Sud, âgée de 38 ans, pauvre et illettrée. Elle est morte en couches et les raisons de son décès reposent sur l'accumulation de quatre facteurs : complication mortelle, fécondité élevée, grossesse à risque et un faible développement socioéconomique.

c. « La route vers la mort maternelle »

L'itinéraire type de « la route vers la mort maternelle » est un schéma élaboré et qui circule largement pendant la même période que madame X (Allen 2009). Ce

schéma met en scène madame X avec ses 4 facteurs de risque qui emprunte un itinéraire de soins qui la conduit directement vers la mort. Sur le schéma figurent quatre mesures principales qui en influant sur les facteurs de risque lui auraient évité la mort : améliorer le statut de la femme, mettre en place des services de planning familial et des soins de santé maternelle communautaires, et rendre accessible les services de référence pour les complications obstétricales.

d. Le modèle de Thaddeus et Maine (1994) ou le modèle des 3 retards

Ce modèle explicatif est élaboré en 1994 par deux chercheuses américaines qui s'intéressent aux urgences obstétricales, et plus particulièrement aux facteurs qui influent sur l'intervalle de temps entre la survenue de la complication obstétricale et son issue mortelle, c'est-à-dire les causes des retards qui empêchent une prise en charge adéquate des femmes. Ces retards sont caractérisés selon une chronologie et une logique d'enchaînement : le retard dans le délai de la prise de décision, retard dans l'accès à une structure adéquate de soins, retard dans l'accès à un soin adéquat.

Ce modèle identifie plusieurs obstacles à l'accès aux soins de qualité et adaptés à la situation, en temps opportun : la distance géographique entre le domicile de la femme et le centre de santé, le coût des soins, leur qualité, les caractéristiques de la maladie, le statut des femmes à la fois au sein de la communauté et sur un plan économique et scolaire. Les auteures précisent que ce modèle a pour objectif d'apporter une approche qui donne la priorité à des interventions pratiques et mesurables visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services. Ce qui devrait à son tour atténuer les facteurs qui entravent la décision de recourir à ces services.

En outre, cette approche introduit la notion de « barrière d'accès aux soins » que nous retrouverons notamment dans la politique d'exemption du paiement des soins développée après les années 2000.

Ces modèles s'appuient sur des facteurs de risque focalisés sur l'individu et présentent une expérience standardisée, homogénéisée des femmes dans les pays dits du Sud, « *réduisant ainsi la complexité de l'expérience de la procréation des femmes dans les pays du Sud* » (Allen 2009).

« Les femmes des pays en voie de développement sont décrites selon une même catégorie ayant les mêmes pensées, les mêmes croyances, les mêmes sentiments, appelant ainsi des réponses similaires » (Allen 2009 : 6).

Ces approches ne prennent pas en compte les facteurs sociaux et environnementaux qui ne sont pas tous mesurables et quantifiables alors même que cette « tragédie » est mise en lumière dans un contexte de réformes structurelles qui affectent les Etats africains et les services publics de la santé et de l'éducation. Ainsi, on met en avant le faible niveau scolaire des femmes comme

facteur influençant la mortalité maternelle tandis que les politiques économiques en cours imposent des économies dans le secteur de l'éducation.

Cette standardisation trouve sa justification et sa traduction lors de l'IMSR où des limites sont déjà posées dès son lancement. Le rapport de la conférence préconise en effet, après avoir passé en revue les états des lieux, les facteurs de risques et les expériences nationales, la mise en place d'interventions économiquement rentables, c'est-à-dire des interventions sélectionnées, efficaces et à moindre coût (Starr, 1987). Ainsi, dans ce contexte que nous avons évoqué, où de nombreux pays sont sous ajustement structurel, la pénurie de personnel qualifié est compensée par la promotion du volontariat et les activités communautaires. La priorité est donnée aux soins préventifs (CPN) et à la formation des accoucheuses traditionnelles, ainsi qu'aux accouchements à domicile. Ces interventions sont moins onéreuses par rapport au système hospitalier très coûteux, qui consomme une grande partie des budgets sanitaires nationaux ; alors que les médecins et sages-femmes prennent en charge un nombre non significatif de femmes (Campbell 2001).

La conférence de Colombo en 1997 fait le point d'une décennie de l'IMSR où la mortalité maternelle est un problème complexe devenu quasiment « inextricable » (De Brouwere et Van Lerberghe 2001 : 1). Ce constat précède la mise en place quelques années plus tard, de dispositifs exceptionnels pour enrayer l'épidémie de VIH suite à une forte mobilisation internationale.

III. L'épidémie de VIH/sida : vers le risque inacceptable

Pendant que la communauté internationale prend la mesure de l'ampleur de la « tragédie négligée » qui se joue dans les pays du Sud avec les taux scandaleusement élevés de femmes qui décèdent en donnant la vie, une tragédie sanitaire supplémentaire se prépare. En 1981, les premiers cas cliniques de sida sont officiellement reconnus par les autorités sanitaires américaines. Ils décrivent l'histoire de cinq hommes homosexuels décédés révélant des relations sexuelles multiples et des maladies sexuellement transmissibles. Très vite la maladie identifiée est comme le Cancer gay avant que la dénomination de SIDA (Syndrome de l'immuno Déficience Acquisée) ne soit établie en 1982 aux Etats-Unis par le Centre de contrôle et de prévention des maladies (Center for Diseases Control ou CDC). Aux débuts de l'épidémie, une partie de la communauté scientifique et médicale considèrent le SIDA comme la maladie des « homosexuels » et des « hommes » et envisagent uniquement la transmission homosexuelle (Treichler 1999 : 42). Or, des premiers cas de sida sont identifiés dès 1982 chez les femmes américaines et en 1983 les premiers cas de transmission dite verticale sont décrits (Treichler 1999 : 47). Passée sous silence dès l'apparition de la maladie, l'épidémie

de sida chez les femmes est négligée pendant toute la première décennie (années 80) dans les pays du Nord.

1. Les femmes comme catégorie à risque « négligée »

Les études épidémiologiques fournissent rapidement des « facteurs de risque » en association avec « les modes de vie ». Ceux-ci reposent essentiellement sur les pratiques sexuelles des patients atteints par l'infection et considérés comme déviants. D'autres groupes à risques en dehors des homosexuels sont ensuite catégorisés tels que les usagers de drogue, les hémophiles, et les haïtiens, communément dénommés, aux Etats-Unis les 4H⁹⁸. Dans ces catégorisations, la désignation neutre qui est utilisée n'indique pas que les femmes sont aussi touchées par la maladie. Quand elles sont infectées, elles relèvent de cas spécifiques qui les reconnaissent en tant que victime, ou partenaire d'un homme à risque, ou encore mère d'un enfant infecté. Elles ne sont pas prises en compte en tant que femmes infectées mais plutôt comme agent contaminant ; ce qui les exclut de la catégorie à risque de contracter la maladie et empêche de penser des campagnes de prévention de la maladie qui les incluent et les concernent (Treichler 1999). Les femmes prostituées et les partenaires hétérosexuels font irruption dans le paysage épidémiologique en 1984 aux Etats-Unis, et un an plus tard l'OMS transmet les rapports sur la transmission hétérosexuelle en Afrique. Ce mode de transmission pose des problèmes dans la catégorisation des populations à risque puisqu'alors seule la transmission par voie homosexuelle masculine et sanguine est considérée. Malgré ces faits, les femmes comme catégorie à risque n'apparaissent toujours pas. Seules les femmes dont les comportements désignés comme déviants sont retenues comme étant à risque, en particulier les prostituées qui entretiennent des rapports sexuels avec des partenaires multiples. Mais elles ne constituent pas une entité à part entière. Les prostituées entrent dans la catégorie « multi partenariat avec adultes sexuellement actifs » (Treichler 1999 : 57-58). Le CDC développe en effet des facteurs de risque multiples qui se chevauchent. Ces femmes comportent de plus une spécificité puisqu'elles sont « à risque » non pas parce qu'elles peuvent être infectées mais parce qu'elles peuvent infecter leur client qui figure dans la population générale et participer à la propagation de l'épidémie. Autrement dit, le risque d'infection n'est considéré que dans le sens unique de la transmission de la femme vers l'homme et non de l'homme vers la femme. Ainsi les théories qui ont prévalu à propos des maladies vénériennes pendant la guerre mondiale aux Etats-Unis sont réactivées (Treichler 1999 : 45). Celles-ci considéraient les prostituées et les femmes dont les mœurs ne correspondaient pas au puritanisme de l'époque,

⁹⁸ Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles et Haïtiens.

comme les « vecteurs » et les « réservoirs » de l'épidémie. Les femmes mariées étaient épargnées de la maladie par leur mode de vie jugé sain.

En définitive, le traitement des données scientifiques sur le sida chez les femmes les rend invisibles comme groupe à risque. Parallèlement un réseau américain de chercheurs et activistes féministes s'organise pour mettre en place des programmes de recherche et donner de la visibilité à l'épidémie de sida chez les femmes.

Dès 1984, des études effectuées dans certains pays africains identifient les relations hétérosexuelles comme le mode principal de la transmission du VIH mais il n'est pas reconnu parmi certains chercheurs des pays du Nord (Desclaux, Msellati, et Sow 2011 : 2). Ceux-ci ne peuvent pas envisager un autre mode de transmission que la transmission homosexuelle. S'appuyant sur des stéréotypes racistes et culturalistes, ils associent en effet cette transmission hétérosexuelle aux pratiques sexuelles jugées déviantes des populations africaines, allant jusqu'à évoquer une transmission « *quasi homosexuelle* » (Treichler 1999). Ces pratiques seraient liées à la « promiscuité sexuelle » qui devient le seul mode explicatif de la transmission du VIH et le principal facteur de risque pour le continent africain (Fassin 1999 : 50).

Bien qu'elles soient nombreuses à être infectées, les femmes africaines se retrouvent dans le même processus d'invisibilité épidémiologique qu'aux Etats-Unis, excepté qu'elles sont assimilées à une catégorie d'exception supplémentaire ; ce qui induit qu'elles aussi ne sont pas considérées comme à risque d'être infectées mais comme l'un des vecteurs principaux dans la transmission du virus à leur partenaire et leur enfant. Cette catégorisation a des implications profondes, puisque jusque dans les années 90, les femmes en Afrique sont « *mises au centre du processus de contamination* » (Zongo 2012 : 49). Le sida est considéré comme la « *maladie des femmes* » (Le Palec 1999).

De plus, les premiers messages de prévention présentent les prostituées comme principal vecteur de la transmission du VIH et de sa propagation sur le continent, ce qui crée un amalgame durable et profond dans les représentations entre femmes infectées et prostituées (Vidal 2000 : 81). La femme en tant que mère est également mise en avant par rapport à sa capacité reproductrice dans le contexte de la maladie ; renforçant au passage l'idée couramment entretenue durant ces décennies que la santé de la femme est considérée à partir de la santé de la mère (Vidal 2000 : 78).

2. « Un seul risque pour tous⁹⁹ »

Au début de la propagation de l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne, le paradigme de « *promiscuité sexuelle* » ou encore des « *relations multi partenaires* » a été utilisé dans le milieu scientifique pour expliquer la transmission hétérosexuelle

⁹⁹ J'ai traduit la notion « one risk fits all » empruntée à Stillwaggon (Stillwaggon 2006 : 5).

du VIH en Afrique¹⁰⁰. Ce paradigme a été construit selon des considérations racistes et culturalistes sur la sexualité des africains (Packard et Epstein 1991)¹⁰¹ (Fassin 1999) (Stillwaggon 2006).

Ce paradigme a entraîné une définition du risque VIH standardisée et limitée, empêchant l'appréhension des autres facteurs qui pouvaient influencer sur la transmission et la propagation du VIH. Il n'a pas permis également de considérer le VIH/sida pour ce qu'il était, c'est-à-dire une maladie infectieuse « comme une autre », dans le sens où elle présente un agent pathogène qui a besoin de conditions propices pour se répandre et qui est donc en forte dépendance avec son milieu (Stillwaggon 2006 : 8). La méthode d'analyse et d'interprétation du risque s'est basée sur une approche centrée sur les individus et non pas sur la population et l'environnement de vie ; renforçant l'approche comportementaliste dans les interventions.

En se focalisant sur l'approche comportementale, la recherche scientifique a ainsi négligé des facteurs qui jouent un rôle dans la transmission du VIH comme la malnutrition, certaines maladies infectieuses, la iatrogénie et le contexte dans lequel se propage l'épidémie (Randall et Epstein 1991) (Stillwaggon 2006) (Gisselquist et al. 2002). Les effets combinés entre le VIH/Sida et des maladies infectieuses ont été néanmoins pris en compte dans le cas du paludisme et de la tuberculose.

L'approche de l'épidémie de VIH s'est construite sur le paradigme « d'un seul risque pour tous » (Stillwaggon 2006 : 5) qui a été construit surtout comme un problème comportemental, où les facteurs structurels et environnementaux sont peu ou pas considérés. Cette configuration induit que l'infection relève surtout de la responsabilité de l'individu de par son comportement et non pas à cause du contexte d'inégalités dans lequel il vit ; culpabilisant la personne infectée par le VIH et faisant d'elle une victime que l'on blâme (Farmer 2006).

3. La féminisation de l'épidémie en Afrique

Dès les années 1990, la prévalence du VIH est répartie de manière inégale sur l'ensemble de la planète. La maladie affecte principalement les pays du Sud, et en particulier l'Afrique subsaharienne. De même à cette période, les femmes sont les plus touchées sur ce continent avec une prévalence du VIH de 2 à 6% qui est de ce fait la plus élevée par rapport aux autres continents (dont la prévalence du VIH est moins de 1%) (Msellati et Meyer 2011). En 2004, l'ONUSIDA dans son quatrième rapport indique que les femmes sont les plus touchées par l'épidémie. 50 % des PvVIH dans le monde sont des femmes et ce taux s'élève à 57 % en Afrique

¹⁰⁰ Configuration de la maladie qui ne concordait pas avec celle des Etats-Unis où prévalait la transmission homosexuelle, comme je l'ai évoqué auparavant.

¹⁰¹ Je me suis basée sur la traduction en français éditée dans la revue Genre, Sexualité et Société, disponible en ligne : <http://journals.openedition.org/gss/2835>

subsaharienne (ONUSIDA 2004). En 2017 les femmes représentent 59% des nouvelles infections chez les adultes (âgés de 15 ans et plus) dans cette région du monde (ONUSIDA 2018).

3.1 La double vulnérabilité des femmes au risque VIH

Dans ce contexte de féminisation du VIH, l'ONUSIDA développe la notion de vulnérabilité des femmes au VIH comme favorisant le risque d'infection du VIH chez les femmes, et qui est définie sur deux plans. Une vulnérabilité biologique qui fait que les femmes courent plus de risque que les hommes de contracter le virus dans une relation sexuelle non protégée. Une vulnérabilité socioéconomique qui repose sur les inégalités de sexe et la pauvreté, empêchant les femmes d'être autonomes dans leur décision et d'être en mesure de négocier des relations protégées. L'ONUSIDA propose un programme qui vise l'éducation des femmes, le renforcement de leur autonomie économique et de leurs droits juridiques, soit l'empowerment des femmes (ONUSIDA 1997). Cette vulnérabilité définie sous l'angle biologique et celui des rapports de sexe inégaux met deux réalités sur le même plan ; l'une décrit une prédisposition biologique tandis que l'autre reflète un contexte environnemental soumis à de nombreux facteurs (Vidal 1999 : 22). Cette terminologie a pour effet de généraliser la situation sociale des femmes et « réduire la complexité sociale » induisant deux éléments : les femmes auraient une prédisposition sociale au risque de la transmission du VIH, et la gestion du sida se limiterait à la gestion de la sexualité (Vidal 1999). L'empowerment au sens de renforcement du pouvoir agirait sur « *l'ensemble des attitudes qu'il convient de modifier pour que les femmes par exemple, voient leur capacité d'autonomie et de décision renforcées* » (Vidal 1999 : 24). Il permettrait ainsi aux femmes d'être en capacité de négocier des rapports protégés. Cette approche de l'empowerment serait ainsi plus basée sur une conception comportementaliste qu'émancipatrice. Cette conception de la double vulnérabilité corrigée par l'empowerment des femmes rejoint celle très ambiguë développée par la Banque Mondiale. L'institution bancaire utilise également la notion de vulnérabilité pour définir la pauvreté qu'elle considère désormais « multidimensionnelle » (Mestrum 2008). Cette multidimensionnalité de la pauvreté modifie la conception du phénomène qui était auparavant provoqué par les inégalités sociales et économiques que les Etats se chargeaient de corriger. Désormais, la pauvreté est considérée comme un « phénomène stochastique », c'est-à-dire aléatoire ; ce qui signifie, d'une part, que la situation de pauvreté relève de la responsabilité des pauvres eux-mêmes. D'autre part les pouvoirs publics n'ont plus à s'en préoccuper (Mestrum 2007 : 44). Pour répondre à ce phénomène, il s'agit de s'adresser aux pauvres eux-mêmes en les aidant à renforcer leurs capacités, leur empowerment (De Rosis 2017 : 232).

3.2 Une interaction risquée entre procréation et infection à VIH

La transmission du VIH de la mère à l'enfant a été très tôt identifiée ainsi que ses mécanismes. Le risque biologique de la transmission mère-enfant est ainsi estimé à 5-10% au cours de la grossesse et de 10-20% au cours du travail et de l'accouchement. Le risque global (grossesse, travail et accouchement) est estimé à 15-30%. Le risque global après 6 mois d'allaitement maternel est estimé à 25-35%. Celui du risque global après 18-24 mois d'allaitement maternel est de 30-45% (Le Coeur et Khlat 2004 : 100). Par ailleurs, l'infection à VIH chez la femme enceinte peut aussi influencer sur la survie de l'enfant et provoquer des fausses couches. Le risque biologique concerne également la grossesse dans le sens où la séropositivité¹⁰² constitue également un facteur de risque supplémentaire pour la femme enceinte du fait d'une interaction entre la grossesse et l'infection à VIH qui engendre une exposition accrue à la mortalité maternelle. L'immunodépression, mais également une carence en vitamine A peuvent entraîner des complications obstétricales qui peuvent être fatales. Les femmes enceintes séropositives risquent aussi de développer des maladies mortelles pendant la grossesse comme la pneumonie et la tuberculose (Le Coeur et Khlat 2004).

Face à ce risque, les femmes se retrouvent à faire le choix de ne pas avoir d'enfant, option fortement conseillée par le corps médical lui-même (Le Coeur et Khlat 2004). C'est ce qui s'est produit dans les pays industrialisés où les personnels de santé ont découragé les femmes séropositives dans leur projet de procréation, jusqu'à l'arrivée des traitements prophylactiques (Desclaux et Cadart 2008 : 53). De même dans les pays du Sud, comme au Burkina Faso, le corps des femmes était considéré comme « dangereux » et la procréation était proscrite dans les discours tenus par les médecins (Zongo 2012 : 131) et certaines associations de PVVIH.

Cette procréation proscrite dans les pays du Sud a entraîné l'apparition d'un risque supplémentaire pour les femmes. Ne plus avoir d'enfant les exposait au risque social (rejet, pression, découverte du statut sérologique) de la part de l'entourage comme le souligne Desgrées du Loû :

« Dans le domaine de la procréation, comme dans celui de la sexualité, les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un des membres du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté. Dans la hiérarchie des risques, le risque sanitaire (contracter l'infection par le VIH ou la transmettre au partenaire) est moins important que les risques sociaux, familiaux et affectifs liés à l'arrêt de la sexualité et de la procréation, d'où des choix individuels qui vont souvent à l'encontre des choix préconisés par les programmes de lutte contre le Sida » (Desgrées du Loû 2004 : 102).

¹⁰² Elle entraîne aussi une diminution de la fertilité

Les femmes se sont ainsi retrouvées à « mettre en balance » les risques biologiques et les risques sociaux autour de la procréation.

4. Les essais cliniques comme premiers dispositifs de la PTME dans les pays du Sud

4.1 L'arrivée des premiers traitements antirétroviraux

1995 annonce « la révolution thérapeutique » avec les premiers traitements antirétroviraux produits dans les pays industrialisés (Nguyen 2010 : 89). Ceux-ci mettent fin à l'hécatombe des morts du sida dans ces pays en permettant de suspendre la réplication virale. Cette découverte a été rendue possible grâce à l'activisme des communautés homosexuelles aux Etats-Unis. Celles-ci se sont en effet portées volontaires pour participer aux essais cliniques. Leur participation visait à réduire les coûts de la recherche et à l'accélérer afin de mettre au point rapidement un traitement qui pourrait sauver des vies. Les populations du Sud se voient refuser l'accès aux traitements pour des préjugés culturalistes portant sur la capacité des Africains à suivre les prescriptions. En outre, les ressources financières des Etats africains sont insuffisantes pour faire face aux coûts des traitements, et leurs systèmes de santé, fragilisés par les PAS, ne sont pas en capacité de gérer les prescriptions (Bonvalet 2014 : 92 ; 94). Ce refus va susciter la mise en place d'une forte mobilisation transnationale pour qu'un accès aux traitements universels soit reconnu et effectif. En attendant que la situation se débloque au niveau des institutions internationales, la participation aux essais cliniques est l'un des principaux moyens d'accéder aux traitements (Nguyen 2010).

4.2 La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

Dès 1994, un premier essai clinique franco-américain¹⁰³ valide l'efficacité préventive de la zidovudine (AZT) comme monothérapie pendant la grossesse, réduisant le taux de transmission du VIH de 20% avant 1994 à 8% (Jasseron 2012 : 14). Les femmes enceintes séropositives reçoivent systématiquement un traitement antirétroviral, quelle que soit le stade de l'infection (Jasseron 2012 : 16). Ce dispositif de prévention ouvre une perspective plus positive par rapport au risque autour de la procréation (Desclaux et Cadart 2008). Des combinaisons de traitements antirétroviraux appelées multithérapies ont été depuis découverts, qui associées à d'autres stratégies, comme la césarienne programmée, l'absence d'allaitement maternel, ont quasiment éliminé la transmission du VIH de la mère à l'enfant en France dès le début des années 2000 (Jasseron 2012).

¹⁰³ Essai PACTG 076/ANRS 024 (Connor et al. 1994) ; PACTG : Pediatric AIDS Clinical Trials Group.

En Afrique de l'ouest, un premier essai clinique¹⁰⁴ est mis en place en 1995 à Abidjan en Côte d'Ivoire et à Bobo Dioulasso au Burkina Faso. Cet essai montre qu'en suivant le protocole, il est possible de réduire d'au moins un tiers la transmission de la mère à l'enfant (Dabis et al. 1999). Cet essai permet aux femmes d'accéder à un dispositif existant de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant qui fournit à la fois, le dépistage du VIH, un traitement préventif et un accompagnement social (suivi et conseils prodigués du dépistage jusqu'au sevrage de l'enfant). Ce modèle a pour avantage de coûter moins cher et d'être plus facilement applicable que celui de l'essai franco-américain conduit l'année précédente. Il s'appuie de plus sur les organisations à base communautaire, c'est-à-dire les associations de Personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Deux autres essais sont menés à la même période, l'un également à Abidjan (entre 1996 et 1998) (Wiktor et al. 1999) et l'autre à Bangkok en Thaïlande (en 1996 et 1997) avec le même protocole, excepté en Thaïlande où les femmes ne doivent pas allaiter, ce qui permet de réduire le risque de transmission de moitié (Shaffer et al. 1999).

Le dispositif prend comme cadre d'intervention la consultation prénatale qui permet de dépister et d'identifier les femmes enceintes séropositives, pour les inclure si elles le désirent dans l'essai clinique. Ainsi dès le départ, la protection de l'enfant, c'est-à-dire la prévention de la transmission mère-enfant du VIH s'inscrit dans un dispositif qui s'adresse essentiellement aux femmes, la CPN, avec pour principal objectif de protéger l'enfant.

IV. Les années 2000 vers le contrôle de tous les risques ?

1. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Du 6 au 8 septembre 2000, s'est tenu le Sommet du Millénaire au Siège des Nations Unies à New York. A cette occasion 189 pays membres ont adopté les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qu'il convient d'atteindre d'ici 2015 ; ces objectifs sont présentés comme un vaste programme d'engagement de la communauté internationale envers les pauvres¹⁰⁵. Trois objectifs concernent directement la santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'épidémie de VIH. L'OMD 4 vise à diminuer la mortalité infantile de deux-tiers, tandis que l'OMD 5 doit améliorer

¹⁰⁴ 1995-1998 : l'Essai ANRS 049/ DITRAME (Diminution de la Transmission Mère Enfant) entend tester l'AZT en traitement court, dans un contexte où l'allaitement maternel est la norme. Un autre essai suit 10 ans plus tard (2005-2008), l'essai ANRS 1289 Kesho Bora, « un meilleur futur » en swahili, réalisé au Burkina Faso, en Afrique du Sud et au Kenya. Il met en évidence la supériorité de l'association de trois antirétroviraux durant la grossesse et surtout pendant toute la durée de l'allaitement sur le traitement court lors de l'accouchement pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant notamment par le lait maternel.

¹⁰⁵ Les autres OMD sont les suivants : OMD 1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim ; OMD 2 assurer à tous l'éducation primaire ; OMD 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; OMD 7 : assurer un environnement humain durable ; OMD 8 : construire un partenariat mondial pour le développement.

la santé maternelle en réduisant la mortalité maternelle de 75 %. L'OMD 6 affichait le combat contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies. Les OMD sont l'occasion d'affirmer un soutien particulier « aux besoins spéciaux de l'Afrique » notamment dans la lutte contre la propagation de l'épidémie de VIH et des autres maladies infectieuses¹⁰⁶. Ils sont également une opportunité pour développer une stratégie efficace par rapport à la mortalité maternelle et néonatale. Or, ni les gouvernements des pays du Sud ni les pays du Nord n'investissent de manière importante tant sur le plan financier qu'humain (Bernis 2003).

2. La « session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida »

Un an plus tard, l'Assemblée générale extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/Sida se tient du 25 au 27 juin 2001 à New York, suite à une mobilisation transnationale sans précédent pour soutenir l'accès aux traitements antirétroviraux aux populations des pays du Sud (Bonvallet 2014 : 98) Après celle des OMD, la Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA adoptée par les Etats membres vient réaffirmer l'engagement de la communauté internationale face à l'épidémie. La lutte contre le VIH/sida va bénéficier très rapidement d'un cadre institutionnel, politique et financier « exceptionnel » dans un contexte sanitaire international de restriction des ressources (Bonvalet 2012). Dès 2002, le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme est créé pour financer une grande partie des antirétroviraux destinés aux populations des pays du Sud (Bonvalet 2012 : 99). De même, en 2003, l'administration américaine sous la présidence de George W Bush crée un plan d'urgence, le *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) qui constitue également l'un des principaux organismes financeurs des traitements antirétroviraux¹⁰⁷ (Demange 2010).

La lutte contre le VIH/Sida est de plus inscrite dans des programmes multisectoriels de lutte contre la pauvreté. En outre, conformément à l'un des engagements, l'ONUSIDA met en place un système de veille et de suivi de l'épidémie grâce aux données fournies par chaque pays¹⁰⁸.

¹⁰⁶ <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>

¹⁰⁷ Ce plan s'adresse néanmoins uniquement à 15 pays cibles (Afrique du Sud, Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guyana, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Tanzanie, Vietnam et Zambie), finance de manière limitée les ARV génériques, et ses positionnements en matière de prévention (lecture morale de l'épidémie) sont décriés sur le plan international (Demange 2010).

¹⁰⁸ Ces données sont rassemblées sous la forme d'un rapport, le rapport UNGASS édité tous les deux ans. Ce rapport peut être effectué, si cela est possible, en collaboration avec le milieu associatif.

3. Normalisation du VIH/Sida et fin de l'exceptionnalisme : « le risque acceptable »

Pour aborder le phénomène de normalisation du VIH/sida qui s'amorce d'abord en Europe et en Amérique du Nord à partir de l'arrivée des trithérapies en 1996, il est important de comprendre les éléments qui en ont fait une maladie exceptionnelle. Ce caractère d'exception n'est pas retrouvé pour d'autres maladies, ni même dans le domaine de la santé maternelle qui a cependant connu de nombreuses mobilisations comme nous avons pu le voir. Le caractère exceptionnel du VIH/Sida se mesure à l'aune de la mobilisation conjuguée des communautés scientifiques, politiques et activistes. Celles-ci ont su apporter, en lien avec les institutions publiques, des réponses exceptionnelles dans le sens où elles étaient innovantes et ont permis l'avènement d'une « *nouvelle santé publique, fondée sur la collaboration avec les communautés et non pas sur la contrainte et la stigmatisation* » (Setbon 2000 : 67). De même de nouvelles pratiques préventives, curatives et même de recherche clinique ont émergé avec de nouvelles figures comme celles des « patients experts » issus souvent du réseau des activistes (Setbon 2000). Ce sont ces mêmes réponses exceptionnelles avec l'arrivée des trithérapies antirétrovirales¹⁰⁹ qui ont paradoxalement amorcé le processus de normalisation de la maladie (Setbon 2000). Ces deux éléments ont modifié la perception sociale du risque VIH et sa gestion. D'un risque perçu « *en relation avec [les] modes de vie et non comme une menace pour soi* », le VIH/sida est devenu ensuite « *un risque inacceptable socialement* » qui a été un des moteurs de la mobilisation, pour être considéré en définitive comme un « *risque acceptable* » (Setbon 2000 73-74).

Dans les pays du Sud, l'exceptionnalité du VIH/sida s'est jouée également sur une mobilisation majeure de réseaux d'activistes, leur ajoutant une dimension transnationale (Bonvalet 2014 : 94). Ceux-ci ont, de par leurs actions et leur engagement, eu un impact exceptionnel auprès non seulement des institutions internationales et des Etats mais aussi de l'industrie pharmaceutique (Bonvalet 2014 : 95). Cet exceptionnalisme se caractérise également par la faculté de ce mouvement à être parvenu à contourner la barrière néolibérale, à ouvrir l'accès aux traitements aux populations des pays du Sud, et à impulser une levée de fonds inédits (de par l'importance de leurs montants) auprès de la communauté internationale. Ces ressources financières ont pu dès lors permettre le financement des traitements et la mise en œuvre de programmes spécifiques et multisectoriels (Bonvalet 2014 : 98).

¹⁰⁹ « La généralisation des traitements antirétroviraux opérationnels depuis 1996 » a provoqué « un changement majeur qui réduit la probabilité (importante) de passage de l'infection par le VIH à la maladie » (Setbon 2000 : 69).

La normalisation dans les pays du Sud s'opère avec la remise en question de l'exceptionnalité même du VIH/Sida où l'efficacité et l'utilisation des fonds sont questionnées (Bonvalet 2014 106-107). De même l'apparition de problèmes sanitaires concurrents et le contexte de crise économique (avec sa phase aiguë en 2008) sont des éléments importants dans la perte du statut d'exception du VIH/Sida. La maladie se retrouve soumise alors à la même rationalité économique que les autres programmes sanitaires nationaux et internationaux (Bonvalet 2014 : 78).

La normalisation du VIH/sida apparaît également avec l'arrivée des traitements et la prise en charge clinique. Comme dans les pays du Nord, les traitements antirétroviraux ont pour conséquence de recadrer le VIH/sida dans le champ de la maladie chronique, lui retirant tous ses aspects exceptionnels et faisant d'elle une maladie comme les autres (Moyer et Hardon 2014), bien que l'accès à un traitement gratuit dans les pays du Sud et notamment en Afrique subsaharienne relève encore de l'exceptionnalité. Mais cette normalisation du VIH/sida en tant que maladie chronique a ses limites dans ce contexte. D'une part, le VIH reste une maladie infectieuse transmissible. D'autre part, elle se heurte au concept « *d'incertitude continue* » qui empêche la normalisation du VIH/sida dans le sens où les facteurs structurels¹¹⁰ liés à la maladie ne se sont pas normalisés et continuent à influencer la maladie (Moyer et Hardon 2014 : 266).

Dans le cadre de la procréation, et en particulier la PTME, la normalisation procède de l'intégration de la PTME, conduite jusqu'alors sous la forme de programmes verticaux, dans les « paquets d'intervention » de la santé maternelle et infantile sous couvert de l'appellation « soins intégrés ». Ce processus est préconisé par l'OMS et l'ONUSIDA en 2005, « *afin d'éviter la perpétuation de dispositifs verticaux exceptionnels, très coûteux, mis en place durant les phases d'initiation des programmes de PTME* » (Sow 2013 : 27). Les programmes de la PTME qui avaient jusqu'alors côtoyé ceux de la Maternité à Moindre Risque se rencontrent pour faire désormais partie du même « package ».

4. Vers la fin des risques ?

4.1 La Maternité à Moindre Risque

En 2000, l'OMS initie la stratégie de la maternité à moindre risque qui est une réaffirmation et un renforcement de l'Initiative de la Maternité Sans Risque. Cette initiative avait pour objectif l'élimination des risques, cette nouvelle stratégie vise à « *réduire l'incidence et la gravité des principales complications associées à la grossesse et à l'accouchement* ». Elle fournit également des « *indications*

¹¹⁰ L'incertitude continue par rapport à l'approvisionnement en médicaments, la disponibilité alimentaire, les opportunités de travail, les systèmes de logement, le soutien social, et la vie de famille et empêche les gens de mener une vie normale avec le VIH (Moyer et Hardon 2014).

normatives et un appui technique aux pays cibles » (OMS 2000 : 2000). Il s'agit surtout d'appuyer les pays dans la mise en place de cadres et procédures réglementaires, l'amélioration de l'accès aux services de santé et du système de surveillance des services de santé maternelle et néonatale, la poursuite des politiques de contrôle de la fécondité et le maintien de la Maternité Sans Risque dans les priorités des politiques nationales sanitaires et de développement.

Certains facteurs de risque sont identifiés de manière plus précise, en particulier ceux en lien avec le problème de malnutrition. Une malnutrition sévère engendre un retard de croissance au cours de l'enfance qui peut « *expose[r] les femmes à un risque de dystocie due à une disproportion céphalo-pelvienne* ». Certaines carences en micronutriments (vitamines, sels minéraux) peuvent également provoquer des complications pendant la grossesse et l'accouchement : avitaminose A grave, carence en iode, alimentation pauvre en calcium. De même un apport insuffisant en fer, en acide folique et en vitamine A est un facteur de risque qui peut être en lien avec des maladies parasitaires dont le paludisme.

Progressivement, les initiatives de Soins néo-natals obstétricaux essentiels et d'urgence (SONE/SONU), de prévention des fistules, et la planification familiale sont mises en œuvre et considérées comme prioritaires dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Prual 2004). En outre le rôle des accoucheuses traditionnelles est limité aux actions d'éducation sanitaire et de soutien, au profit de la mise en exergue d'un personnel qualifié pour assister les femmes enceintes et réduire ainsi les risques autour de la procréation (Gabrysch et Campbell 2009).

En 2007, le programme de la Maternité à Moindre Risque établit un ensemble d'interventions standardisées qui vise une « gestion intégrée de la grossesse et de la naissance ». Il est fondé sur des méta analyses qui ont relevé les principales causes de mortalité et/ou de morbidité maternelle, fœtale et néonatale, la faisabilité des interventions pour y remédier en associant les services de santé et l'approche communautaire selon une approche coût-efficacité. Ce paquet d'interventions qui intègre la santé maternelle et néonatale donne lieu à une nouvelle approche de gestion des risques au niveau des consultations prénatales rebaptisées à cette occasion « recentrées » ou « focalisées » et des consultations postnatales (WHO 2007). Au niveau des consultations prénatales, plutôt que de rechercher les risques chez les femmes, il s'agit de considérer toutes les femmes à risque et de focaliser les soins (standardisés) sur toutes les femmes. Ainsi l'approche risque des années 80 où les femmes enceintes étaient triées et orientées selon les niveaux de risque, est modifiée. Ce sont aux femmes désormais d'orienter leur démarche de soins en conscience des divers risques autour de la procréation. Autrement dit, il leur incombe la responsabilité de reconnaître les signes qui peuvent entraîner des complications pendant la grossesse et l'accouchement et de se rendre le cas échéant dans un centre de santé. Ainsi la gestion des risques est transférée, au moins en partie, aux femmes.

4.2 L'ère du traitement universel 2.0 ou le récit de la fin du sida : le risque VIH contrôlable

L'année 2010, suite à la dix-huitième conférence internationale sur le VIH/sida, annonce un changement de paradigme biomédical dans la lutte contre cette maladie. Ce paradigme consiste à utiliser le traitement antirétroviral comme un outil de prévention (stratégie TasP, Treatment as Prevention) chez les personnes infectées, évitant ainsi la transmission interindividuelle du VIH, et à traiter les personnes dès que le VIH est dépisté (stratégie Test and Treat).

Cette approche concerne également la PTME où ces deux stratégies sont combinées dans une nouvelle option¹¹¹, l'Option B+ (OMS, 2013). Cette approche doit permettre de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 5%. Elle implique un dépistage systématique des femmes enceintes et une mise sous traitement antirétroviral à vie des femmes séropositives même pour celles dont l'état de santé ne le nécessitait pas compte tenu des critères de mise sous traitement alors en vigueur au Sud. Ces critères étaient motivés à l'époque par les coûts. Cette stratégie bien que populationnelle et reposant sur la bonne observance des mères séropositives, est considérée comme une avancée majeure.

Depuis 2014, un autre objectif a été fixé d'ici 2020 par les Nations Unies. Il s'agit de dépister 90% des PvVIH, de traiter par antirétroviraux 90 % des PvVIH dépistés et d'obtenir une charge virale indétectable auprès de 90% des PvVIH sous traitement. Cette importance accordée au traitement antirétroviral dans la résolution de l'épidémie de VIH/Sida se traduit par l'extension de son accès dans la phase actuelle initiée par l'ONUSIDA et l'OMS et appelée Traitement 2.0 (OMS et ONUSIDA 2012). Cette stratégie basée sur le traitement antirétroviral et son accès, a contribué à l'adoption d'une résolution par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016 qui fixe comme objectif d'« accélérer la riposte » et de « mettre fin à l'épidémie d'ici 2030 » (ONU 2016).

4.3 Les politiques de la gratuité dans le champ de la santé maternelle et infantile : protéger du « risque financier »

Lors de la cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé, en 2005, l'OMS invite les Etats à mettre en œuvre une « couverture de santé universelle ». Cette politique vise à « *garantir l'accès aux services [de santé] nécessaires tout en assurant [aux populations] une protection contre le risque financier*¹¹² ». La couverture sanitaire universelle remet la santé au centre des préoccupations et se présente comme « *une nouvelle étape dans la lutte contre la pauvreté* » en

¹¹¹ Les options jusqu'alors appliquées étaient l'Option A et l'Option B (OMS 2012).

¹¹² http://www.who.int/health_financing/resolution_58.33_fr.pdf

s'appuyant sur des notions « *d'équité, de justice sociale, et de qualité des soins* » (Nauleau, Destremau, et Lautier 2013 : 134).

Cette politique de couverture de santé universelle succède à l'Initiative de Bamako en 1987 basée sur le paradigme de recouvrement des coûts promulgué par la Banque Mondiale. Elle vient réfuter et remplacer le système de « paiements directs » qui découlait de ce paradigme. Celui-ci devait permettre le financement des médicaments génériques essentiels dans les structures sanitaires par l'acquiescement direct de leurs dépenses de santé par les populations (Ridde 2014 : 35). En outre, une partie de la gestion qui incombait à l'Etat était ainsi passée aux mains des communautés à travers les comités de gestion (Ridde 2014). Mais ce système de recouvrement partiel des coûts s'est révélé peu efficace voire contre-productif dans la mesure où il a éloigné les populations, en particulier les plus pauvres, du système de soins de santé, celles-ci étant dans l'incapacité de payer. La Banque Mondiale propose désormais l'application du système de couverture de santé universelle qui permet de lever la « barrière d'accès aux soins » créée par le système précédent (Ridde 2014 : 33). Cette politique doit répondre au risque financier engendré par les problèmes de santé des populations. Néanmoins le cadre conceptuel concernant le dispositif de financement n'est pas précisé et est laissé au choix des Etats (Nauleau, Destremau, et Lautier 2013). Pour certains pays de l'Afrique de l'Ouest, dont le Burkina Faso, les politiques de gratuité dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant, qui ont suivi les politiques d'exemption, s'inscrivent dans le cadre de la politique de couverture sanitaire universelle ; elles en constituent une étape. En levant ce risque, cette politique de gratuité entend, dans ce domaine précis, inciter les femmes à fréquenter et utiliser les centres de santé. Implantées à partir de projets pilotes, ces politiques de gratuité doivent être étendues à l'échelon national.

En 2015, alors que nous avons commencé notre recherche, les Objectifs du Millénaire pour le Développement fixés pour répondre aux problématiques des pays du Sud ont atteint la date butoir. Les Objectifs du Développement Durable leur ont succédé et concernent dorénavant tous les pays membres des Nations Unies. Le programme des ODD lancé en 2016 est fixé jusqu'en 2030. Il comprend 17 objectifs dont l'Objectif 3 intitulé « bonne santé et bien-être ». Cet objectif, comme nous l'avons abordé dans notre partie introductive, vise la diminution de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que l'élimination du VIH/sida¹¹³.

Ainsi, dans cette période qui suit les Indépendances, les risques autour de la procréation sont progressivement construits à partir de facteurs de risque clairement définis et quantifiables. Ils sont liés en particulier au comportement individuel des

¹¹³ <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/> et <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals.html>

femmes, en particulier les comportements liés à la natalité et ceux liés à leur itinéraire de soins. Il s'agit de gérer et contrôler les naissances et le parcours de soins auprès des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes qui deviennent des catégories à risque. Les dispositifs qui sont mis en place sont construits à partir de cette approche standardisée des risques autour de la maternité mais également sur une gestion collective du risque qui est sous tendue par une logique économique du moindre coût.

L'irruption du risque VIH autour de la maternité introduit la notion de risque inacceptable entraînant la mise en place d'un dispositif exceptionnel et qui combine des mesures à la fois sanitaire et sociale. L'arrivée des traitements, leur accès généralisé en font un risque considéré contrôlable voire sur la voie de l'élimination. De même le risque financier lié à la « faible capacité redistributive des populations » serait sur le point d'être maîtrisé. Néanmoins, ces dispositifs mis en place pour gérer les risques autour de la procréation continuent à être basés sur une logique à la fois gestionnaire et comportementale, c'est-à-dire qui repose sur le comportement des femmes et des familles. Ces dispositifs extraient les femmes de leur contexte matériel et négligent les facteurs environnementaux au sens large non mesurables et quantifiables qui affectent aussi la procréation.

TROISIEME PARTIE

Les dures conditions de vie des femmes

Dans cette partie, nous resituons la procréation dans le contexte de vie des femmes afin de donner des éléments de compréhension des phénomènes évoqués dans les parties suivantes. Cette contextualisation permet de montrer également en quoi elle peut influencer sur la procréation et la santé des femmes, comment le risque s'articule au contexte et comment celui-ci influence sur la perception des risques et leur priorisation.

Dans un premier temps, nous exposons les caractéristiques socioéconomiques, environnementales et alimentaires du Burkina Faso. Nous montrerons comment le Burkina Faso est traversé depuis les indépendances par des crises multiples. Nous décrirons les formes qu'elles prennent aujourd'hui dans un contexte où le pays connaît des changements économiques et une dégradation accélérée de son environnement. Nous analyserons l'impact de ces crises sur la vie des femmes pauvres.

Puis dans un deuxième temps, nous nous attachons à décrire le contexte de travail de certaines femmes que nous avons rencontrées lors de l'enquête de terrain. Ce travail en milieu urbain présente des formes particulières qui sont peu visibles et documentées. En milieu rural, nous décrirons le travail agricole des villageoises et les raisons de son intensification.

Enfin, nous décrivons une première appréhension générale des risques liés à la procréation, ainsi que la manière dont l'infection à VIH est vécue par les femmes concernées.

Notre propos s'appuie sur des données empiriques collectées au cours de l'étude de terrain, complétées par une recherche documentaire.

I. Des conditions de vie qui se dégradent

Ancienne colonie française, la Haute-Volta acquiert son indépendance en 1960. Elle change de nom en 1984 sous la présidence de Thomas Sankara, pour devenir le Burkina Faso¹¹⁴. Situé en Afrique de l'Ouest, en zone sahélienne, le Burkina Faso est un pays enclavé qui ne dispose pas d'accès vers la mer. Néanmoins, il est traversé par un réseau routier (routes bitumées) qui permet de rejoindre les pays frontaliers (Côte d'Ivoire, Mali, Ghana, Togo, Niger, Bénin). De même, un axe ferroviaire réalise la jonction Ouagadougou-Abidjan.

¹¹⁴ Qui signifie littéralement « le pays des Hommes intègres ».



Figure 7. Carte du Burkina Faso, 2009 Ezilon

Sur un plan climatique, le Burkina Faso connaît deux saisons distinctes, de durées inégales. La saison des pluies appelée encore *l'hivernage* commence fin mai et dure généralement quatre mois. Durant cette période, une pluie quotidienne permet aux paysans de cultiver. Néanmoins depuis ces dernières années, les pluies sont plus irrégulières sur le plan temporel mais aussi géographique. Elles peuvent arriver plus tard ou s'arrêter plus tôt. En outre, dans la région étudiée, les pluies peuvent être très localisées. A Bobo-Dioulasso par exemple, un secteur peut connaître une très forte pluie pendant qu'au même moment il ne pleut pas sur d'autres secteurs de la ville. La deuxième saison, la plus longue, ne connaît pas de pluie¹¹⁵ et s'accompagne d'un vent très sec, l'Harmattan, qui soulève beaucoup de poussière, notamment dans les villes dont les rues sont encore peu goudronnées. On observe une hausse de température à partir de mars avec un pic en avril. Les températures peuvent dépasser les 40°C. Par ailleurs, ces deux saisons connaissent des variations selon la situation géographique des régions du pays. Le nord (très aride) est notamment la région la plus exposée aux contrastes de ce climat, c'est-à-dire qu'il est sujet à des pluies diluviennes pendant l'hivernage et à des périodes de sécheresse pendant la saison sèche.

Le dernier recensement de la population a été réalisé au Burkina Faso en 2006. Le pays comptait alors 14 017 262 habitants sur un territoire de 274 000 km². En 2016, un nouveau recensement était annoncé par l'Etat burkinabè, mais l'insuffisance des financements de la part des bailleurs de fonds a empêché sa concrétisation. C'est

¹¹⁵ Excepté la *pluie des mangues* qui arrive en février ou mars ; elle dure quelques jours. Elle est appelée ainsi parce qu'elle permettrait aux mangues de mûrir.

pourquoi, nous parlons aujourd'hui de projections à propos du nombre d'habitants estimé à 20 244 080 en 2018¹¹⁶.

Actuellement, la population burkinabè vit principalement en milieu rural, où elle est estimée en 2018 à 68,5 % de la population totale¹¹⁷. Toutefois, l'OCDE note une accélération de la concentration des populations dans les villes avec un taux d'urbanisation de 22,7% en 2014 (OCDE 2016). Les deux principales villes, Ouagadougou, la capitale, et Bobo-Dioulasso, ont connu un bond démographique significatif en l'espace d'une trentaine d'années comme le montre le tableau suivant :

| | 1985 | 1996 | 2006 | 2012 |
|----------------|---------|---------|-----------|-----------|
| Ouagadougou | 465 969 | 750 398 | 1 475 223 | 1 915 102 |
| Bobo-Dioulasso | 228 668 | 309 771 | 489 967 | 813 610 |

INSD 2016

1. Une situation socioéconomique fragile et inégale

L'histoire récente du Burkina Faso montre que le pays a été marqué par des difficultés économiques de manière récurrente et qui perdurent. Zagré date ces difficultés du début de l'indépendance, quand la Haute Volta, hérite d'une situation exsangue due à un système qu'il nomme « économie de subsistance » mis en place pendant la colonisation¹¹⁸ (Zagré 1994 : 38). Puis, les politiques des régimes successifs alternent entre les conduites de prédation des dirigeants et les mesures de rigueur budgétaire qui empêchent les investissements publics, en particulier au niveau de la santé et de l'éducation (Zagré 1994 : 78). Thomas Sankara et le Comité National de la Révolution tentent à partir de 1984 de redresser les finances de l'Etat et d'investir dans des secteurs tels que l'agriculture, la santé et l'éducation. Mais le régime est de courte durée¹¹⁹ et, à partir des années 1990 les Programmes d'Ajustement Structurel jusqu'alors refusés sont appliqués, provoquant une vague de privatisation dans le secteur public et des mesures de rigueur budgétaire qui ont affecté particulièrement et durablement les domaines de la santé et de l'éducation (nous en avons décrit les mécanismes dans la partie socio-histoire).

¹¹⁶ Selon l'Institut National de la Statistique et de la Démographie, <http://www.insd.bf/n/>

¹¹⁷ Selon l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, <http://www.fao.org/faostat/fr/#country/233>

¹¹⁸ Les déplacements des populations ont réduit la main d'œuvre dans le pays, et le manque d'investissement a conduit à un tissu industriel quasi inexistant (Zagré 1994 : 38).

¹¹⁹ Thomas Sankara est assassiné le 15 octobre 1987 et c'est Blaise Compaoré qui prend le pouvoir. Il y restera pendant 27 ans jusqu'à ce qu'il en soit chassé par l'insurrection populaire d'octobre 2014.

De plus, l'utilisation de la monnaie, le franc CFA¹²⁰ qui connaît une parité fixe et unique avec l'euro (Tinel 2016), est aujourd'hui questionnée dans les pays africains de la zone CFA et notamment par les milieux universitaires au Burkina Faso et en France¹²¹. Selon les critiques actuelles, cette monnaie constituerait l'un des facteurs défavorables au développement socioéconomique du Burkina Faso (Tinel 2016) (Nubukpo et al. 2016). Cette parité monétaire (à l'époque avec le franc) a déjà montré ses effets délétères lors de la dévaluation du franc CFA par le gouvernement français en 1994. A l'époque, cette opération a eu des répercussions graves sur les populations. La forte inflation que cette dévaluation a provoquée a eu pour effet « *des pénuries localisées et des hausses de prix spectaculaires malgré une campagne agricole légèrement excédentaire* » (Poussart-Vanier 2005 : 740). Les salaires des fonctionnaires ont été divisés par deux (Kalife 2016 : 100). L'Etat burkinabè s'est, en outre, retrouvé dans l'incapacité d'assurer pour sa population l'achat des médicaments. Cette situation a été à l'origine de la création de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG)¹²².

Actuellement, le Burkina Faso continue à figurer parmi les pays les plus pauvres de la planète. Si l'on se réfère au classement établi par le PNUD en 2016, le Burkina Faso est classé 185 sur 188 avec un IDH de 0,402¹²³ (PNUD 2016a). 63,8% de ses habitants vivent dans une situation de pauvreté multidimensionnelle sévère, tandis que 7,6% sont proches de la pauvreté multidimensionnelle (PNUD 2016b).

Les politiques gouvernementales sont dépendantes des aides que l'Etat reçoit des Partenaires Techniques et Financiers¹²⁴, et reposent aussi sur les prêts qu'il

¹²⁰ Au fil des périodes historiques, le franc CFA s'est d'abord appelé le franc des Colonies Françaises d'Afrique, puis le franc de la Communauté Française d'Afrique puis le franc de la Communauté Financière Africaine (pour les Etats de l'Afrique de l'Ouest qui sont membres de l'Union Monétaire Ouest-Africaine (UMOA) et le franc de la Coopération Financière en Afrique centrale pour les membres de l'Afrique centrale membres de l'Union Monétaire de l'Afrique Centrale (UMAC) (Nubukpo et al. 2016 : 30).

¹²¹ Aux 5^{èmes} Rencontres des Etudes Africaines en France qui se sont tenues à Marseille du 9 au 12 juillet 2018, 5 présentations figuraient au programme du 11 juillet dans le panel intitulé : « Le Franc CFA : contestations et alternatives théoriques, politiques et populaires ». http://etudes-africaines.cnrs.fr/actus_gis/5es-rencontres-scientifiques-des-etudes-africaines-en-france-reaf-afriques-enchantees-afriques-en-chantiers/

¹²² D'après la communication orale de Pierre Crozier qui portait sur l'Association Africaine des Centrales d'Achats en Médicaments Essentiels (ACAME). Celle-ci s'est tenue dans le cadre de la réunion de coordination des opérateurs français dans le domaine de la santé organisée par l'ambassade de France à l'Institut Français de Ouagadougou le 24 mai 2016 (Extrait carnet de terrain, Ouagadougou, 24.05.2016). L'épisode décrit est repris sur le site de l'ACAME : <http://www.acame.net/2016/09/18/historique/>

¹²³ La France est classée au 21^{ème} rang avec un IDH de 0,897. La Norvège est classée au 1^{er} rang avec un IDH de 0,949 et la République Centrafricaine au dernier rang (188) avec un IDH de 0,352 (PNUD 2016a).

¹²⁴ L'aide publique au développement s'est élevée à 1095 millions de dollars pour l'année 2016 (INSD, 2017). L'exemple du financement de 5 hôpitaux de district financés à 50% par une subvention du royaume des Pays Bas et 50% par un appui budgétaire de l'Union Européenne illustre cet état de dépendance du Burkina Faso aux financements extérieurs.

http://www.finances.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=561:construction-des-hopitaux-de-district-de-mangodara-lena-karangasso-vigue-tougouri-et-gayeri-le-royaume-des-pays-bas-accorde-un-financement-sous-forme-de-don-de-plus-de-4-160-milliards-de-francs-cfa&catid=9&Itemid=371

contracte auprès des organismes internationaux. Cette situation de dépendance met permanentement en question la pérennité des programmes mis en place par les gouvernements, en particulier dans le domaine de la santé, et dans le contexte récent de la politique de gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et la poursuite notamment des programmes de lutte contre le VIH¹²⁵.

Le Burkina Faso compte aujourd'hui 486 médecins pour l'ensemble de sa population et présente un indice de densité de personnel soignant (infirmiers et sages-femmes) de 0,6 pour 1000 habitants (soit moins d'un agent de santé pour 1000 habitants)¹²⁶ (WHO, 2018). Depuis 2012, le montant du SMIC s'élève à 34 464 FCFA¹²⁷ (52,5 euros), mais sa valeur normative est limitée dans une économie dominée par le secteur informel.

Paradoxalement, selon l'OCDE, le Burkina Faso a connu une période dynamique entre 2011 et 2013 avec un taux de croissance moyen supérieur à 6% que les événements sociopolitiques de 2014 ont par la suite infléchi (OCDE 2016). Cet organisme annonçait cependant un retour vers des perspectives économiques « favorables » en 2016 pour le pays avec un taux de croissance économique de 5% (OCDE 2016 : 2). Cette dynamique repose sur les deux activités principales pourvoyeuses de devises pour le pays : l'extraction de l'or et la production de coton. Jusqu'en 2009, le coton était considéré comme l'un des moteurs de l'économie burkinabè, et était désigné à ce titre « l'or blanc » mais il a été devancé par l'industrie minière (Herrera et Ilboudo 2012). L'or est en effet devenu « le premier produit d'exportation depuis 2009 » (Bohbot 2017 : 2). En 2016, le Burkina Faso est le 5^{ème} producteur d'or du continent africain après l'Afrique du sud, le Ghana, le Mali et la Tanzanie¹²⁸. Depuis plusieurs années, parallèlement à l'implantation des mines, on assiste à une ruée vers les sites aurifères où l'orpaillage artisanal est pratiqué par les populations locales, mais aussi issues de l'ensemble du territoire en quête de ressources économiques nouvelles ; en particulier pour des populations qui vivent la sécheresse et des crises alimentaires (Thune 2011). Les femmes sont également présentes sur les sites et constituent avec les enfants une main d'œuvre pour certaines activités (Bohbot 2017) (Thune 2011) (Werthmann 2007). Selon les observations de Bohbot, « *[e]lles sont généralement cantonnées à un travail de*

¹²⁵ Les contributions des Partenaires techniques et Financiers contribuent à plus de 60% au financement de la lutte contre le VIH (OMS 2017). Le Fonds Mondial est un des principaux bailleurs, et l'approvisionnement en traitements antirétroviraux dépend entièrement de ses financements.

¹²⁶ En France l'indice est de 0,6 (WHO 2018).

¹²⁷ Le SMIC est régi par un décret en vigueur depuis 2006, le décret n°2006-655/PRES/PM du 29 décembre 2006 fixant les salaires minima interprofessionnels garantis. Il indique un salaire brut de 30 684 FCFA. En 2008, il y a eu une augmentation générale de 8% portant le SMIC à 33 139 FCFA (sans décret). En 2012, une nouvelle augmentation a été décidée (sans décret, seulement un texte) de 4% qui relève le SMIC à 34 464 FCFA. (Entretien, Inspection du travail, Ouagadougou, 08.02.2017).

¹²⁸<http://www.jeuneafrique.com/mag/433544/economie/burkina-faso-affaires-or-investisseurs-etrange-miniers-secteur-aurifere/>

surface, notamment le tri ou le concassage des roches remontées des galeries » (Bohbot 2017 : 10).

Par ailleurs, même si le coton reste la principale culture de rente, le Burkina Faso a vu se développer d'autres productions¹²⁹ comme celles de l'arachide¹³⁰, du sésame, du soja, des mangues, des noix de karité et de cajou (INSD 2017). En outre, le sésame est devenu le deuxième produit d'exportation après le coton, faisant du Burkina Faso, le 8^{ème} exportateur mondial de sésame¹³¹. De même l'anacarde ou noix de cajou transformée est une production d'exportation récente (moins d'une quinzaine d'années) mais Sutter souligne que

« [Cette filière] apporte déjà néanmoins sa part au développement, grâce à la valeur ajoutée produite sur le territoire, liée principalement à la création de nombreux emplois féminins¹³² » (Sutter 2010 : 12).

Comme nous avons pu l'observer lors de notre étude de terrain, certains produits agricoles peuvent être préparés (nettoyés comme pour le sésame) ou transformés sur place, de manière très partielle. Ces activités relevant du domaine agricole et de l'agroalimentaire sont majoritairement réalisées par les femmes et se révèlent être pénibles et très peu rémunératrices, comme nous allons l'aborder par la suite.

Ainsi, même si le Burkina Faso affiche un taux de croissance économique favorable, cette dynamique est loin de profiter à l'ensemble de la population. L'OCDE souligne en effet que cette croissance se répartit de manière inégale :

« Malgré la baisse du taux de pauvreté, passé de 46.7 % en 2009 à 40.1 % en 2014, la situation sociale reste préoccupante, notamment avec des inégalités marquées. La pauvreté apparaît ainsi comme une source de fragilité potentielle. En outre, le chômage et le sous-emploi des jeunes et des femmes en milieu urbain constituent une préoccupation de plus en plus grande » (OCDE 2016 : 2).

Cependant, le terme « sous-emploi » utilisé par l'OCDE apparaît comme un euphémisme au regard des conditions de travail et de rémunération des femmes concernant les activités que nous venons d'évoquer. En outre, la dégradation des conditions de vie des femmes affecte autant celles qui vivent en milieu urbain que celles des zones rurales. Dans le cadre de ce travail, nous nous attacherons uniquement aux activités liées aux travaux agricoles et agroalimentaires que nous avons eu l'occasion d'observer et sur lesquelles nous avons échangé avec les femmes rencontrées au cours de notre enquête de terrain. Nous n'aborderons pas

¹²⁹ D'après l'annuaire statistique burkinabè, dans la rubrique « statistiques du commerce extérieur » (INSD 2017).

¹³⁰ C'était déjà une culture de rente pendant la colonisation.

¹³¹ <http://www.ecodufaso.com/le-burkina-8e-exportateur-mondial-de-sesame/>

¹³² Souligné par nous-mêmes dans la mesure où cette phrase pose des questions au vue de nos données de terrain que nous allons présenter par la suite. Bien que cette filière représente une opportunité pour les femmes d'acquérir un revenu, les conditions de travail et de revenus discutables qui leur sont appliquées contribuent certainement à créer cette valeur ajoutée.

l'exposition aux risques des femmes sur les sites d'orpaillage¹³³. Cela nécessiterait un travail d'enquête de terrain spécifique, que nous n'avons pas mené.

2. Un environnement de vie dégradé

« La dégradation des sols, ça veut dire que les parcelles de cultures ne sont plus en mesure de donner, de supporter, de permettre aux cultures actuelles d'atteindre leur potentiel. C'est ça la dégradation des sols. Donc dégradation de la fertilité chimique, la fertilité biologique, la fertilité agronomique. C'est ça la dégradation. La dégradation, c'est un sol dégradé, c'est un sol incapable de permettre à la culture d'atteindre son potentiel sans un sol complémentaire. » (Entretien, expert sécurité alimentaire FAO, siège de la FAO, Ouagadougou, 09.02.2017)

Actuellement, le Burkina Faso est pris dans une spirale de dégradation environnementale multifactorielle qui se traduit par une dégradation des sols¹³⁴, comme le décrit la carte ci-dessous (figure 8) :

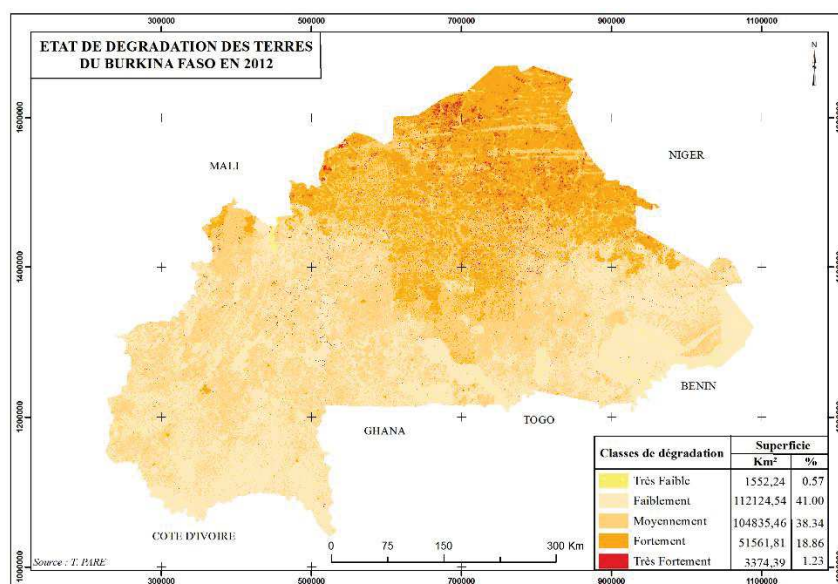


Figure 8. Carte de dégradation des terres du Burkina Faso en 2012, 2012 Paré

Cette carte situe les niveaux de dégradation physique et chimique du sol au Burkina Faso. Les zones où les sols sont fortement dégradés que l'on appelle « dégradation ultime » ne peuvent plus être cultivés à moins de faire un travail très long de récupération. Les autres zones en fonction du niveau de dégradation sont plus ou moins faciles à récupérer. (Entretien

¹³³ Nous avons eu l'occasion de nous rendre sur un site d'orpaillage implanté près de la ville de Gaoua dans le sud-Ouest du Burkina-Faso où nous avons constaté une forte présence féminine et leur participation aux activités d'orpaillage.

¹³⁴ Deux experts (l'un en nutrition, le second sur la sécurité alimentaire) de la représentation de la FAO au Burkina Faso ont confirmé que 46% des sols étaient dégradés au Burkina Faso. (Entretien, siège de la FAO, Ouagadougou, 09.02.2017)

avec le directeur de la cartographie et l'évaluation des terres, BUNASOLS, Ouagadougou, 25.02.2017)

Le pays subit de plein fouet le réchauffement climatique qui participe à cette dégradation. En outre, l'intensification des activités humaines à travers les mines, les sites d'orpaillage mais aussi les cultures agricoles, toutes consommatrices de produits chimiques, pose le problème de la pollution environnementale mais également des effets sur la santé des populations¹³⁵. De même, ces activités accélèrent le phénomène de déforestation qui entraîne la disparition du couvert végétal et l'érosion des sols. Le bois est très recherché sur les sites d'orpaillage (construction de galeries) mais également pour des professions comme la menuiserie, ou encore son utilisation comme bois de chauffe ou charbon de bois (pour la cuisine). Le ramassage et la vente du bois de chauffe comme la fabrication de charbon sont des activités exercées par les femmes en brousse et habitant en périphérie de ville dans les *non lotis*. Cette ressource sous tension implique pour ces femmes de se rendre de plus en plus loin en campagne pour trouver du bois.

Par ailleurs, selon les statistiques nationales, 76% de la population générale a accès à l'eau¹³⁶ en 2009 (INSD 2017). Or, sur le terrain, nous avons pu observer que la disponibilité de l'eau devenait problématique en particulier pendant la saison sèche où les coupures d'eau deviennent fréquentes en ville. A Bobo-Dioulasso, ville alimentée par des sources, le problème ne se pose pas de manière aussi exacerbée qu'à la capitale. A Ouagadougou, ville alimentée par des bassins de rétention d'eau de pluie, ces coupures sont monnaie courante. Les coupures sont provoquées par le rationnement de l'eau et la défaillance du réseau d'alimentation en eau (comme des pannes de machines, ou encore les coupures d'électricité qui empêchent de les actionner). En général, les coupures d'eau comme celles d'électricité sont annoncées à travers les médias et durent quelques heures afin de permettre de faire des réserves d'eau en prévision de la prochaine coupure. Mais parfois ce n'est pas le cas comme j'ai pu le décrire dans mon carnet de terrain à propos d'une coupure brutale à Bobo-Dioulasso. Celle-ci est intervenue sans crier gare, a pris les habitants par surprise, et a duré deux jours :

Après une première journée sans eau où tout le monde s'attendait à son rétablissement, les gens dans le quartier se sont réveillés l'œil hagard. Tout le monde s'est mis à chercher de l'eau pour boire, cuisiner, mais aussi se laver ou du moins se rafraîchir avec une telle chaleur. Je pouvais observer sur les voies de circulation, des gens dans les voitures, à motos, ou en taxis motos, munis de bidons à la recherche d'eau. Ce sont aussi les activités économiques qui ont été touchées. Ce matin-là, aucune petite vendeuse de bouillie n'était présente sur le bord des

¹³⁵ La question des effets sanitaires et environnementaux est posée par Bohbot dans son étude sur les sites d'orpaillage (Bohbot 2017).

¹³⁶ 93,5% de la population urbaine et 69,6% des habitants en zone rurale (INSD 2017).

routes. Les kiosques¹³⁷ et les maquis¹³⁸ fonctionnaient au ralenti. (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 31.03.2015)

La gestion de l'eau par les femmes et les enfants (qui sont assignés à cette tâche) est particulièrement éprouvante dans certains secteurs de la ville de Bobo-Dioulasso¹³⁹, en particulier dans les *non lotis* où les habitants se fournissent auprès des bornes fontaines. Certaines cours disposent de puits où chacun vient se servir, mais en période de saison sèche, la plupart se tarissent. Les propos de Karine illustrent les conditions dans lesquelles est gérée l'eau. Celle-ci habite un non loti, situé à la périphérie et en hauteur de la ville.

« C'est possible d'avoir l'information à la radio. Mais ce n'est pas tout le monde qui écoute la radio. Puisque nous sommes dans une zone de non loti. Il y a des gens qui n'ont pas de radio. D'autres n'ont même pas de portable (téléphone). Celles qui sont informées, ce sont celles qui partent chercher de l'eau et elles viennent remplir tous leurs ustensiles pour faire quelques jours. Mais actuellement tous les jours, l'eau est coupée. Ça peut venir à midi et à 13h c'est coupé encore. Ça peut venir à 22h et à 23h c'est coupé. Ça peut venir à minuit et 1h c'est coupé. Donc à 4h du matin, c'est ça qui est possible parce que vous pouvez puiser de l'eau de 4h jusqu'à 6h ». (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 28.11.2016)

Elle précise qu'à 4 heures du matin, la fourniture de l'eau dure deux heures alors qu'à d'autres moments, il n'y a qu'une heure, ce qui provoque des situations tendues entre les femmes. Elle raconte :

« L'autre dit que je suis la première à venir, l'autre dit : « non, tu es venue me trouver. Tu dois te mettre derrière moi ». Donc, les femmes se battent à cause de l'eau. Ce n'est pas facile. »

L'une des stratégies adoptées par les femmes consiste à se coucher à côté de la borne fontaine :

« Souvent on va se coucher là-bas. Souvent je dis à (nom de son enfant) « Va te coucher là-bas ». Souvent c'est moi-même qui pars me coucher là-bas. J'ai des voisines, si elles dorment là-bas, dès qu'il y a de l'eau, elles viennent frapper à la porte et elles disent : « Il y a de l'eau, il faut te lever. J'ai eu de l'eau ». (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 28.11.2016)

En milieu rural, la question de l'eau se pose également de manière aiguë. Au cours de mon enquête de terrain j'ai souvent été interpellée à ce sujet. Certains villages ne disposent pas ou peu de forages pendant que leurs puits se tarissent à la saison

¹³⁷ Petit café situé généralement dans les quartiers ou en bord de route.

¹³⁸ Restaurant de plein air.

¹³⁹ Il y a des zones plus privilégiées à Bobo-Dioulasso, comme les quartiers situés le long de la rivière qui traverse la ville. Ceux-ci sont construits sur une nappe phréatique importante et peu profonde. Les habitants de ces quartiers logent dans des cours souvent anciennes qui disposent de puits avec de l'eau (nous ne pouvons pas préjuger de la qualité de cette eau étant donné la pollution grandissante à proximité de cette rivière). Au contraire, les quartiers implantés sur les hauteurs de la ville (même si les dénivelés ne sont pas très importants) sont beaucoup plus exposés aux coupures (en nombre et en durée). Les quartiers résidentiels sont de surcroît plus épargnés même si les coupures existent.

sèche, contraignant les femmes à se rendre encore plus loin pour trouver de l'eau. Un infirmier en poste en milieu rural décrit les difficultés d'accès à l'eau potable. Il s'agit d'une commune qui compte 4000 habitants, située à seulement 15 kilomètres de Bobo-Dioulasso :

« Donc j'ai été affecté à (nom du village), c'est à 15 kilomètres de Bobo. C'est quand je suis arrivé là-bas que j'ai compris que la population a vraiment un problème sérieux d'eau. [...] Le problème d'eau, c'est quoi ? Ils n'ont pas de forage. Quand bien même ils ont des forages, les puits se tarissent vite. [...] Ils ont des forages avec pompe-là. Mais tout est gâté. Trois pompes, tout est gâté. Donc les trois-là sont gâtées, ils sont incapables de réparer. Ils ont fait leurs doléances, ou bien on les a aidés à faire leur doléance à la mairie, ils ont promis. Mais jusqu'à ce que je quitte, ce n'est pas résolu. [...] Mais, maintenant, ils s'approvisionnent avec l'eau du marigot ou bien l'eau de la rivière je vais dire ». (Entretien, Bobo-Dioulasso, 13.02.2017)

Il ajoute que l'eau du puits ne suffit pas. Il s'est rendu compte que la population se ravitaille à la rivière, officiellement pour laver les habits, mais en réalité cette eau sert aussi comme eau de boisson et pour cuisiner. Selon lui, cette eau est impropre à cette utilisation :

« Visiblement quand tu regardes l'eau, c'est propre. Mais on peut dire que c'est impropre parce qu'eux-mêmes ils rentrent dedans, les animaux rentrent dedans. Donc c'est plein de microbes ».

Il précise que les agents de santé, en revanche, retournent en ville acheter de l'eau en sachet pour leur propre consommation. Ce problème affecte aussi le CSPS comme il le souligne :

« Dans le dispensaire ou la maternité, quand une femme accouche, c'est leur règlement hein, quand une femme accouche, elle a l'obligation d'amener quelques bidons d'eau. Et les femmes amènent souvent l'eau du puits ou bien souvent l'eau de la rivière. Maintenant, quand nous nous prenons ça, nous faisons ce qu'on appelle la dilution avec l'eau de javel. Une préparation avec l'eau de javel. Juste pour pouvoir laver les mains, laver quelques pinces comme les pinces après accouchement. Et puis ça s'arrête là. [...] Dans le centre de santé, il n'y a pas de point d'eau. [...] Dans l'enceinte même il n'y a pas de point d'eau. Ils ont essayé de creuser. Ils n'ont rien trouvé et ça s'arrête là. Donc il n'y a rien ». (Entretien, Bobo-Dioulasso, 13.02.2017)

3. Le problème alimentaire

Une femme dans le non loti : « Même s'il y a la nourriture mais toi, tu n'as pas les moyens pour en acheter, qu'est-ce que tu vas faire ? Cela veut dire que tu n'as pas la nourriture ». (Entretien, dans le non loti, dans la cour du domicile de Kadija, Bobo-Dioulasso, 09.03.2016)
« Dans le temps, les crises étaient localisées... Les crises ne se ressemblent plus. Avant on ne voyait pas les céréales. Aujourd'hui on voit les céréales, mais on ne peut pas les acheter ». (Entretien, bureau de la SONAGESS, Ouagadougou, 07.02.2017)

Les deux personnes qui s'expriment, une femme qui réside dans le *non loti*, et un cadre de la SONAGESS, décrivent une situation qui traduit les nouvelles formes que revêt le problème alimentaire. Celui-ci ne se traduit plus uniquement par une production de nourriture insuffisante mais aussi par la difficulté d'accès à la production alimentaire.

3.1 Un phénomène ancien et récurrent

Le problème alimentaire¹⁴⁰ est un phénomène persistant et évolutif au Burkina Faso. Il est également ancien. Poussart-Vanier a recensé plus d'une dizaine de crises alimentaires depuis celle de 1870 jusqu'aux famines de 1972-1973 et 1983-1984 qui ont vu l'avènement de l'aide alimentaire d'urgence au Burkina Faso (Poussart-Vanier 2005). Ces famines ne sont pas seulement le fait des aléas climatiques (pluviométrie insuffisante) et des invasions de ravageurs (criquets). Ainsi, après les Indépendances, la famine entre 1972 et 1973 est la résultante non seulement d'une grave sécheresse mais aussi du délaissement de la question agricole par le politique alors que le pays était traversé par de nombreuses crises économiques. Le Comité National de la Révolution, au pouvoir entre 1984 et 1987, a en revanche investi prioritairement dans l'agriculture afin d'atteindre la souveraineté alimentaire¹⁴¹ (Zagré 1994). Ce qui montre que les questions alimentaires sont dépendantes de facteurs tels que l'orientation des politiques agricoles¹⁴².

D'autres facteurs conjoncturels interviennent dans le déclenchement de ces crises alimentaires, comme l'arrivée massive des réfugiés (en 1983 puis en 2013) ou encore la dévaluation du Franc CFA en 1994 (Poussart-Vanier 2005). Par ailleurs la mise en place des Programmes d'Ajustement Structurels en 1991 va modifier la configuration des crises alimentaires. Ceux-ci vont mettre fin au contrôle des prix des céréales sur le marché et au monopole d'Etat de la commercialisation des céréales. Cette dernière fonction est transférée aux grands commerçants qui vont assurer l'acheminement des céréales des zones productrices vers celles qui sont en déficit de production. Ces grands commerçants ont tendance à s'adresser aux populations solvables et laissent de côté celles qui ne peuvent pas payer (Poussart-Vanier 2005).

¹⁴⁰ Dans le sens où il y a une insuffisance ou une absence de nourriture.

¹⁴¹ Il lance une série de mesures telles que : la construction de petites retenues d'eau, la promotion de techniques culturales alternatives, la suppression de la subvention aux intrants et l'intensification du contrôle des prix des céréales (Zagré 1994).

¹⁴² Schwartz rappelle ainsi que les cycles de sécheresse et la politique de mise en valeur agricole pendant la colonisation ont provoqué une famine généralisée à travers tout le pays en 1931. L'instauration forcée des cultures de rente, en particulier celle du coton a modifié les pratiques locales de cultures et de gestion des stocks. Les populations se sont retrouvées dépourvues face à la crise alimentaire (Schwartz 1995).

3.2 Un phénomène qui s'étend au milieu urbain

Sabrina, 24 ans, vit en location dans un non loti, avec son mari, son bébé et sa sœur, un peu plus jeune. Elle raconte qu'ils n'ont pas de champ pour cultiver, ni de grenier, ni de céréales à stocker. Pour elle « Tout est payant », c'est-à-dire qu'elle doit tout acheter. Elle parle de ses difficultés financières qui l'empêchent d'assurer le quotidien : « Il n'y a pas toujours l'argent pour acheter. Des fois, c'est l'argent qui manque pour payer ». Sa sœur : « On dort souvent dans la faim ». La voisine présente au moment de l'échange reprend : « Si tu n'as pas l'argent pour acheter, tu vas demander à quel voisin ? Si tu as (de l'argent), tu manges bien, sinon tu ne manges pas bien ou pas. Ton papa, ton frère, ta maman ne sont pas là pour t'aider. « On ferme les yeux (dormir) pour que la journée de demain ne soit pas comme aujourd'hui. » (Causerie, dans le non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 16.02.2017)

Les propos de Sabrina et de son entourage illustrent la situation que nous avons rencontrée chez plusieurs femmes au cours de notre enquête de terrain en ville, dans les non lotis mais aussi dans d'autres quartiers. Pour ces femmes, le manque de nourriture pose un problème au quotidien. Les propos ainsi tenus montrent que ce problème s'inscrit aussi dans le contexte de transformation sociale des solidarités familiales, qui se traduit par « *l'affaiblissement des filets sociaux de sécurité traditionnels* » en cours « *depuis 20 ans* » dûs aux phénomènes de « *nucléarisation* » et « *d'individuation* » des familles (Janin 2009a : 222).

Par ailleurs, deux experts de la FAO soulignent que le problème alimentaire connu auparavant pour affecter principalement le milieu rural burkinabè, affecte désormais les zones urbaines. A tel point que des outils spécifiques sont élaborés afin de caractériser ce problème.

Expert 1 : « [...] Il y a une autre enquête qu'on appelle enquête de vulnérabilité alimentaire en milieu urbain qu'on fait. Ces résultats ont montré qu'à Bobo et Ouaga il y a des problèmes. [...] L'outil qu'il développait tantôt, ce n'est pas cet outil qui est utilisé pour les grandes villes comme Ouaga et Bobo. [...] Il y a un autre outil qu'on va utiliser pour Ouaga. [...] [L'] enquête de vulnérabilité alimentaire en milieu urbain. Nous en sommes au premier process. On avait suspendu parce qu'il n'y avait pas de financement. [...]

Expert 2 : L'aliment est là mais l'accès financier pose problème.

Expert 1 : En milieu urbain, l'accès se fait essentiellement par l'achat. Il faut que le ménage dispose obligatoirement de sources de revenus qui est en réalité précaire surtout pour une certaine couche de la population qui est non négligeable de plus en plus sur les grandes villes. Parce que les villes sont hautement alimentées par les zones rurales actuellement. Donc il y a une grande partie de la périphérie de Ouaga ou de Bobo qui est réellement peuplée. Ce sont des gens qui sont hautement vulnérables en réalité. C'est surtout cette partie de la population dont nous parlons. Donc, tous ceux qui quittent et qui s'installent ici, qui n'ont pas de source de revenu de façon permanente ou de façon adéquate, qui génèrent suffisamment de revenu pour l'ensemble de l'avenir sont systématiquement exposés. Ces gens sont nombreux. » (Entretien, Experts FAO, siège de la FAO, Ouagadougou, 09.02.2017)

Ce problème qui émerge dans les villes peut manquer de visibilité notamment à Bobo-Dioulasso du fait de sa situation géographique. Bobo-Dioulasso est en effet

située dans la région des Hauts-Bassins. Cette région est connue pour sa production agricole diversifiée qui est la plus élevée du pays. Elle est ainsi considérée comme le « grenier du Faso », et serait donc peu concernée par les problèmes alimentaires. Une équipe de chercheurs a néanmoins montré la situation paradoxale à l'œuvre dans cette région où il subsiste une malnutrition élevée chez les enfants et un manque de diversité alimentaire chez les populations en milieu rural (Lourme-Ruiz, Dury, et Martin-Prével 2016). Les populations autoconsomment peu ce qu'elles produisent (excepté les céréales) et n'utilisent pas les ressources monétaires tirées de la production agricole pour diversifier leur alimentation (Lourme-Ruiz, Dury, et Martin-Prével 2016). Bien que cette étude concerne le milieu rural¹⁴³, elle est intéressante dans la mesure où Bobo-Dioulasso est également attachée à cette image de « grenier ».

Par ailleurs, dans sa thèse sur les « mangeurs urbains » burkinabè, Heron rapporte que ce qu'elle nomme la « faim urbaine » à Ouagadougou est un phénomène récemment étudié par les scientifiques mais peu pris en considération par les politiques publiques (Heron 2016 : 60). En outre, Janin a étudié ce phénomène à Ouagadougou qu'il qualifie de « vulnérabilité alimentaire » et le définit selon ses spécificités propres par rapport au milieu rural. En ville, cette vulnérabilité recouvre « *des périodes d'approvisionnement difficile [...] plus nombreuses, plus aléatoires et plus incertaines* » qu'à la campagne (Janin 2009 : 211-212). Selon cet auteur, ce phénomène urbain peut également basculer vers « l'incertitude alimentaire » dans le cas où les individus n'ont pas la certitude qu'ils pourront manger (Janin 2009 : 2015). Par ailleurs, en s'appuyant sur l'analyse des émeutes de la faim¹⁴⁴ qui ont eu lieu en 2008, Janin montre que paradoxalement ce problème n'a pas affecté les populations pauvres (puisque déjà soumises à la vulnérabilité alimentaire) mais plutôt les classes moins défavorisées. Selon lui, ces émeutes de la faim sont emblématiques du problème alimentaire dans les villes puisqu'elles ont remis en cause « *la capacité propre des ménages urbains à se nourrir, puisque tous les apports extérieurs (revenus de la migration, aide vivrière des ruraux) ont été revus à la baisse* » (Janin 2009b : 255). En ville, le problème alimentaire a des répercussions sur les « besoins non couverts » chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Berthé et al. 2013). De même chez les femmes. Ainsi, Héron cite les travaux de Becquey qui a mis en évidence une mauvaise couverture en nutriments chez les femmes à Ouagadougou, notamment « *80 % des Ouagalaises sont en carence de trois vitamines et micronutriments spécifiques (B12, folates et riboflavines)* » (Heron 2016 : 61) (Becquey 2010).

¹⁴³ Un film documentaire intitulé « Le paradoxe des Hauts-Bassins : produire plus pour nourrir mieux ? » a été réalisé par Lourme-Ruiz et Maugerard à partir de cette étude. Il peut être visionné sur internet à l'adresse suivante : <https://vimeo.com/120670833>

¹⁴⁴ Entre janvier 2007 et avril 2008, 37 pays dont le Burkina Faso ont connu des manifestations sociales désignées sous le terme « émeutes de la faim » provoquées par la crise alimentaire suite à la hausse des prix des denrées alimentaires.

En définitive, à propos du contexte urbain, Heron distingue 3 risques de malnutrition : la sous-nutrition et la surnutrition, d'une part. On parle actuellement de « double » fardeau qui atteint les villes, dans le sens où les problèmes de surpoids et d'obésité s'ajoutent au risque de sous-nutrition. D'autre part, elle évoque le risque sanitaire lié à la qualité biologique ou chimique des aliments (Heron, 2016 : 66 ; 68). Nous aborderons certains aspects du risque sanitaire chimique dans la deuxième partie de ce travail qui a trait à l'exposition aux pesticides.

3.3 Le moment des difficultés

Parmi les femmes rencontrées qui éprouvent des difficultés alimentaires en milieu urbain, celles-ci relèvent avec leur entourage une période particulièrement critique pour accéder à la nourriture. Elles l'appellent en dioula *gèleya tûma* qui signifie littéralement « le moment des difficultés », *gèlé* signifiant « dur », « difficile ». D'après leurs propos, cette période débute en mars et prend progressivement fin au mois d'août avec l'arrivée des nouvelles récoltes. Cette période correspond au moment où les récoltes de l'année précédente sont épuisées chez les paysans auprès desquels il n'est plus possible d'acheter directement. En réalité, ceux-ci les ont vendus en partie aux grands commerçants qui se rendent dès la fin de l'hivernage dans les villages. Ceux-ci achètent les céréales (principalement le maïs) en gros puis en stockent une grande partie qu'ils vendent au moment où l'offre se réduit ; ce qui fait monter les prix. Ce phénomène réduit encore l'accès à la nourriture pour les familles pauvres en ville. Par ailleurs, cette période coïncide avec le début de la saison sèche où l'absence de pluie réduit considérablement les activités culturelles. Seuls les endroits disposant de puits ou d'un accès à l'eau permettent de continuer le maraîchage, désigné sous le terme de *culture de contre saison*. Néanmoins, l'offre reste réduite et les prix demeurent élevés.

Cette période est qualifiée de « soudure », et elle est plutôt caractéristique du milieu rural. Janin définit ainsi la soudure alimentaire comme

« l'intervalle temporel entre la fin des réserves disponibles produites sur l'exploitation et la prochaine récolte céréalière et quantifiée par l'ampleur du déficit entre besoins alimentaires et disponibilités réelles » (Janin 2004 : 910).

En milieu rural, certaines études révèlent que cette période influe sur la santé des mères et des nouveau-nés. D'après Savy et al., la soudure affecte l'état nutritionnel des femmes enceintes burkinabè qui se traduit par une perte de poids (Savy et al. 2006). Lawrence et al. ont évalué que cette perte chez les femmes enceintes vivant en milieu rural au Malawi peut atteindre jusqu'à 4,7 kg (Lawrence et al. 1987). En outre, selon Robert et al., la sous-nutrition pendant la soudure et l'activité intense des femmes enceintes pendant la saison agricole en Gambie entraînent une chute significative du poids à la naissance chez le nouveau-né et une baisse de la lactation chez les mères (Roberts et al. 1982). De plus, Hartikainen et al. montrent qu'au Malawi, en zone rurale, malgré des conditions environnementales défavorables, la

croissance du fœtus est maintenue au moins partiellement, mais ce maintien se fait au détriment de l'état nutritionnel de la mère (Hartikainen et al. 2005). Ces études ne concernent que les femmes vivant en milieu rural alors que la période de soudure affecte aussi les femmes en ville. Comme nous l'avons mentionné auparavant, celles-ci présentent des carences en micronutriments. De plus, Becquey a mis en évidence que l'insécurité alimentaire en milieu urbain (Ouagadougou) est plus importante pendant la période de soudure (Becquey 2010).

Par ailleurs, une Enquête Nationale sur l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition (ENIAM) (Loada et Ouedraogo-Nikiema 2009) réalisée en 2009 au Burkina Faso conclut sur

« la situation nutritionnelle [...] préoccupante aussi bien chez les femmes en âge de procréer que chez les enfants de moins de 5 ans, dans toutes les régions. Par exemple, pour la malnutrition aiguë toutes les régions à l'exception de la région des Hauts-Bassins se situent au-dessus du seuil de sévérité de 10% défini par l'OMS » (Loada et Ouedraogo-Nikiema 2009 : 188).

Néanmoins, cette étude ne mentionne pas la soudure comme un facteur influençant l'état nutritionnel des femmes. De plus, elle opère seulement une distinction entre les états nutritionnels selon le milieu rural et la zone urbaine, c'est-à-dire des états de maigreur pour le premier et l'obésité et la surcharge pondérale pour le second (Loada et Ouedraogo-Nikiema 2009 : 188). Nous n'avons pas d'étude sur l'état nutritionnel des femmes enceintes dans les villes sur l'année, ni en période de soudure. A Bobo-Dioulasso, la malnutrition des femmes enceintes a été évoquée avec les agents de santé du CSPS où nous avons effectué notre enquête de terrain. Ce problème est en effet connu et des modes de dépistage ont été mis en place (surtout auprès des femmes allaitantes), en l'occurrence par la mesure du périmètre brachial de la mère et de son enfant. De même la consultation postnatale est un moment révélateur de l'état nutritionnel des mères, comme le dit le major du CSPS :

« Si vous voyez que l'enfant est malnutri, ça veut dire qu'elle-même elle ne va pas gagner à manger. » (Entretien, CSPS, Bobo-Dioulasso, 25.07.2016)

Mais comme nous avons pu l'observer, c'est surtout l'état nutritionnel des enfants qui est surveillé. En outre, les professionnels de santé déplorent le fait que les mesures de récupération nutritionnelle ne s'adressent qu'aux enfants.

Or, comme nous allons le voir, le problème alimentaire se pose à Bobo-Dioulasso et les femmes rencontrées développent des stratégies pour assurer un minimum alimentaire pour leur foyer.

3.4 Les stratégies alimentaires des femmes

Pour faire face aux problèmes alimentaires, les femmes rencontrées au cours de l'étude adoptent certaines stratégies. Elles ont l'habitude notamment de préparer les repas une fois dans la journée afin d'éviter les dépenses, notamment en bois de

chauffe. De plus, elles adaptent les repas en fonction des ressources disponibles au quotidien (ressources monétaires, stocks alimentaires disponibles). Celles-ci dépendent des revenus gagnés dans la journée ou encore de la participation du conjoint (monétaire ou en nature), comme l'illustre la situation de Kadija :

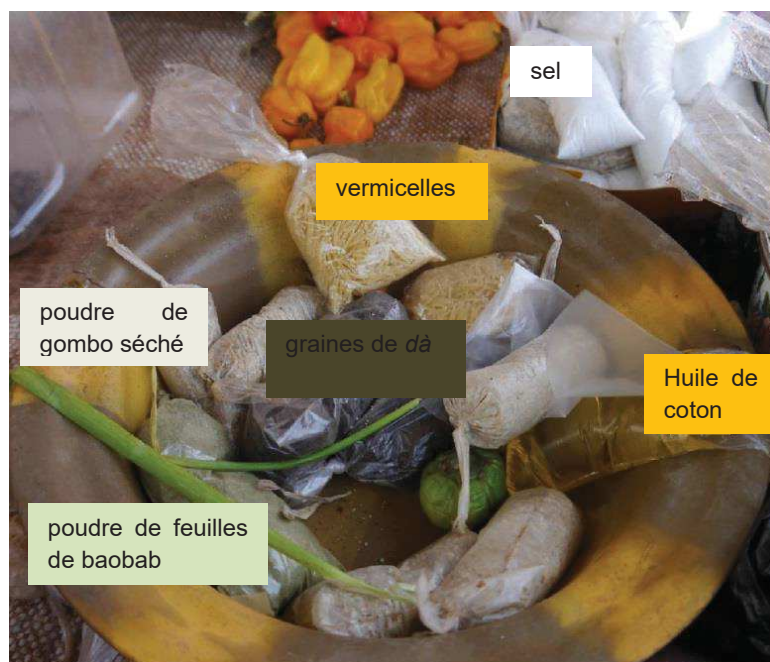
Kadija habite au non loti avec ses deux enfants. Son mari vit avec sa première femme et les enfants qu'il a eus avec cette dernière. Kadija prépare le plus souvent le tô. Son mari lui amène de temps en temps un peu de maïs qu'elle va moudre au moulin. Selon Kadija, si elle est « contente », c'est-à-dire si elle a gagné suffisamment d'argent, ils mangent un plat de haricots. « Le riz », précise-t-elle, « c'est vraiment de temps en temps ». Le matin, en guise de petit déjeuner pour la famille, elle « casse » le tô¹⁴⁵ dans la sauce qu'on appelle plus communément le tô couché (le tô de la veille qu'elle délaie avec de l'eau et peut ajouter de la potasse pour enlever l'éventuelle aigreur). Si elle a de l'argent, elle paie pour 50 FCFA de bouillie de mil et 50 FCFA¹⁴⁶ de sucre pour ses enfants, « mais ça ne leur suffit même pas ». Aujourd'hui, elle a gagné 250 FCFA, de quoi préparer sa sauce. Avec ses 250 FCFA elle va faire une sauce composée de MAGGI pour 25 FCFA, de poudre de feuilles séchées de baobab pour 25 FCFA, de poisson sec pour 50 FCFA et du soubala¹⁴⁷ pour 50 FCFA. Les 100 francs restants sont destinés à la bouillie du matin (Extrait carnet de terrain, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 17.03.2017).

Cette pratique du repas au jour le jour, provoquée par l'irrégularité des ressources monétaires, conduit les femmes à acheter les denrées alimentaires nécessaires au détail, dans des proportions réduites et en fonction des prix qui fluctuent en permanence, en l'occurrence le prix des céréales. Les femmes se rendent dans les petits commerces de proximité nombreux dans les non lotis mais aussi au bord des voies de circulation. Il s'agit de simples étals tenus par des femmes. La photo ci-dessous (figure 9) est tirée de l'un de ces petits commerces. Elle illustre à travers les conditionnements proposés cette gestion minimale voire minimaliste du quotidien.

¹⁴⁵ Le tô est un plat préparé à base de farine de maïs (le plus courant) ou de mil, ou encore de sorgho dans une grande marmite et à l'aide d'une grande spatule en bois. Ce plat qui ressemble à une pâte (blanche) plutôt compacte, est accompagné d'une sauce qui donne les principaux nutriments.

¹⁴⁶ 1 euro= 655 FCFA ; 25 FCFA = 4 cts d'euro ; 50 FCFA= 8 cts d'euro ; 100 FCFA = 16 cts d'euro ; 250 FCFA= 40 cts d'euro.

¹⁴⁷ Le soubala est un condiment à base de graines de néré (arbre) qui subissent une fermentation.



Dans un non loti à Bobo-Dioulasso, sur l'étal d'une vendeuse, nous pouvons remarquer les condiments conditionnés selon de très petites quantités, dans de petits sachets en plastique transparent en vente au détail (dont les prix n'excèdent pas 25 à 50 FCFA).

Figure 9. Condiments vendus à l'unité, 2016 Servais

Nous pouvons noter la présence de petits sachets de vermicelles utilisés dans les préparations de sauces. Leur utilisation est une stratégie bien connue des femmes pour rendre la sauce arachide plus « lourde ». L'amidon des pâtes ainsi obtenu pendant la cuisson permet de rendre la sauce plus consistante et d'économiser de la pâte d'arachide.

Ces stratégies d'achat au détail, au jour le jour, sont orientées également par des fluctuations de prix des aliments qui peuvent varier de 25 à 100 FCFA selon les jours, ce qui montre les équilibres extrêmement précaires qui se jouent dans les quartiers. Mais nous relevons également une faible variété dans l'alimentation basée essentiellement sur le tô. Le riz est consommé de temps en temps. Bien que les marchés proposent des fruits et des légumes, leurs prix ne sont pas accessibles pour ces femmes dont les ressources varient d'un jour à l'autre. Dans les foyers rencontrés, la viande est un aliment consommé très rarement, essentiellement pendant les fêtes. Le poisson sec remplace généralement le poisson frais. Les femmes le pilent dans un mortier et le mélangent à leur sauce.

Heron nomme l'ensemble de ces stratégies la « sécurisation alimentaire spontanée », c'est-à-dire « la sécurisation alimentaire à l'échelle locale, comme l'ensemble des actions conduites par un individu ou par un ménage pour manger, sans qu'il ait forcément conscience qu'on pourrait qualifier leurs pratiques de « sécurisation » » (Heron, 2016 : 283). Parmi ces conduites, elle mentionne les activités que les femmes exercent pour générer un revenu quotidien qu'elle nomme « *recherche de ressources nouvelles ou pratiques d'activités déplaisantes* » (Heron 2016 : 299). Au cours de notre recherche, nous avons rencontré des femmes qui ont des activités plus que « déplaisantes » et qui relèvent d'une stratégie de survie.

Certaines exercent en effet des activités qui s'apparentent plus à de la surexploitation et mettent leur santé à rude épreuve, d'autant plus quand elles sont enceintes ou qu'elles allaitent.

II. La nécessité de travailler

Au cours de notre enquête de terrain, nous avons été interpellés sur la question du travail, en particulier sur la nature des activités exercées et leur intensification, que les femmes pauvres sont amenées à exercer en milieu urbain. J'ai ainsi été amenée à m'intéresser aux femmes qui exercent des activités dans des conditions difficiles, extrêmement pénibles et faiblement rémunératrices. Ce qui les expose à des risques pour leur santé en général, mais aussi pendant leur grossesse dans le cadre de cette recherche. Le même phénomène d'intensification du travail des femmes se retrouve en milieu rural, dans la zone où j'ai réalisé mon enquête de terrain. Il a été révélé là aussi par les femmes elles-mêmes. Le phénomène se traduit plutôt dans ce cas, par une augmentation de la charge de travail des travaux agricoles pour les femmes dans les champs.

1. Le travail des femmes pauvres en ville

Pendant que nous (avec ma facilitatrice) mangeons [...] je peux observer la voie qui mène à la fois à la route goudronnée et dans la campagne. [...] Il est déjà aux alentours de 16h30/17h quand nous voyons arriver (de la campagne) une longue colonne de femmes qui marchent d'un pas soutenu, certaines la daba¹⁴⁸ à la main. On peut lire la fatigue sur leur visage quand elles s'approchent et se tournent vers nous pour répondre à notre « A danse » formule de politesse en dioula qui signifie et leur souhaite la bonne arrivée. Il y en a de tous les âges. Les vieilles suivent plus tard derrière. Nous pouvons voir des femmes avec leur seau noir qu'elles portent sur la tête ou qu'elles tiennent à la main, il y a des affaires dedans rangées dans un sac de riz. D'autres transportent sur la tête de gros fardeaux de bois ficelés dans lesquels les femmes ont coincé leur daba. La facilitatrice m'explique que ce sont les femmes qui partent travailler aux champs « pour quelqu'un » (Extrait carnet de terrain, non loti, Bobo-Dioulasso, 22.07.2016).

1.1 Les travailleuses journalières ou le *jɛni ka ɲimi*

A Bobo-Dioulasso, en particulier dans les quartiers populaires et les non lotis, nous avons rencontré des femmes qui exercent certains types d'activités qui m'ont amenée à les nommer « travailleuses journalières ». Elles-mêmes consacrent deux expressions pour décrire leur activité. Elles empruntent le terme français « contrat » alors qu'aucun contrat ne les lie. Elles utilisent également une expression en langue dioula *jɛni ka ɲimi* qui traduite littéralement signifie « brûler et croquer », mais qui

¹⁴⁸ Il s'agit d'un outil agricole le plus fréquemment utilisé et qui correspond à la houe. La daba est constituée d'un manche très court et d'un fer qui change en fonction des travaux à réaliser.

est traduite en français africain par « un travail *sap sap* pour gagner son pain » ; en dioula *sap sap* est une expression commune pour dire « vite », « rapide ». Même si cette expression n'est pas complètement figée, elle décrit et s'applique en général à tout travail temporaire non déclaré¹⁴⁹ caractérisé par une rémunération à la journée : « *Ce n'est pas un travail qu'on paie par mois. Quand tu fais, net on te paie* ». Il est en outre considéré comme un travail au rabais, parce que réellement sous-payé. La « rémunération » est en effet dérisoire. Je mets expressément les guillemets pour souligner le contraste entre ce que le mot rémunération peut évoquer pour une personne vivant en occident et ce que gagnent ces femmes pour une journée de travail dans des conditions extrêmement difficiles, comme nous le verrons dans ce qu'elles décrivent elles-mêmes. Cette activité est également occasionnelle dans le sens où les femmes ne sont pas assurées d'exercer ce travail quotidiennement. Celles-ci peuvent se présenter tôt le matin sur le lieu concerné par l'activité et ne pas décrocher (elles disent « gagner ») de travail, ce jour-là. Sali décrit comment cela se passe pour les travaux des champs :

« [...] [I]ls nous recrutent. Ils peuvent dire qu'ils veulent tel nombre de personnes pour cultiver. Vous aussi vous sortez pour chercher les gens et compléter le nombre de personnes manquantes. Certains propriétaires du champ peuvent rester avec vous seulement jusqu'à la fin de la culture. D'autres propriétaires du champ peuvent constater que vous ne cultivez pas bien. Donc ils vous laissent et ils partent chercher d'autres personnes qui viennent cultiver leur champ. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 16.02.2016)

Dans le cas de ces femmes rencontrées au cours de ma recherche, il s'agit de toute une série de travaux qui s'étendent sur une certaine période de l'année (souvent) en lien avec la production agricole. Il concerne également certaines femmes qui partent travailler occasionnellement à l'usine pour remplacer quelqu'un ou pallier à une hausse d'activité temporaire, sans pour autant être déclarée à la CNSS.

a. Les cultivatrices à la ville

Sali, 27 ans, vit dans une cour individuelle au *non loti* avec son mari et ses deux enfants. Elle est enceinte et à terme lorsque nous échangeons sur ses activités. Bien que son mari ait un travail, elle-même exerce une petite activité pour compléter le revenu du foyer et parer à ses propres besoins et ceux de ses enfants. Au début de sa grossesse, Sali était « cultivatrice », c'est-à-dire travailleuse journalière dans des champs tenus par un propriétaire. Elle raconte les raisons qui l'ont poussée à abandonner cette activité.

« [...] Je n'ai pas terminé avec le propriétaire du champ. Au début de ma grossesse, lorsque je me courbais pour cultiver, j'avais des vertiges. Donc je ne partais plus. La partie que le propriétaire du champ nous a donnée, c'était une grande partie. J'ai dit à (elle cite le prénom d'une femme) : « Comme j'ai des vertiges, il faut cultiver. Je vais me reposer d'abord ». En ce

¹⁴⁹ A la Caisse Nationale de Sécurité Sociale burkinabè (CNSS).

moment il se trouvait que le propriétaire du champ était absent. Je suis allée me reposer un peu. Lorsque je me suis réveillée, ils ont dit cela au patron. Le patron m'a grondée. Je me suis fâchée et j'ai pris ma daba pour rentrer. Les autres m'ont dit de ne pas m'en aller. Que si le patron vient, ils vont lui demander pardon. Peu de temps après, il est venu. Il m'a dit : « Femme gourounsi, il ne faut pas te courber dans mon champ. Les Gourounsi savent cultiver et toi tu es venue dans mon champ, tu ne fais rien ». Je lui ai répondu : « Il n'y a pas de problème. Ce n'est pas ma première fois de cultiver dans ton champ. C'est parce que je suis malade ». Il m'a répondu : « Ce n'est pas moi qui t'ai donné la maladie ». Les autres femmes ont voulu me rejoindre. Je leur ai dit de rester pour cultiver. S'il donne mon argent, Dieu le voit. S'il ne donne pas aussi mon argent, Dieu le voit aussi. De la manière qu'il a gagné son argent, moi aussi je prie Dieu pour gagner de l'argent. Donc moi aussi je ne suis plus allée. Mais les autres femmes ont continué de cultiver dans son champ jusqu'à finir la saison des pluies. »

Elle ajoute :

« Aux champs les femmes qui ont leur bébé au dos qui pleure, elles les frappent pour qu'ils s'arrêtent de pleurer. En les frappant, elles les fatiguent et ils dorment. Que les hommes aux champs sont très méchants avec les femmes enceintes et celles qui allaitent. Pour eux, elles ne travaillent pas assez. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 16.02.2016)

Elle a arrêté en raison de sa grossesse, non pas parce que le travail représentait un risque mais plutôt parce que le propriétaire traitait mal les femmes. C'est pourquoi, elle a cherché une autre activité et jusqu'au jour de l'entretien elle lave le linge dans la cour de particuliers.

L'activité saisonnière que décrit Sali consiste à effectuer les travaux champêtres pour autrui dans des parcelles agricoles situées en périphérie de la ville, voire dans des zones plus éloignées. Ces champs appartiennent soit à de grands propriétaires terriens, c'est-à-dire des personnes qui ont les moyens d'investir dans la terre, les « richards de Bobo », ou les « hauts cadres » comme l'énonce en français l'une des femmes, agent de santé communautaire, présente lors d'une causerie¹⁵⁰. Soit à de petits propriétaires qui manquent de main d'œuvre, et disposent de peu de ressources économiques pour payer notamment les intrants agricoles. Cette activité commence avec les premières pluies de l'hivernage. Elle se termine en général au mois d'octobre. Cela représente six mois d'activités pour les femmes. Les cultures mentionnées par les femmes sont les suivantes : le maïs, le sorgho, le soja, l'arachide, le haricot (niébé), l'aubergine, la courge, et le gombo. Le travail qui leur est demandé correspond quasiment aux tâches agricoles qui se déroulent dans les campagnes durant la saison des cultures. Elles commencent par les semis, puis le désherbage. Ensuite elles déposent soit l'engrais chimique soit le compost /fumier au pied de chaque plant. Elles terminent par « casser » le maïs, c'est-à-dire la

¹⁵⁰ (Causerie, Bobo-Dioulasso, non loti, place à côté de la mosquée, 31.05.2016).

phase de la récolte. Ces tâches impliquent d'être courbée en permanence. La daba constitue leur principal outil de travail.

Ce sont des femmes de tous les âges qui vont travailler dans ces champs. Parmi les femmes interviewées, la plus jeune a 25 ans et la plus âgée, une veuve, a 59 ans. Elles habitent dans les quartiers *non lotis*. Leur situation géographique facilite l'accès à ce travail dans le sens où les *non lotis* se retrouvent à la lisière du milieu rural. Elles ont ainsi un accès direct à la campagne. En général, elles partent travailler vers 7h et rentrent vers 18h. Les femmes se rendent à pied aux champs, (dans ce cas elles évaluent leur temps de marche à une heure de leur domicile), ou encore à vélo. Arrivées aux champs, elles proposent directement leur force de travail. D'autres partent à vélo. D'autres préfèrent rejoindre le *goudron*, c'est-à-dire la voie principale bitumée qui sort de la ville. A cet endroit, des hommes les attendent avec des véhicules pour les conduire dans les champs qui peuvent être situés à plusieurs dizaines de kilomètres. Certaines refusent cette option parce que, disent-elles, les véhicules sont en très mauvais état et tombent fréquemment en panne.

Bien que ce travail s'étende à peu près sur six mois, elles ne travaillent pas de manière continue dans les champs. Cela dépend de la nature des tâches à effectuer et de l'opportunité à trouver du travail. A certains moments ce sont les hommes qui prennent le relais, quand il s'agit en l'occurrence de pulvériser les herbicides et les pesticides. Parfois, il n'y a pas de travail pour toutes les femmes qui se présentent, parce d'autres femmes sont déjà là. L'équipe de huit femmes dit que des femmes peuvent s'ajouter à elles en chemin et le groupe peut excéder la vingtaine.

En général, elles sont payées à la fin de leur journée de travail. Leur rémunération journalière s'élève à 750 FCFA¹⁵¹ quand c'est le propriétaire qui fournit le repas du midi (du tô) et 1000 FCFA quand elles assurent leur repas de midi, du tô avec de la sauce. L'eau est fournie par le propriétaire dans certains cas. Pour d'autres, les femmes apportent leur propre bidon d'eau. Pour celles qui amènent leur(s) enfant(s) en bas âge, elles assurent aussi le nécessaire pour eux.

Les travailleuses journalières rencontrées affirment que seul le paludisme peut les empêcher d'aller aux champs, ou bien une maladie qui s'aggrave « trop », ou encore devoir se rendre aux funérailles. Sinon, elles insistent sur le fait que rien ne les arrête pour aller aux champs, même quand elles sont enceintes, parce qu'elles ont besoin de travailler pour avoir des revenus pour subsister. Ainsi, Sabrina, 24 ans a accouché dans les champs alors qu'elle avait fait toutes ses pesées au CSPS de son secteur. Outre le fait qu'elle n'ait pas reconnu les signes de l'accouchement le jour venu, elle a parlé de la nécessité pour elle d'aller aux champs parce qu'à la maison « *il y avait problème de nourriture* ». Elle précise :

¹⁵¹ 750 FCFA= 1 euro et 15 cts ; 1000 FCFA = 1 euro et 52 cts.

« Mon accouchement a coïncidé que j'étais au champ en train de cultiver. [...] Au moment où j'ai accouché, il y avait la misère. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 02.12.2015)

Patricia, 31 ans, rencontrée alors que son bébé a quelques mois, est remariée. Néanmoins elle doit subvenir aux besoins de ses 5 enfants (4 sont issus du premier mariage). Au cours de sa dernière grossesse, elle a beaucoup souffert, elle se sentait fatiguée. Elle a été dépistée séropositive au VIH au cours d'une pesée. Elle raconte qu'elle n'était pas malade mais quand elle voulait se lever c'était difficile. Elle se sentait fatiguée à cause du travail mais aussi avec la grossesse elle se sentait « lourde ». Elle précise :

« Quand tu fais le travail c'est fatiguant. Le soir tu rentres, ton corps tremble, tu es fatiguée, tu sens la douleur. [...] Même si ça peut jouer sur la grossesse, tu n'as pas les moyens, tu prends des risques pour pouvoir survivre, il faut travailler. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 20.07.2016)

D'après les propos des femmes rencontrées, les travaux agricoles sont pénibles et peuvent menacer leur santé. Elles encourent en effet un fort risque d'exposition aux pesticides comme nous le verrons dans la partie consacrée à cette thématique. D'après les femmes, les travaux sont tellement durs qu'elles arrivent épuisées à la maison alors qu'elles doivent *préparer* (cuisiner). A tel point que certains conjoints ont préféré que leur femme interrompe son activité. C'est ainsi que l'équipe de journalières, dont fait partie Kadija, s'est réduite au fur et à mesure de la saison des travaux champêtres :

Kadija : « Celles qui ont refusé de faire ce travail, elles disent que leur mari n'accepte pas qu'elles fassent ce travail. Parce que c'est un travail fatiguant et dur. Si tu pars en brousse et tu tombes malade, c'est ton mari qui va te soigner. C'est pour cette raison que les maris refusent que leur femme fasse ce travail. C'est pour cette raison que le mari et sa femme partent vendre à l'auto gare... [C]'est dur [le travail dans les champs]. Mais comment je vais faire ? Je n'ai pas d'autre travail à faire. Donc je suis obligée de faire ce travail. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 16.10.2016)

b. Ventiler le sésame

Lucie, 25 ans, vit avec son mari dans un *non loti*. Celui-ci est amené par son travail à se déplacer fréquemment en dehors de Bobo. Elle vit en location avec son enfant de 3 ans dans une petite maison en banco. Au moment de notre rencontre, elle attend son deuxième enfant et ventile le sésame pour générer des revenus. Elle est à 8 mois de grossesse quand elle raconte les conditions dans lesquelles elle exerce cette activité.

« Si nous arrivons le matin, nous attendons qu'ils viennent faire l'appel. Ils prennent cinq personnes par équipe. Ensuite, ils classent les sacs et nous, nous trions maintenant. Des fois nous ventilons jusqu'au soir et des fois nous arrêtons à midi. [...] Il n'y a pas une heure fixe. On peut commencer soit à 8h soit à 10h. [...] Nous faisons ce travail dans la cour. Il n'y a pas

d'ombre. Nous travaillons sous le soleil. [...] Nous ne nous reposons pas. [...] Nous nous courbons pour tamiser comme si on cultivait. Parce que si tu t'arrêtes pour tamiser, le vent prend la poussière que tu soulèves pour venir vers toi pour te salir. Donc tu te courbes pour tamiser. [...] L'autre jour je me suis débrouillée pour tamiser en étant courbée. Je ne me suis pas assise. J'ai grouillé tamiser 4 sacs en étant courbée. Quand j'ai fini, lorsque j'ai voulu me lever, vers ici là, tout me faisait mal. Comme nous ne sommes pas nombreuses, si je m'assois, les autres vont dire que je ne travaille pas. Donc je me débrouille pour me courber en tamisant. [...] Mon ventre ne me fait pas mal. C'est mon dos qui me fait mal. [...] Je ne vais pas arrêter. Sauf si j'accouche. Même si j'accouche, même si les 40 jours ne sont pas arrivés, si on dit que le sésame est venu, je pars pour tamiser. Je mets du beurre de karité dans les narines du bébé et je pars faire mon travail. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 15.02.2016)

J'ai eu l'occasion d'observer¹⁵² cette activité liée au sésame au cours d'une visite dans un entrepôt.

Cette cour de plusieurs centaines de mètres carré, jouxtait un grand entrepôt industriel où sont stockés des milliers de sacs (de 100 kg) de céréales (sésame, maïs), d'anacardes et de noix de karité. D'un côté, sont entreposés les sacs de céréales prêts à l'exportation, de l'autre les sacs qui doivent passer entre les mains des femmes. La machine pour souffler le sésame se trouvait également à l'intérieur. Elle est manipulée par des hommes couverts de poussière qui portent des masques. Excepté quelques hommes pour la manutention de la machine et des sacs, la main d'œuvre est essentiellement féminine. Les femmes travaillent à l'extérieur sous la surveillance d'un homme. Elles tamisent en plein soleil, sans véritable protection telle qu'un masque. Le tamisage dégage d'énormes nuages de poussière qui fait tousser et qui colle à la peau. Seuls quelques camions à l'arrêt et un arbre procurent un peu d'ombre (Extrait carnet de terrain, zone industrielle, Bobo-Dioulasso, 16.02.2017).

« Ventiler le sésame » fait partie de ces activités exercées par les femmes que j'ai nommées travailleuses journalières. Cette activité constitue une étape dans le nettoyage des graines de sésame avant leur exportation¹⁵³. Cette tâche est réalisée uniquement par les femmes. Elle précède le soufflage qui est effectué par une machine. En règle générale, les femmes travaillent par équipe. Chaque femme se voit confier en moyenne 2 sacs de 100 kg de graines de sésame, parfois ce sont 4 sacs par femme. Bien que l'expression consacrée soit « ventiler », sans doute en rappel à l'étape du soufflage, les femmes en réalité effectuent un tamisage du sésame. Au moyen d'un grand tamis, elles retirent toutes les petites impuretés comme le sable, la poussière et les petits cailloux contenus dans les sacs où a été conditionné le sésame après la récolte. La quantité de sable contenue dans les sacs est importante. Elle provient non seulement de ce qui a été ramassé avec le sésame lors de la récolte, mais aussi des ajouts au fond des sacs par les négociants en céréales, guidés par l'appât du gain, pour augmenter leur poids. Une fois tamisées,

¹⁵² Je n'ai pas eu l'autorisation de prendre des photos, si ce n'est de loin, une fois franchie la clôture de la cour de l'entrepôt.

¹⁵³ Comme nous l'avons mentionné précédemment le Burkina Faso est le 8^{ème} exportateur mondial de sésame.

les graines de sésame sont reversées dans un autre sac de 100 kg. Ce sac de graines tamisées est ensuite versé dans une machine qui trie le reste des « saletés » que le tamis simple des femmes n'a pas pu retirer. Cette tâche est scrupuleusement contrôlée comme le raconte Kadija, vivant avec le VIH et qui « ventile » aussi le sésame :

« Nous tamisons et nous le (le sésame ventilé) remettons dans des sacs. La personne qui s'occupe du sésame sort pour contrôler s'il n'y a pas de cailloux ou de grains de sable dedans. S'il n'y a rien de tout cela, il vous dit de mettre. Mais s'il y a des graines de sable dedans, il renverse par terre et il vous dit de tamiser encore. »

Les femmes travaillent du lundi au samedi sur des demi-journées comme de longues journées. Elles n'ont pas d'heures fixes, cela dépend de la quantité de sésame à tamiser.

Kadija : « [...] C'est le responsable qui décide du nombre de sacs que chaque groupe doit enlever. Si le responsable décide que vous enlevez deux sacs, vous enlevez deux sacs. [...] Chaque personne du groupe prend un sac. S'il décide que chaque personne du groupe enlève deux, vous enlevez deux sacs par personne. S'il décide que chaque personne du groupe enlève trois sacs, vous enleviez trois sacs. S'il décide que vous enlevez quatre sacs, vous enleviez quatre sacs. C'est lui qui décide du nombre de sacs. [...] C'est deux fois que j'ai eu à faire quatre sacs. Sinon toutes les autres fois, c'est soit deux sacs, soit trois sacs. [...] Le jour que j'ai fait quatre sacs, d'ici qu'on je vienne ici, on faisait la prière de Safo (qui équivaut entre 19h et 20h) [...] » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 10.02.2016)

Comme pour les travaux champêtres, les femmes ne sont pas sûres de trouver du travail chaque jour. Elles se présentent quotidiennement mais leur équipe n'est pas toujours retenue.

« [...] Si tu pars, si tu as la chance, on te prend. Il y a des jours où tu peux aller et on ne te prend pas... »

Les travailleuses journalières sont payées, chacune, entre 250¹⁵⁴ et 300 FCFA le sac de 100 kg de sésame tamisé. Kadija dit qu'elle peut faire en général 2 sacs par journée de travail, ce qui lui rapporte 600 FCFA. Cette « rémunération » apparaît d'autant plus infime au regard des conditions de travail et de sa pénibilité, comme l'illustrent les propos de Lucie, cités plus haut, et ceux de Kadija qui donne d'autres détails :

« [...] Il y a beaucoup de poussière. Les femmes se mettent de la poussière en tamisant. Il y a des jours, en venant à la maison, tout notre corps est recouvert de poussière et devient de la terre rouge comme celle-ci. [...] Certaines achètent [des protections]. D'autres se protègent le nez et la bouche avec leurs foulards. [...] [P]our que ça ne pénètre pas dans tes narines. [...] [La poussière] arrive là-bas. Lui-là (son bébé), quand il est venu ici, il s'est enrhumé. Le rhume l'a très bien fatigué. [...] Lorsque tu tousses (elle parle à propos des adultes) et tu craches, le crachat devient comme de la terre. [...] Et puis les habits que tu portes pour aller tamiser le

¹⁵⁴ 250 FCFA= 40 cts d'euro ; 300 FCFA= 46 cts d'euro ; 600 FCFA= 92 cts d'euro.

sésame, en voulant laver ces habits, ils deviennent gluants comme de la poudre des feuilles de baobab. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 10.02.2016)

Ainsi Kadija se rend au travail avec son bébé âgé d'une dizaine de mois et qui a souffert de malnutrition après sa naissance. Elle raconte comment elle s'occupe de son enfant sur son lieu de travail : *Le jour où il pleure, je le mets au dos. Le jour où il ne pleure pas, je le laisse à côté de lui-là (son enfant un peu plus grand)*. Pour allaiter, elle précise qu'elle ne peut pas se lever et donner le sein tranquillement à son enfant :

« Je m'assois à côté de mon sésame, je le mets sur mes pieds et je mets le sein dans sa bouche avec une seule main, comme cela (elle fait un geste). [...] [On] ne doit pas se lever. Si tu te lèves, les autres qui sont rapides vont terminer avant toi. Et puis elles vont t'insulter en disant que tu es lente. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 10.02.2016)

Ce travail est également saisonnier. Il commence à partir de janvier et se poursuit jusqu'en mars. Les femmes continuent ensuite avec le tri des noix d'anacardes de mars à mai, puis avec les noix de karité en juillet. Selon elles, ce travail est moins pénible que celui avec les graines de sésame. Il consiste à trier et retirer les noix qui sont trop petites, pourries, en vue de les préparer pour l'exportation.

1.2 Tamiser le coton sale

Pendant l'enquête de terrain, au cours de mes déplacements fréquents en ville, certains secteurs me sont devenus familiers et je me suis mise à observer avec plus d'acuité ce que je voyais. Ce qui était invisible devenait progressivement visible, familier. Comme si l'œil et l'esprit avaient besoin d'un temps d'adaptation pour repérer, identifier des « éléments du paysage qu'ils traversent » et qu'ils n'ont pas l'habitude de voir ou qui lui sont totalement inconnus. C'est ainsi que de multiples et gros tas de coton gris et poussiéreux ont attiré mon attention à partir du mois de février 2016.

Parmi ces tas qui dégagent une poussière intense, nous pouvons distinguer une multitude de femmes recouvertes, elles-mêmes de poussière, qui s'activent en petit groupe autour de ce coton « sale » ; participant à dégager encore plus de nuages de poussière. Parmi ces femmes de tous les âges, certaines portaient leur bébé au dos. Pour d'autres, la forme rebondie de leur ventre indiquait qu'elles attendaient un bébé (Extrait carnet de terrain, zone industrielle, Bobo-Dioulasso, 14.02.2016).

L'activité que nous allons décrire ne correspond pas aux activités des travailleuses journalières. Il s'agit d'un autre type de travail dans le sens où les femmes sont plus autonomes, même si elles sont intégrées dans une chaîne de sous-traitance.

Alimata, 27 ans a terminé récemment la saison du *coton sale*. Elle est à 5 mois de grossesse au moment où elle parle de son travail.

« Comme c'est un travail où c'est toi-même qui paye le chargement à ton prix, c'est toi qui vois comment tu vas travailler vite afin d'avoir ton argent. Ce qui fait que nous ne nous reposons pas comme cela. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 08.06.2016)

Elle décrit les conditions de travail et sa pénibilité :

« Le moment de la fraîcheur vaut mieux. Mais s'il faut chaud, s'il y a trop de soleil, le fait de t'arrêter sous le soleil, il y a des moments où tu sens des vertiges. Des fois, le corps de certaines femmes se chauffe (la fièvre). Si une femme sent que son corps est chaud, elle part se reposer à l'ombre. [...] Ça peut créer beaucoup de maladies dans ton organisme comme par exemple, la toux (sògòsògò), le rhume (múra). Des fois nous recevons des chargements de coton dont les produits¹⁵⁵ ne sont pas bien tués. En tamisant ce coton, ça pique ta main comme du piment. Si le vent fait rentrer ça dans tes yeux, tu peux avoir des maux d'yeux. [...] Ils disent que ce sont des produits qu'ils ont mis dedans. Parfois si l'usine s'arrête alors que le coton n'est pas fini dans l'usine, parce que si la saison des pluies commence, on ne peut plus faire le travail du coton. Donc, ils mettent des produits dans le coton pour que ça ne se gâte pas. L'année prochaine, ils commencent la campagne avec ce coton. Si au début de la campagne vous partez payer ce coton alors que les produits qu'ils ont mis dans ce coton ne sont pas encore tués, en tamisant, cela peut donner beaucoup de maladies. [...] Je ne connais pas les produits qu'on met dans ce coton. [...] Ils nous disent de chercher des cache-nez pour porter car il y a des produits dedans. Eux aussi, ils rentrent pour payer à l'intérieur de l'usine. Donc en rentrant pour payer, ils disent clairement qu'il y a des produits dedans. Quand, eux aussi, ils sortent, ils viennent nous dire de chercher des cache-nez pour nous protéger afin que ces produits ne nous pénètrent pas. [...] [I]l n'y a pas de produit dans le nouveau coton¹⁵⁶. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 08.06.2016)

Tamiser le coton « sale » est une activité saisonnière pratiquée elle aussi uniquement par les femmes. La saison débute en janvier et dure entre 4 et 5 mois. Quand l'activité commence, des voies entières de la zone industrielle sont dévolues à cette activité. Des monticules de coton et de sable envahissent les bas-côtés des goudrons et des voies rouges, ainsi que des tas de sacs empilés destinés à la vente. Partout, des petits groupes de femmes couvertes de poussière qui colle à la peau s'affairent et semblent ne jamais s'arrêter. On parle de coton « sale¹⁵⁷ » parce qu'il s'agit des déchets du coton provenant de l'usine d'égrenage, la Sofitex, installée dans l'une des zones industrielles de Bobo-Dioulasso. Ces déchets sont revendus par benne à des particuliers. D'autres (des commerçants notamment) peuvent également l'acheter directement auprès des Groupements de Producteurs de Coton (GPC). C'est le reste de coton laissé à terre et qui n'est plus de bonne qualité. Ils affrètent dans ce cas, des camions pour récupérer ce coton dans les campagnes et le déverser ensuite dans les sites observés. Le prix de ces chargements varie entre

¹⁵⁵ S'agit-il de produits qui permettent la conservation du coton stocké, ou alors des pesticides dont est empreint le coton ? Comme nous allons l'aborder par la suite, le coton est un produit agricole qui subit de nombreux traitements, très toxiques. Nous n'avons pas réussi à identifier les produits dont elle parle.

¹⁵⁶ Ce n'est pas le coton stocké de la campagne précédente mais celui qui vient tout juste d'être récolté.

¹⁵⁷ Les femmes parlent de coton sale parce qu'elles disent qu'elles enlèvent la saleté du coton.

400 000 FCFA et 500 000 FCFA¹⁵⁸. Les propriétaires de ces chargements ainsi acquis, sous-traitent ensuite le tamisage aux femmes. Les deux parties s'entendent sur le prix d'un tas de coton à tamiser. Le prix peut varier entre 7500 FCFA et 30 000 FCFA, selon la quantité de coton à tamiser.

Le travail de ces femmes consiste à retirer le sable et la poussière du coton et séparer les graines de la fibre. Pour cela, les femmes se constituent en équipes qui comptent souvent entre 7 et 10 membres. Elles se répartissent par 3 ou 4 autour d'un grand tamis en bois qui repose sur 4 pieds. Elles remuent énergiquement le coton dans le tamis afin de faire tomber les fines poussières, comme nous pouvons le voir sur la photo (figure 10).



Figure 10. Femmes qui tamisent le coton sale, 2016 Servais

Photo tirée d'une vidéo réalisée à Bobo-Dioulasso dans la zone industrielle, le 09.02.2016 Servais

¹⁵⁸ 400 000 FCFA= 610 euros ; 500 000 CFA= 763 euros ; 7500 FCFA= 11,45 euros ; 30 000 FCFA= 45, 80 euros.



Figure 11. Femmes qui tamisent le coton sale, 2017 Servais

Un autre groupe de femmes, entourées de *coton sale* (figure 11). On peut voir en dessous du tamis et en premier plan les tas de sable résultant du tamisage. A droite en arrière-plan, on distingue une femme dont le visage est complètement recouvert d'un tissu noir transparent. A Bobo-Dioulasso dans un autre site de la zone industrielle, à proximité de la route, le 17.02.2017.

Une fois le coton tamisé, elles remplissent ensuite de grands sacs, les uns avec la fibre, d'autres avec les graines de coton. Ces sacs sont ensuite empilés au bord de la route et destinés à la vente. Les sacs ainsi obtenus et le prix de la vente reviennent au propriétaire. Les éleveurs sont les principaux acheteurs. La graine et la fibre de coton sont destinées uniquement à l'alimentation des animaux (moutons, bœufs). Un sac de graines de coton coûte 4000 FCFA à 4500 FCFA¹⁵⁹, un sac de fibres 1750 FCFA environ.

Ce que gagnent les femmes à l'issue de ce travail est infime. Une équipe composée de cinq femmes prend un exemple pour donner un aperçu de leur gain. Selon elles, un chargement de 20 000 FCFA¹⁶⁰ nécessite environ trois semaines de travail. Dans leur cas, elles ne louent¹⁶¹ pas le tamis qui appartient au propriétaire du chargement. Chacune va ainsi recevoir 4000 FCFA à l'issue de ce travail ; ce qui revient à environ 200 FCFA/jour (Extrait carnet de terrain, zone industrielle, Bobo-Dioulasso, 09.02.2016).

Selon Alimata, le gain peut atteindre 350 voire 375 FCFA. C'est pourquoi elle le complète en remplissant des sacs ainsi qu'elle le décrit :

¹⁵⁹ 4000 FCFA= 6,10 euros ; 4500 FCFA= 6,87 euros ; 1750 FCFA= 2,67 euros.

¹⁶⁰ 20 000 FCFA= 30 euros ; 4000 FCFA= 6,10 euros ; 200 FCFA= 30 cts d'euro ; 350 FCFA= 53 cts d'euro ; 375 FCFA= 57 cts d'euro.

¹⁶¹ Contrairement à d'autres femmes qui louent le tamis comme c'est le cas d'Alimata : « [N]ous n'avons pas de tamis. Il y a des gens qui louent les tamis. Nous partons louer chez ces gens. [...] On loue un tamis à 500 FCFA (76 cts d'euro) par jour. [...] Celui qui loue le tamis, est là. Il fabrique beaucoup de tamis pour les déposer chez lui. Donc si la campagne démarre, il vient les déposer ici et les gens partent les louer avec lui. » (Entretien, non loti, à son domicile, 08.06.2016)

« [...] Mais si nous finissons de tamiser, on nous donne des sacs et nous mettons ça dedans. Nous mettons un sac à 50 FCFA. Si on ajoute l'argent de ces sacs à l'argent du chargement, c'est ce qui fait 750 FCFA. Sinon le paiement de la journée ne dépasse pas 350 FCFA ou 375 FCFA. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 08.06.2016)

Dans chaque équipe une responsable est désignée pour tenir les comptes. Si une femme ne vient pas travailler, elle ne reçoit rien pour la journée chômée. Ce sont elles-mêmes qui ont fixé les règles. Durant la saison, elles travaillent 7 jours sur 7, de 7 heures à 17 heures. Elles font une pause pour manger aux alentours de 13h puis reprennent à 14h. Durant ce temps de pause, certaines se mettent à l'abri du soleil en s'installant dans de petits abris de fortune (couverts de plastique noir), d'autres profitent de la minuscule ombre offerte par les panneaux publicitaires à proximité.

Les conditions de travail sont extrêmement pénibles. Exposées en plein soleil, elles travaillent sans relâche dans la poussière fine du coton et du sable dont elles sont elles-mêmes recouvertes. Pour se protéger de ces énormes nuages de poussière qui se dégagent d'un tel travail, elles nouent des foulards sur la tête. Pour couvrir leur nez, elles portent une protection : un tissu de coton ou bien un masque, celui à base de mousse utilisé par les personnes roulant à moto. Certaines se couvrent entièrement le visage à l'aide d'une sorte de filet noir. Les enfants en bas âge sont portés sur le dos ou gambadent avec les plus grands parmi les tas de sable. Certaines femmes insistent sur le problème de toux et ajoutent qu'elles ont des maux de tête, et ont mal aux côtes. Quant à leurs enfants qui sont près d'elles, elles soulignent que « le rhume » pour eux « ça ne finit pas » ».

Par ailleurs, lors d'une rencontre avec des femmes qui tamisaient le coton, deux jeunes femmes enceintes figuraient parmi le groupe. L'une des deux nous a interpellées, nous montrant ses œdèmes aux pieds et nous demandant quelle pouvait en être l'origine et ce qu'elle pouvait faire pour y remédier. En outre, les autres femmes nous ont donné leur point de vue à propos de celles qui tamisent le *coton sale* pendant leur grossesse,

« Si la femme enceinte ne tombe pas malade durant la campagne, si elle n'a rien, elle travaille jusqu'à la fin de la campagne. Mais si elle est malade, il faut qu'elle arrête de travailler, parce qu'elle ne peut travailler avec sa maladie. »

En outre, elles précisent que lorsque la femme est à terme, ses coéquipières lui interdisent de venir (Extrait carnet de terrain, zone industrielle, Bobo-Dioulasso, 09.02.2016).

1.3 Le travail dans les usines

Au cours de notre enquête de terrain, nous avons rencontré quelques femmes qui travaillent dans des usines ou dans des entreprises qui correspondent à des unités semi-industrielles plus ou moins petites et équipées, comme celles qui sont souvent installées dans les zones industrielles pour la préparation des mangues séchées et

des anacardes. Il existe d'autres unités de production, par exemple pour l'ensachage¹⁶² d'eau et la confection de yaourts, qui sont disséminées dans les quartiers et sont difficilement repérables puisqu'elles sont à l'intérieur même de concessions et se mêlent aux habitations. Cette description n'est pas exhaustive et pourrait être complétée. Toutes ces unités ont pour point commun d'employer principalement des femmes. Notre travail s'est intéressé plus précisément aux unités où sont transformées les mangues et les anacardes dans la mesure où nous avons été amenées à échanger avec des femmes qui travaillent dans ce domaine. Pour ces femmes, nous n'avons pas trouvé de véritable expression pour les désigner. En outre, il n'existe pas de mot en langue dioula pour désigner l'ouvrière. Par ailleurs, dans ce milieu, nous pouvons distinguer les femmes qui ont un contrat de travail et sont déclarées à la CNSS et celles qui n'ont pas de statut et qu'on pourrait rapprocher des travailleuses journalières. Ces travaux sont plutôt prisés par les femmes parce qu'ils sont mieux rémunérés et plus stables pour celles qui ont un contrat de travail. Néanmoins, les conditions de travail viennent nuancer cet attrait.

a. L'exemple des unités de transformation de l'anacarde

Fatim, 26 ans, vit avec son mari qui est marchand ambulant dans les rues de Bobo-Dioulasso. Elle a un enfant qui a 18 mois lors de notre premier échange. Elle travaille dans une usine de transformation d'anacardes. Elle est saisonnière dans le sens où elle est régulièrement appelée pour travailler. Mais elle précise que ce n'est pas le cas de toutes les femmes. Fatou est assignée au dépelliculage : « *C'est nous qui grattons les graines d'anacarde (amandes) pour enlever l'enveloppe qui se trouve sur la peau* ». Elle considère que c'est « *fatigant* » mais sans comparaison avec la pénibilité du décorticage comme nous allons le développer dans la suite.

Comme elle le souligne, elle n'a pas un salaire fixe mensuel, « *Parce que c'est un travail qui est pointé par kilo* ». En moyenne, le kilo d'amandes est payé 200 FCFA¹⁶³. Une femme peut gagner 1000 FCFA¹⁶⁴ par jour. Bien entraînée, elle peut arriver jusqu'à 70 000 FCFA par mois¹⁶⁵, ce qui n'est pas négligeable au vu du salaire moyen¹⁶⁶.

Quand elle était enceinte, elle a attendu un peu avant d'aller faire sa première CPN à cause de son activité :

¹⁶² Ce sont des unités où l'eau est conditionnée dans des sachets individuels vendus ensuite à l'unité (25 FCFA (4 cts d'euro) ou 50 FCFA) ou par paquet. Une fois vidés, ces sachets sont jetés dans la nature et provoquent une pollution supplémentaire.

¹⁶³ 200 FCFA= 30 cts d'euro.

¹⁶⁴ 1000 FCFA= 1 euro 53 cts ; 70 000 FCFA= 106 euros.

¹⁶⁵ Cela demande à être vérifié parce que les femmes ne parlent pas d'un salaire mensuel mais plutôt d'un revenu à la journée.

¹⁶⁶ Le SMIC au Burkina Faso est de 34 464 FCFA brut.

« J'ai commencé les pesées quand la grossesse avait atteint presque 5 mois. Je ne suis pas partie tôt pour les pesées. [...] Je savais que j'étais enceinte. Mais en ce moment le travail était chaud. [...] Le jour où tu n'as pas travaillé, on ne te pointe pas. Le jour où tu ne travailles pas, c'est zéro. [Q]uand j'étais enceinte, je ne pouvais pas travailler vite. Nous travaillons par kilo c'est-à-dire qu'on pèse une quantité pour donner à chacune de nous. Donc si tu n'es pas rapide, on vient prendre pour toi pour aller donner à une autre personne. » (Entretien, non loti, dans la cour d'une voisine, Bobo-Dioulasso, 25.07.2016)

A l'époque, elle travaillait à l'usine sur la base d'un contrat de travail et une déclaration à la CNSS, ce qui lui permettait de bénéficier de congés payés après son accouchement. Néanmoins, elle a préféré poursuivre l'activité :

« [C]e ne sont pas tous les travailleurs qui sont déclarés. On a dit que si tu es enceinte et que tu fais tes pesées à la caisse, tu peux avoir un congé. Que tu peux avoir le papier du congé de maternité afin de bénéficier de l'argent du congé payé. [...] Le jour où j'ai amené mon papier de congé, le 2ème jour après j'ai accouché. [...] C'est le papier de pesée que je suis venu montrer. Quand je suis partie faire ma pesée, on m'a remis un papier que de venir donner au patron. Le patron m'a demandé si je veux me reposer. J'ai dit que je vais continuer à travailler un peu un peu. Donc le 2ème jour, j'ai accouché. Je n'ai pas pu prendre de repos. » (Entretien, non loti, dans la cour d'une voisine, Bobo-Dioulasso, 25.07.2016)

Les noix de cajou font l'objet de deux procédés avant l'exportation. Le premier, consiste en un simple tri, c'est le calibrage de la noix brute qui est commercialisée le plus fréquemment sous cette forme. Cette opération est réalisée à la main par les femmes, que j'ai appelées précédemment les travailleuses journalières. Le second procédé correspond à la transformation de l'anacarde, c'est-à-dire à l'extraction de l'amande qui peut être réalisée de manière artisanale et industrielle. Il comprend plusieurs étapes qui sont toutes effectuées par les femmes manuellement ou avec une assistance mécanisée qui reste rudimentaire. Dans un document de la coopération américaine, il est stipulé que :

« [l']extraction de l'amande est un processus difficile et qui prend du temps. Alors que la plupart des amandes sont consommées dans les pays développés, le processus d'extraction ne convient pas aux coûts élevés de la main d'œuvre dans ces pays. C'est pourquoi le décorticage des noix devrait se faire dans les pays d'origine où la technologie ou les capacités le rendent possible » (USAID, 2007 : 14).

Dans la ville de Bobo-Dioulasso, plusieurs usines ou unités de transformation artisanales et industrielles sont implantées¹⁶⁷. Les plus importantes appartiennent à des sociétés européennes. Celles-ci ont autant mauvaise presse auprès de la population que les unités artisanales, en raison des séquelles que provoque le travail de l'anacarde. Les femmes qui travaillent souvent sans protection, peuvent voir leurs mains, visage, buste, attaqués par l'acide naturel de la noix qui gicle quand

¹⁶⁷ Nous avons repéré d'autres usines artisanales qui sont implantées dans la région des Hauts-Bassins, vers Orodara.

elles brisent la noix. De même, il est souvent question d'un « gaz » qui se dégage des noix et qui « gratte la peau ».

Nicole a pénétré dans l'enceinte de l'une des usines dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer de l'utérus. Elle raconte son expérience avec les femmes :

« Ça travaille comme des robots. [...] Nous, nous avons travaillé là-bas au moins pendant un mois. Avec les sages-femmes, nous sommes parties faire le dépistage du cancer du col de l'utérus. [...] Lorsqu'on voulait voir une femme, elle n'avait pas le temps. Pour voir les femmes, pour pouvoir les consulter, elles n'ont pas de temps. Les femmes courent on dirait que c'est de l'argent qui est devant elles. » (Entretien, non loti, dans la cour d'une voisine, Bobo-Dioulasso, 25.07.2016)

Elle décrit les effets que « l'air de l'usine » a provoqué sur son corps :

« Quand nous avons fini, lorsqu'on voulait se déshabiller, on se grattait. Rien qu'avec l'air de l'usine, on se grattait. Nous ne sommes même pas rentrées à l'intérieur de l'usine. Nous sommes restés au dehors. [...] Parce qu'on verse le truc-là à l'air libre. C'est stocké à l'air libre. Donc quand il y a un peu de vent, ça se soulève et ça vient se poser sur le corps des gens. Et ça commence à gratter les gens. » (Entretien, non loti, dans la cour d'une voisine, Bobo-Dioulasso, 25.07.2016)

L'infirmier major, responsable du CSPS où nous avons réalisé notre enquête de terrain, connaît bien les conditions de travail de ces femmes. Il a été lui-même témoin des suites d'un incident qui s'est déroulé dans une unité de transformation d'anacardes, située à proximité de la structure sanitaire.

« Oui, les sésames, l'anacarde sont là. L'année passée, ils sont venus. Il y a une usine même d'anacardes en bas ici. C'est-à-dire que le responsable de l'usine a traité le magasin avec des produits toxiques pour pouvoir emmagasiner les anacardes. Au lieu de laisser trois jours pour que le gaz s'évapore avant de faire venir les femmes, le lendemain ou bien c'est deux jours après, il a fait venir les femmes pour travailler. Beaucoup de femmes se sont évanouies. On a ramassé les femmes-là, plus d'une quinzaine de femmes amenées, inconscientes. [...] Nous aussi on les a évacuées à l'hôpital. On ne peut pas gérer ça. [...] On ne sait pas qui délivre les brevets pour ouvrir ces usines artisanales¹⁶⁸. On ne sait pas qui délivre les documents pour pouvoir installer ces trucs. Ça ne justifie pas du tout le manquement des règles. [...] Vous voyez comment elles sont exposées. Moi j'ai vu une femme, elle s'est brûlée toutes les mains, le visage. Et son mari avait voyagé. En fait elle s'est cachée. Son mari a fait un voyage deux mois je ne sais d'où et elle est venue pour travailler dans une usine. Vous voyez, ces sont des réalités qui sont là. » (Entretien, CSPS, 12.02.2016)

En évoquant cet épisode qui a provoqué l'intoxication des travailleuses, ce professionnel de santé fait allusion d'une part aux conditions générales de travail dans ces unités, qui selon lui sont peu soucieuses de la santé des femmes. Il

¹⁶⁸ Selon un employé de cet établissement, l'incident s'est produit en 2015 et s'est déroulé dans une unité industrielle. Suite à cet incident, les femmes ont reçu des dons venus directement du pays européen où la société a son siège (Extrait carnet de terrain, CSPS, Bobo-Dioulasso, 26.10.2016).

renvoie d'autre part à une caractéristique de l'anacarde qui contient des substances irritantes et corrosives, parmi lesquelles l'acide anacardique. C'est pourquoi la transformation de la noix de cajou est une opération délicate et qui représente des risques pour les femmes.

Cette opération consiste à extraire l'amande de sa double coquille. Pour y parvenir, il est nécessaire de procéder par étape. La première consiste à griller l'anacarde afin de pouvoir l'ouvrir. Au cours de ce processus la coque libère ce qu'on appelle le Cashew Nut Shell Liquid¹⁶⁹ (CNLS) appelé encore baume de cajou dont la combustion si elle n'est pas réalisée dans de bonnes conditions est « irritante pour les yeux » (Tagutchou et Naquin 2012 : 29), voire « relativement nocive » (Ricaud 2013 : 8). Sutter mentionne que ce baume « *produit une fumée supposée cancérigène* » (Sutter 2010 : 66). Dans leur étude sur des souris, George et Kuttan ont montré que le CNLS à faible concentration peut avoir un effet cancérigène (George et Kuttan 1997). La deuxième étape est appelée le décorticage où il s'agit d'extraire l'amande de sa première coquille. Cette étape est également très sensible à cause de l'acide anacardique contenu à l'intérieur de la coque. Cet acide, très corrosif, peut provoquer des brûlures au contact de la peau, c'est pourquoi il est recommandé aux femmes de porter des protections. La troisième étape concerne le retrait de la deuxième coquille, qui s'apparente plus à une pellicule à retirer. Cette opération se nomme le dépelliculage.

Alima, 45 ans, travaille au décorticage depuis deux ans dans une usine. Elle bénéficie d'un contrat de travail et est déclarée à la CNSS. Elle effectue le décorticage avec une machine¹⁷⁰. Elle travaille en équipe avec une autre femme. Elles alternent les tâches. L'une, debout, casse la noix avec un appareil à dents pendant que l'autre, assise, retire la coque. Alima décrit comment leur corps est exposé :

« Il y a un produit dedans (dans la coque). C'est ce produit qui ronge les doigts. C'est de l'acide (acidi). [...] C'est l'acide des graines de l'arbre. [...] Ça ronge les doigts en enlevant la peau qui est sur les doigts pour laisser la peau qui est en dessous. »

Elle précise qu'on leur distribue de l'huile de coton pour apaiser l'effet de l'acide :

« On nous donne de l'huile. En cassant, tu dois mettre tes doigts dans cette huile. Si tu mets cette huile régulièrement sur tous tes doigts, ça ne les ronge pas. Mais si tu dures avant de mettre tes doigts dans cette huile, ça les ronge. »

L'acide provoque des lésions non seulement aux doigts, mais il peut gicler également sur le visage, ce qui est apparemment douloureux :

« Ça fait mal. C'est toi qui dois faire doucement-doucement afin que ça ne touche pas ton visage. Si tu ne fais pas attention et que tu fais rapidement, tout le temps tu vas aller pour

¹⁶⁹ Le CNLS « est naturellement constitué de 70 à 90% d'acide anacardique, de 10 à 18% de cardol » (Tagutchou et Naquin, 2012 : 29).

¹⁷⁰ Pour avoir un aperçu de cette machine : <https://www.youtube.com/watch?v=1MDcufjcgI0>

laver ton visage. Ce qui te fait perdre du temps. Mais si tu fais doucement-doucement, ça ne saute pas sur ton visage. [...] Si ça saute pour toucher ton corps, c'est toi qui dois enlever rapidement l'huile pour mettre sur la partie où ça a touché. Ou bien si c'est le visage, tu pars le laver au robinet avec de l'eau. Mais si tu restes soi-disant que tu ne veux pas perdre du temps, ça reste sur ta peau et ça te brûle. »

Ainsi ce qui transparaît également dans le récit d'Alima, c'est que les femmes n'ont pas de temps à perdre en appliquant l'huile sur leurs doigts et leur visage. La seule stratégie pour elles afin de se préserver consiste à travailler lentement. Or, celles-ci sont payées par kilo de noix décortiquées, elles ont donc intérêt à travailler vite au risque d'être éclaboussées par l'acide.

Par ailleurs, Alima ajoute qu'il y a d'autres effets auxquels leur corps est exposé, en particulier ceux émanant du « gaz » :

« Si tu commences nouvellement, ça joue sur ton corps. Par exemple, nous allons rentrer tout de suite pour commencer le travail, en commençant nouvellement le travail, ça gratte ton corps. Quand ton corps sera habitué, ça ne gratte plus ». [...] C'est le gaz qui se trouve dedans. Comme ton corps n'est pas habitué à cela, c'est pour cela que ça gratte. Si tu es au dehors, tu es à l'aise. Mais une fois que tu rentres, la chaleur monte sur ton corps. »

Pour elle, le gaz provient des tas d'anacardes plus précisément de la « peau » (la coque). Elle pense que ce gaz agit aussi sur le sang :

« On dit que si le gaz devient beaucoup dans ton sang, ça diminue la force du sang. Le sang de la personne qui fait ce travail est différent du sang de celle qui ne fait pas ce travail. [...] On ne nous a pas expliqué. C'est nous-mêmes qui avons remarqué que, comme les noix (pleines ou seulement les coques) sont entassées, ça dégage beaucoup de gaz. C'est nous-mêmes qui comprenons que comme le gaz de l'acide est plus fort, c'est pour cette raison que ça nous fatigue. »

Alima se présente à des visites médicales au cours desquelles elle rencontre des « docteurs » :

« Les docteurs sont venus préparer leur huile pour nous donner. Cette année, ils ont dit qu'ils vont nous donner du sirop pour qu'on boive afin que ça diminue un peu. [...] Ils nous ont donné leur huile afin que nous frottions. Une fois que nous finissons le travail, avant de se coucher la nuit, nous frottons cette huile sur les mains. C'est le beurre de karité. Mais je ne sais pas ce qu'ils ont mélangé à l'intérieur. [...] Eux ils ont dit que c'est un travail qui est difficile. Mais qu'ils vont tout faire pour que ça soit moins à notre niveau. » (Entretien, non loti, à son domicile, Bobo-Dioulasso, 13.03.2017)

Lors de l'enquête de terrain, une jeune femme accompagnait une parente venue accoucher au CSPS. Elle travaillait depuis 5 ans au décorticage dans une usine de transformation de noix de cajou¹⁷¹. Ses mains, malgré les soins qu'elle leur apporte avec du beurre de karité, ont subi les effets corrosifs de l'acide libéré par les noix.

¹⁷¹ Il s'agit de la même usine que Fatim et Alima.



Figure 12. Mains d'une femme qui décortique l'anacarde, 2016 Servais

Sur la photo (figure 12), nous pouvons distinguer des parties blanches au niveau des doigts. Ce sont les parties attaquées par l'acide. Ses doigts présentent des œdèmes que l'accoucheuse présente ce jour-là regarde et confirme. La jeune femme a le bout des doigts qui pèle et qui lui provoque des démangeaisons (Extrait carnet de terrain, CSPS, Bobo-Dioulasso, 26.10.2016).

Les femmes que nous avons rencontrées ont ainsi pu donner un aperçu de leurs conditions de travail et notamment des effets spécifiques que la transformation de l'anacarde provoque sur leur santé, et particulièrement sur leur corps. Engagées dans une unité de transformation industrielle, elles ont un contrat de travail, même si d'après elles, certaines ne sont pas déclarées. A ce titre, elles bénéficient d'avantages qui ne sont pas négligeables dans le contexte burkinabè (visites médicales, congés maternité, congés payés pour certaines d'entre elles) bien que cela ne soit pas si simple à faire appliquer. Au vu de leur expérience, nous pouvons nous interroger sur les conditions de travail des femmes dans les unités artisanales de transformation de l'anacarde.

2. Un sous-prolétariat féminin en ville

Notre description des activités des femmes, en tant que travailleuses journalières ou bien comme sous-traitantes, ou encore ouvrières, ne prétend pas à l'exhaustivité. Nous avons pu en identifier un bon nombre (dans leur diversité) à Bobo-Dioulasso, partageant une condition qu'il serait intéressant de documenter de manière plus systématique. Nous avons en effet rencontré des femmes qui travaillent dans des unités de transformation ou de production agro-alimentaire comme le séchage de mangues¹⁷², l'ensachage de l'eau, la fabrication de yaourt. Les femmes qui travaillent dans ces unités n'habitent pas forcément dans les non lotis, certaines unités sont en effet implantées dans des quartiers lotis. De plus, nous avons eu l'occasion de connaître le quartier non loti proche d'une des zones industrielles, réputé pour la fabrication par les femmes de la potasse (à base des

¹⁷² <https://www.lepaysan.ci/campagne-2016-de-mangues-burkina-a-produit-200-000-tonnes/>

graines de coton récupérées auprès des usines environnantes). Celles-ci travaillent dans leur cour et sont exposées à une chaleur et une fumée intenses. D'autres fabriquent de manière artisanale du savon à base d'huile de coton. Nous avons également accompagné des femmes qui ramassent les sachets plastique (sachets d'eau vides) que récupère et paie 100 FCFA le kilo un entrepreneur malien qui affrète des camions à cet effet. D'autres femmes encore tamisent en plein soleil le sable ou les graviers le long des routes de Bobo-Dioulasso, et dans les carrières de sable attenantes à la ville. Au cours de notre étude de terrain, nous avons pu observer d'énormes nuages de fumées noires épaisses monter dans le ciel à la périphérie de Bobo-Dioulasso. Cette pollution provenait des tas de pneus que des femmes brûlent régulièrement (après les avoir cherchés en ville) afin de récupérer la ferraille qu'elles revendent ensuite aux forgerons. Elles ont été par la suite déplacées en milieu rural par les autorités pour préserver la ville des pollutions ainsi créées. A Ouagadougou, nous avons pris connaissance du reportage saisissant de Boukari Ouédraogo qui décrit les conditions effroyables des femmes qui travaillent dans la carrière de granit située dans un quartier de la capitale¹⁷³. En définitive, il est difficile d'estimer quantitativement le nombre de femmes que ces activités concernent. L'annuaire statistique du Burkina Faso fournit essentiellement les chiffres concernant la part du travail agricole des femmes. Il n'y a pas en l'occurrence de données chiffrées sur le nombre de femmes qui travaillent dans les unités de transformations agroalimentaires industrielles et artisanales. A titre indicatif, l'une des usines de transformation d'anacardes mentionne sur son site internet qu'elle emploie 1500 personnes dont 80 % sont des femmes¹⁷⁴.

En outre, les femmes peuvent cumuler les activités en fonction des périodes de l'année et du travail disponible. Nous pouvons mentionner le cas de Kadija, malade, séropositive de surcroît, qui comme beaucoup de femmes pauvres, enchaîne les activités sur l'année afin de subvenir à ses besoins comme nous l'avons représenté sur le schéma ci-dessous.

¹⁷³ <http://lemessagerdafrique.mondoblog.org/2011/02/28/concassage-de-granite-a-ouagadougou-le-travail-de-titan-des-femmes/> Le reportage de Nabila El Haddad sur cette même carrière de granit s'intéresse au travail des enfants. Elle décrit l'atmosphère irrespirable provoquée par la fumée que dégagent les pneus qui sont brûlés pour « fragiliser » la roche afin que celle-ci soit plus facile ensuite à extraire : <https://making-of.afp.com/dans-la-carriere-aux-enfants>

¹⁷⁴ <http://www.tradedevelopment.nl/factories/anatrans-burkina-faso/> Nous pouvons également lire que l'entreprise offre un salaire juste et de bonnes conditions de travail.

| Février à mars | Mars à mai | Mai à octobre | Saison creuse |
|--|--|--|---|
| Ventiler le sésame 300 FCFA/le sac de 100kg | Trier les noix d'anacardes, de karité NR ¹⁷⁵ | Travaux agricoles 750 à 1000 FCFA la journée de travail | Laver le linge des particuliers : 1000 et 1500 FCFA dans la journée (50 FCFA le pantalon) Tamiser les graviers au bord de la route (un tas de gravier qui remplit la remorque d'un taxi moto est payé 2000 FCFA pour deux femmes ; soit 1000 FCFA pour chacune) Ramasser dans la brousse les tiges végétales destinées à la fabrication des balais burkinabè vendues entre 50 et 100 FCFA |

2.1 Définition du processus de sous-prolétarisation à partir du modèle masculin

Au cours de notre enquête de terrain, nous avons rencontré des travailleuses pauvres qui effectuaient des activités diverses mais qui présentaient des points communs. Ces activités urbaines que nous avons décrites sont réalisées exclusivement par une main d'œuvre féminine. Elles comprennent des travaux saisonniers, faiblement rétribués, ne s'inscrivant pas ou peu dans le cadre de la législation du travail en vigueur, et dont les conditions de travail sont pénibles (voire extrêmement pénibles). Ces travaux s'inscrivent directement ou indirectement dans le cadre de l'économie capitaliste mondialisée. Ces femmes travaillent dans des unités de production industrielle dans un cadre plus ou moins formalisé (dans le sens où certaines bénéficient d'un contrat de travail) qui pourrait les apparenter à des ouvrières, ou bien dans le secteur informel dans le sens où elles ne disposent d'aucune protection sociale. Nous pouvons rapprocher le développement de ces formes de travail féminin du « processus de prolétarisation » et de « sous-prolétarisation » décrit par Alain Marie à propos du secteur informel (Marie 1981 : 362). Selon cet auteur, le secteur informel africain est très hétérogène dans les situations de travail qu'il recouvre (« travailleurs indépendants et petits patrons », « salariés de ceux-ci », « travailleurs intermittents ou à la tâche ou chômeurs ») et présente néanmoins une « profonde unité » dans le sens où le système d'exploitation est « le facteur commun ». Qu'il s'agisse d'un « processus d'exploitation en cascade ou d'un « processus de soumission directe ou indirecte au capitalisme industriel ou commercial » (Marie 1981 : 369). Pour Marie, le

¹⁷⁵ Non Renseigné.

processus de prolétarianisation s'applique aux travailleurs indépendants et petits patrons, tandis que le processus de sous-prolétarianisation s'applique aux deux autres catégories. Marie fait peu allusion aux activités des femmes pour caractériser ce processus qui repose principalement sur les activités masculines. Le secteur informel s'est en effet féminisé à partir des années 1990 comme réponse aux crises économiques¹⁷⁶. Les activités qui étaient alors développées par les femmes relevaient plutôt du secteur tertiaire (habillement, cuisine, alimentation, commerce) (Charmes 2001).

2.2 Les ouvrières africaines

Dans son approche historique de la condition féminine africaine, Coquery-Vidrovitch a étudié le travail féminin dans les usines en Afrique. Mais, de manière générale, la présence des femmes africaines dans les usines reste faible, que ce soit pendant la colonisation¹⁷⁷ ou après (Coquery-Vidrovitch 1994). D'après l'auteure, le travail à l'usine est réservé aux hommes, hormis en Afrique du Sud. Dans ce pays, les femmes sont entrées à l'usine suite à la désaffection des « pauvres blancs » qui se sont engagés dans les activités du secteur tertiaire (Coquery-Vidrovitch 1994 : 212). Ceci a entraîné dans un premier temps, un effet émancipateur¹⁷⁸ pour les femmes, sur le plan économique, social et familial. Mais la situation d'apartheid dans les années 1970 a conduit à l'exploitation des femmes pauvres dans les zones enclavées (homeland) et la répression syndicale (Coquery-Vidrovitch 1994 : 212 ; 213). Dans d'autres pays (Tanzanie, Congo Kinshasa) les femmes sont embauchées dans les usines quand il s'agit d'un travail qui nécessite beaucoup de main-d'œuvre et qui est faiblement rémunérateur (Coquery-Vidrovitch 1994 : 214). En outre, les avancées sociales en leur faveur jouent contre elles, comme cela fut le cas en Tanzanie où l'octroi du congé maternité aux femmes a entraîné l'arrêt de leur embauche dans les usines (Coquery-Vidrovitch 1994 : 215). Coquery-Vidrovitch, précise qu'en Afrique de l'Ouest, les femmes sont peu présentes dans les usines, préférant le secteur informel à l'usine parce que plus rémunérateur (Coquery-Vidrovitch 1994 : 216). En outre, l'auteure souligne le peu d'études sur la condition ouvrière des africaines :

« Le nombre d'ouvrières africaines demeure, encore aujourd'hui remarquablement faible, sauf en Afrique du Sud. Leur situation est extrêmement peu étudiée, comme si elles

¹⁷⁶ Dévaluation du FCFA en 1994, et Plans d'Ajustements Structurels.

¹⁷⁷ Selon elle, cette absence des femmes africaines dans les usines est remarquable dès la colonisation et pour deux motifs. Premièrement, elles étaient peu disponibles puisqu'elles s'occupaient des cultures vivrières. Deuxièmement, le travail des femmes dans les usines était connoté négativement parce que l'autonomie financière acquise par ces femmes était associée à une recherche d'autonomie sexuelle (Coquery-Vidrovitch 1994 : 208).

¹⁷⁸ Au point qu'elles ont formé des syndicats (Coquery-Vidrovitch 1994 : 212).

n'existaient pas, ce qui, dès que l'on cherche un peu, est de moins en moins vrai » (Coquery-Vidrovitch 1994 : 218).

Ses propos viennent ainsi nuancer la faible proportion des ouvrières africaines et invite à recueillir des données empiriques pour documenter ce champ peu investigué, et le rendre plus visible.

2.3 La féminisation du travail dans l'économie mondialisée

L'intégration progressive des économies nationales des pays du Sud dans l'économie mondialisée a en outre entraîné une augmentation du travail féminin dans le Sud et dans les pays du Nord et paradoxalement une dégradation des conditions de travail et une précarisation des femmes (avec une très faible rémunération et une protection sociale minimale voire absente dans les pays du sud) (Hirata 2003). Cette augmentation de l'emploi des femmes est aussi qualifiée de « féminisation du travail ¹⁷⁹» (Kanji, Tan, et Toulmin 2007 : IX). Cette inscription des activités des femmes dans la mondialisation a influé sur la division internationale du travail. Les femmes se trouvent ainsi reléguées dans des usines à des postes faiblement rémunérés pour fabriquer des produits voués essentiellement à l'exportation (Elson 2010). Par ailleurs, le travail féminin est fortement encouragé par les institutions internationales (Banque Mondiale, PNUD, OCDE) qui considèrent l'accès à un revenu comme un instrument vers l'autonomisation des femmes (Talahite 2010). Au Burkina Faso, Saussey et al. montrent comment la fabrication du beurre de karité et son intégration dans le circuit du commerce international est promu par le gouvernement burkinabè comme un moyen de lutter contre la pauvreté des femmes (Saussey, Moity Maïzi, et Muchnik 2008). Elle met également en évidence comment est instrumentalisé « l'imaginaire politico-écologique » du beurre de karité biologique et équitable auprès des consommatrices (ce sont en majorité des femmes) dans les pays du Nord, pendant que les productrices burkinabè perçoivent de « faibles revenus » pour un « travail long et fastidieux » (Saussey et Elias 2012). Contrairement aux femmes que nous avons rencontrées sur le terrain, les femmes qui fabriquent le beurre de karité pour l'exportation sont organisées en groupements féminins. Mais le fait d'être organisées ne leur permet aucunement de peser dans les négociations commerciales au niveau international (Saussey, Moity Maïzi, et Muchnik 2008). De plus, Hien qui a travaillé sur les itinéraires professionnels des femmes à Ouagadougou, montre que les femmes travaillent d'abord pour subvenir aux besoins du ménage, en l'occurrence prendre en charge la nourriture dans le foyer (Hien 2016). Ainsi au Burkina Faso, la féminisation du travail (qui induit des

¹⁷⁹ Dans le sens où aussi les conditions de travail se dégradent pour les hommes et les femmes auxquels il est demandé plus de flexibilité (Kandji et al 2007).

conditions de travail précaires) va de pair avec la « féminisation de la survie¹⁸⁰ » (Adjamagbo et Calvès 2012 : 4).

L'Afrique subsaharienne connaît actuellement la proportion de femmes actives la plus élevée sur le plan mondial, avec un taux de 64,6 % dont une part relativement importante se répartit dans l'agriculture (BIT 2017).

3. Le travail des femmes en milieu rural

Au cours d'un échange¹⁸¹, une vieille femme affirme que « ce qui fait souffrir les femmes pendant leur grossesse aujourd'hui, c'est le coton ». Elle ajoute « Ce sont les femmes qui souffrent dans tout ça et les hommes qui disent toujours que ça n'a pas assez de poids » (sous-entendu que le poids du coton récolté n'est pas suffisant ; le coton étant payé en fonction du poids). La personne continue : « Même celles qui sont enceintes travaillent beaucoup dans les champs et après l'accouchement, elles travaillent aussi, elles vont forcément tomber malades. » Une des jeunes femmes qui récolte les arachides intervient : « Même malgré ta grossesse tu travailles, tu fais tout pour les hommes et c'est toi qui sors perdante. Même donner quelque chose pour payer le sel, tu ne reçois rien. Tu souffres avec ton bébé dans le ventre jusqu'au bout. » (Causerie, au village, 29.10.2016)

Mariam a 19 ans, elle est enceinte. C'est sa première grossesse. Elle rentre dans son 9^{ème} mois lors de notre rencontre au village. Elle est fatiguée mais elle doit rejoindre un groupe de femmes qui l'ont devancée pour aller désherber le champ de quelqu'un. Ce travail est rémunéré, elle va pouvoir gagner de l'argent. Pour elle, il n'y a pas de repos avant l'accouchement, elle travaille jusqu'au bout. Chaque jour, à 6h elle prépare le repas dans la cour familiale de son mari avant de partir à 8h travailler dans les champs. Elle dit qu'à la fin de la journée elle a mal partout, au dos, au bas du ventre, au niveau des cuisses. (Entretien, village, 26.08.2016)

Au village, les femmes que nous avons rencontrées se plaignent de travailler beaucoup pendant la saison des cultures. Les vieilles comparent leur époque à celle d'aujourd'hui, et trouvent que les femmes ont désormais plus de travail dans les champs qu'auparavant. Selon elles, ce phénomène d'intensification des travaux agricoles est dû aux cultures de rente, en particulier la culture du coton. Pour les femmes plus jeunes, c'est l'enchaînement des travaux pendant la saison des cultures qui est difficile. Aussi, dans un premier temps, nous allons décrire les travaux agricoles et non agricoles que réalisent les femmes pendant le temps des cultures et comment ils s'enchaînent, ne leur laissant aucun répit pendant cette

¹⁸⁰ La succession des crises économiques à partir de la fin des années 1970 ont précarisé durablement « les chefs de ménage masculins », obligeant les femmes « à multiplier les activités « de survie » » dans le secteur informel » (Adjamagbo et Calvès 2012 : 5).

¹⁸¹ Avec un petit groupe de villageois composé de 4 femmes (dont deux très vieilles femmes et deux autres qui ont des enfants jeunes) et deux hommes (l'un est vieux et ne travaille plus dans les champs). Ce groupe était réuni pour récolter les gousses d'arachides sur les plants déterrés le matin puis rassemblés en tas à l'ombre des arbres (Extrait carnet de terrain, au village, 29.10.2016).

période. Comme le sous-entend la formule consacrée qu'elles utilisent souvent en dioula *làfiyen te* qui signifie « il n'y a pas de repos ». Dans un second temps, nous nous intéresserons aux facteurs qui entraînent cette intensification du travail des femmes en milieu rural.

3.1 Les travaux des champs des femmes ou *làfiyen te*

Nous rencontrons Latifa, une femme de 55 ans, en train de ramasser les haricots (la récolte est mauvaise à cause de la pluie qui a manqué lors des 3 dernières semaines). Elle a eu 5 filles, elles sont toutes mariées sauf la dernière qui a 12 ans. Ici, c'est le campement où les femmes ont leurs champs. Elles cultivent le maïs, le haricot, le pois de terre, le sorgho blanc, les arachides. Elles cultivent aussi du riz mais sur des parcelles à Bama. Elles ont beaucoup de travail cette année avec tous les champs, les leurs et ceux de leur mari qui n'est pas souvent présent parce qu'il travaille en tant que maçon en ville. Elle nous raconte que ce sont les femmes de la famille qui font tout : elles labourent, sèment, désherbent et récoltent. Elles se lèvent très tôt pour d'abord aller dans leurs propres champs avant d'aller commencer ceux de leur mari. Le soir après les travaux domestiques, elles retournent dans leurs champs. (Entretien, région Bama, 8.10.2017)

La saison des cultures débute à l'hivernage avec les semis, dès les premières pluies, et se termine avec la récolte du coton qui peut s'étirer jusqu'au mois de février (dans la zone étudiée). La préparation des sols peut commencer déjà au mois d'avril. Elles consistent à couper les tiges de coton. Puis vient le temps du labour. Les tâches sont en général traditionnellement réparties entre les hommes et les femmes. La préparation des champs ainsi que le labour sont des activités principalement dévolues aux hommes, pendant que les femmes et les enfants se chargent des semis. Néanmoins, il arrive que des femmes réalisent le labour et la préparation des champs parce qu'il n'y plus suffisamment de main-d'œuvre. Comme l'a raconté précédemment Maïmouna, et comme nous avons pu également l'observer au cours de notre enquête de terrain (Figure 12).



Sur la photo (figure 13), une jeune femme guide les bœufs tandis qu'un jeune homme tient la charrue, aux alentours du village, 17.06.2016.

Figure 13. Jeune femme qui participe au labour, 2016 Servais

Dans la zone étudiée, l'activité des semis, c'est-à-dire la mise en terre des graines, est une activité féminine. Au cours de notre enquête de terrain, nous avons observé qu'elles sont parfois aidées par les enfants et les jeunes hommes. Avant d'ensemencer les graines, les femmes les préparent. Elles disent qu'elles les « mélangent » (un terme traduit littéralement du mot dioula *nágami*). Cette préparation consiste à traiter les semences avec un pesticide. Certaines femmes disent qu'elles ne traitent que les semences de leurs propres champs. D'autres ne s'occupent pas du traitement des semences de coton ; dans ce cas ce sont les hommes qui effectuent cette tâche. Nous reviendrons plus précisément sur cette étape dans une partie suivante consacrée au risque lié aux pesticides.

Les semences sont mises en terre par les femmes après le passage des herbicides pulvérisés par les hommes, ou simultanément. Les femmes s'occupent de toute l'activité d'ensemencement, aussi bien pour les cultures vivrières que pour les cultures de rente. Cette tâche les amène à être courbées en permanence. Pendant de longues heures, elles creusent un petit trou avec la daba, puis sèment la graine. Elles mettent plusieurs graines dans un même trou, afin d'augmenter les chances qu'au moins l'une d'entre elles germe. Cette pratique leur ajoute en réalité un travail supplémentaire au moment du désherbage.



Figure 14. Femmes qui sèment les graines de coton, 2016 Servais

Sur la photo (figure 14) 4 femmes et un jeune homme sont en train d'ensemencer un champ de coton. Au premier et second plan nous pouvons voir des femmes avec leur bébé au dos. Aux alentours du village, 15.06.2016.

Deux semaines après les semis, elles déposent l'engrais chimique aux pieds du coton et du maïs. Elles effectuent deux passages ; le premier avec le NPK¹⁸², puis le second avec de l'urée. Puis vient le désherbage où là aussi, « *c'est le travail des femmes* ». 45¹⁸³ jours après la pulvérisation de la *colle* (herbicide puissant), l'herbe repousse de manière plus ou moins abondante. Selon les femmes, cela dépend de la manière dont ont été appliqués les produits, de la quantité de pluie qui est tombée et de la nature des sols. D'après elles, la manière de pleuvoir et la nature des sols influent aussi sur l'efficacité du produit. Pour certaines, s'il pleut beaucoup, l'herbe repousse vite. D'autres disent que c'est l'effet conjugué avec les engrais chimiques. Dans tous les cas, cela intensifie leur travail de désherbage.

Cette tâche est très longue. Elle doit être réalisée dans tous les champs (cultures vivrières de céréales et haricots et cultures de rente) et de manières répétées dans un même champ. Cette tâche est importante comme le souligne Bintou (30 ans) : « *Quand il y a trop d'herbe au pied de la plante ça boit tout l'eau et ça laisse la plante (la plante va sécher)* ». Pour cette jeune femme, le désherbage est une tâche fastidieuse qui demande une présence répétée dans les champs :

« Les travaux sont devenus difficiles même s'il y a les herbicides qui aident un peu. Même si on traite, ça (les herbes) revient. [...] tu sarclés et pas longtemps après, le champ est pris encore par les herbes donc il faut encore désherber. Si tu ne fais pas attention tu risques de ne rien avoir même (c'est-à-dire que la semence va pousser dans les herbes et ne va rien donner). Il faut toujours être dans les champs pour contrôler. » (Causerie, au village, 19.03.2017)

¹⁸² Engrais minéral à base d'azote, de phosphore et de potassium.

¹⁸³ Ce sont des indications qui m'ont été rapportées par les hommes. Elles correspondent aux règles à suivre dans l'utilisation de ces produits. Dans la réalité, elles ne sont pas aussi scrupuleusement suivies.

En réalité, ce qu'elles nomment « désherber » comporte plusieurs tâches qui se déroulent selon des étapes précises. Elles commencent d'abord avec le sarclage qu'elles exécutent à l'aide de la daba, elles appellent cette étape en langue dioula (*ka kóro shyén* signifie littéralement (gratter) grattage sous les herbes. Une fois le sarclage terminé, au bout d'un mois environ, elles doivent désherber de nouveau dans les champs où l'herbe a repoussé à cause de la pluie. Cette fois-ci, elles n'utilisent plus la daba, elles arrachent les herbes avec les mains (*ka bín bò* en dioula). Par ailleurs, au moment de la mise en terre des semis, les villageoises ont déposé plusieurs graines dans un même trou. C'est pourquoi, en même temps qu'elles désherbent à la main, elles diminuent aussi (*ka dɔɔ bò*) le nombre de pieds des céréales. Cette dernière opération permet au pied épargné de bien pousser. Ce travail apparaît sans fin, comme l'exprime Bintou :

« On ne peut pas tout désherber jusqu'à la récolte parce qu'il y a toujours de l'herbe. On ne peut pas tout désherber. Dès que nous avons terminé un champ, l'herbe apparaît dans un autre. Làfiyen te (il n'y a pas de repos). Donc il n'y a rien à faire quand nous sommes trop fatiguées, nous laissons et nous verrons bien ce que nous allons gagner à la récolte. »
(Causerie, au village, 19.03.2017).

Le moment des récoltes est également une période pénible pour les femmes. Cette tâche leur est entièrement dévolue et dure plusieurs mois. Chaque culture (céréales, légumineuses et coton) nécessite d'être ramassée dans les temps et selon un certain ordre même si les différentes récoltes peuvent se chevaucher. Dans tous les cas, le cycle des récoltes s'enchaîne pour les femmes. Il commence par les arachides qui apparaissent comme la récolte la moins pénible par rapport aux autres. Ce sont les hommes qui déterrent à la daba les pieds des plants d'arachides, très tôt le matin, à la fraîche. Les femmes récoltent ensuite les gousses d'arachides sur les plants qu'elles ont préalablement rassemblés en tas à l'ombre des arbres, comme nous pouvons le voir sur la photo :



Les femmes s'installent sous l'ombre des arbres pour récolter toute la journée les gousses d'arachides (figure 15). Elles sont aidées par les enfants (de tout âge, c'est-à-dire dès qu'ils sont en mesure d'effectuer la tâche) et certains hommes, en général les plus âgés.

Figure 15. Femmes et enfants qui récoltent l'arachide, 2016 Servais

La récolte des haricots est effectuée à la même période et entièrement par les femmes. Puis lui succèdent celles du maïs et du mil. Pour la récolte de ces deux

céréales, c'est l'homme en général qui prépare le travail des femmes en coupant les tiges. A défaut, s'il n'y a pas suffisamment d'hommes pour réaliser ce travail, ce sont les femmes qui l'exécutent. Ainsi nous retrouvons la répartition des tâches où les hommes coupent la tige, puis la piétinent, les femmes passent dans le champ à leur suite et ramassent les épis qu'elles rangent un par un dans de grandes bassines qu'elles portent ensuite sur la tête pour les rassembler en tas comme nous avons pu l'observer au cours de l'une de nos visites au village :

Deux femmes s'affairent à ramasser les épis de maïs dans un champ qui paraît immense, l'une porte sa petite fille au dos. Chacune dispose d'une grande bassine en métal qu'elle remplit d'épis. Une fois le récipient plein, la jeune femme aidée d'une autre, le hisse sur sa tête et part en verser le contenu sur un monticule d'épis de maïs situé sous l'ombre d'un arbre. A côté du tas, un bébé est posé à l'abri dans une petite bassine bleue en plastique. [...] Les femmes sont en nage [...] Il fait extrêmement chaud. [...] Elles sont 4 à travailler depuis le matin [...] Les deux plus jeunes ont été envoyées par la tante de (nom du propriétaire du champ) pour aider à la récolte du maïs. La plus jeune devance le reste de l'équipe. Elle rentre à la concession pour préparer le repas du soir (Extrait de carnet de terrain, au village, 22.10.2016).



Figure 16. Femme qui ramasse le maïs, 2016 Servais

Sur la photo (figure 16), une jeune femme avec son bébé au dos ramasse les épis afin de les entasser dans sa bassine. Ce jour-là, elles sont 4 femmes pour ramasser le maïs dans un champ de deux hectares. Aux alentours du village, 22.10.2016.

Le ramassage du coton se fait à la main (c'est ce qui fait la qualité du coton burkinabè) et peut durer 2 mois et demi selon le nombre d'hectares et l'importance de la main-d'œuvre. Celle-ci est constituée principalement de femmes et d'enfants. Dans certaines familles, la récolte se fait ensemble avec les hommes. Le ramassage du coton est un moment redouté par les femmes parce qu'il est long, demande plusieurs passages sur une même rangée. Les femmes passent en effet de longues heures au soleil. De plus, le coton provoque des effets sur le corps.

Selon une cultivatrice, « le coton ça gratte » et elle me montre son bras, faisant mine de se gratter. Pour les femmes, c'est la poussière qui se dégage du coton qui provoque ces démangeaisons et qui donne aussi le rhume (Extrait carnet de terrain, au village, 22.10.2016).



Figure 17. Femme enceinte qui récolte le coton, 2016 Servais

Djénéba a 34 ans, elle est enceinte de 7 mois. Elle travaille dans les champs de maïs, de mil, d'arachides et de haricots. Elle est aidée par des ouvriers agricoles. Elle cultive aussi son champ de coton (un demi hectare). L'argent du coton lui permet de payer l'entretien des enfants (4). Elle est seule aujourd'hui pour ramasser, personne n'a pu venir l'aider. Elle estime que la récolte du coton va durer un mois. Son mari a un emploi à Bama et cultive le riz là-bas. (Entretien, aux alentours de Bama, 01.12.2016)

La description des travaux agricoles en milieu rural que nous avons présentée n'est pas exhaustive mais elle permet de considérer l'enchaînement des tâches agricoles qui ne laissent aucun répit aux femmes pendant cette période et qu'elles expriment sous la formule « il n'y a pas de repos ». En outre dans la zone étudiée, la récolte des noix de karité et leur préparation en vue de la fabrication du beurre s'ajoute aux travaux des champs. La récolte commence à partir du mois de mai de manière concomitante avec les activités de semis puis de désherbage. Afin d'assurer toute leur charge de travail (qui comprend les tâches domestiques, les travaux des champs, le ramassage et la préparation des noix de karité) elles sont contraintes de se lever très tôt comme le racontent les villageoises au cours d'une causerie :

Catherine (36 ans) : « C'est fatigant, le fait même de se lever tôt pour aller ramasser les noix de karité, revenir à la maison préparer encore, repartir aux champs pour semer, ce n'est pas du tout facile. Il faut vraiment être patient (mùnu).

Salimata (46 ans) : si tes travaux sont diminués tu peux aller ramasser, tu peux aussi aller le soir ramasser. [...] Pendant la saison pluvieuse, nous nous levons très tôt puiser de l'eau avant d'aller ramasser les noix de karité aux champs, revenir préparer et repartir aux champs pour

semer. Pour le bois, au moment de la pause (à midi après le repas) nous rentrons en brousse chercher le bois, déposer. Et le soir en rentrant à la maison, nous amenons en même temps. » (Causerie, au village, 18.03.2016)

Les noix de karité sont souvent ramassées très tôt le matin, d'autres le font après les travaux des champs. Certaines partent en effet dès 4 heures du matin chercher des noix de karité parce que comme l'explique Salimata « *Si tu ne pars vite, les autres vont te devancer* », comme s'il s'agissait d'une course. Le ramassage dans les champs est très réglementé (les noix appartiennent au propriétaire du champ) ; ce qui limite l'accès aux noix. C'est pourquoi les femmes s'empressent d'aller dans les zones non cultivées pour ramasser les noix auprès des arbres qui ne sont pas dans les champs. Néanmoins les zones en friche sont de plus en plus rares¹⁸⁴, les villageoises sont par conséquent contraintes de se déplacer de plus en plus loin et de se lever de plus en plus tôt.

En outre, les noix récoltées nécessitent d'être triées puis traitées afin qu'elles puissent être stockées avant d'être transformées en beurre¹⁸⁵. D'après les femmes, le traitement des noix consiste à trier les noix puis à retirer la pulpe comestible qui n'est pas mûre, ou tout ce qui est mal mangé¹⁸⁶, pourri, ou encore qui contient de la terre. Les noix sont ensuite mises à bouillir sur le feu. Cette préparation est nécessaire d'après elles sinon « *la noix ne sera pas facile à travailler* ». Les femmes racontent qu'elles préparent les noix après avoir terminé toutes les tâches domestiques c'est-à-dire à la lumière du soir ou même à la lampe torche.

Les villageoises doivent également effectuer les tâches domestiques (chercher et puiser l'eau, ramasser le bois, laver le linge et préparer les repas). Selon les configurations familiales, en l'occurrence, s'il s'agit de foyer polygame ou de familles qui ne sont pas organisées collectivement (chaque femme suivant son mari aux champs), les tâches domestiques sont plus ou moins lourdes. Ainsi dans un foyer polygame, les coépouses préparent chacune à leur tour.

3.2 Les facteurs qui intensifient le travail des femmes en milieu rural

Comme nous l'avons abordé, la période des travaux des champs est un moment particulièrement éprouvant pour les femmes en milieu rural. Celles-ci sont en effet confrontées à une intensification des travaux des champs qui s'ajoute aux charges domestiques dans un contexte familial et social en évolution.

¹⁸⁴ Ce phénomène est provoqué par l'extension continue des parcelles destinées aux cultures de rente par les paysans eux-mêmes mais aussi par des personnes extérieures qui rachètent les terres pour investir dans les produits agricoles.

¹⁸⁵ Elles utilisent le beurre de karité pour leur usage personnel (dans la cuisine) ou bien elles le vendent sur les marchés pour avoir une rentrée monétaire.

¹⁸⁶ La pulpe qui entoure la noix est comestible.

L'intensification du travail des femmes en milieu rural n'est pas un phénomène récent. Selon Coquery-Vidrovitch, l'instauration et le développement des cultures de rente pendant la colonisation ont eu pour effet l'intensification des travaux champêtres chez les femmes africaines. Celles-ci, en plus des cultures vivrières, ont dû aider les hommes, sans en retirer aucun bénéfice monétaire (Coquery-Vidrovitch 1994). Dans une région du Burkina Faso, Traoré montre que les femmes étaient peu impliquées dans les travaux champêtres avant l'introduction des cultures de rente pendant la colonisation (Traoré 2010). Par ailleurs, Coquery-Vidrovitch met en évidence la manière dont une innovation technologique comme la charrue développée auprès d'une communauté paysanne du Lesotho peut également induire une charge de travail supplémentaire pour les femmes.

« Elle (la charrue) permettait au mari de labourer des champs plus vastes, mais le temps du travail des épouses qui assuraient à peu près tout le reste y compris les semailles augmenta d'autant » (Coquery-Vidrovitch 1994 : 104).

Elle montre également comment les projets de développement notamment à travers les cultures maraîchères ont accru à nouveau le travail des femmes en milieu rural (Coquery-Vidrovitch 1994 :121-122).

Actuellement, ce phénomène d'intensification continue de s'amplifier, notamment dans la répartition des tâches qui devient de plus en plus déséquilibrée au détriment des femmes. La tendance montre en effet que le nombre de femmes travaillant dans l'agriculture est supérieur à celui des hommes. En 2010, 83,4 % étaient des femmes et 78,2 % des hommes (INSD 2017).

Cette répartition inégale prend les formes suivantes. Les femmes se retrouvent confrontées à une démultiplication des champs dans lesquels elles sont amenées à travailler. Elles travaillent dans les champs de leur mari qui sont dévolus à la culture de rente, le coton, et au maïs. Ces champs peuvent représenter plusieurs hectares, jusqu'à 5 hectares pour le maïs. Dans la zone étudiée, un cultivateur de coton peut posséder entre 3, 5 voire 10 hectares. Elles cultivent également leurs propres champs (les terres sont prêtées par le mari) où elles pratiquent les cultures vivrières (arachides, haricots, mil). Celles-ci sont destinées principalement à la consommation de la famille. S'il y a une production suffisante en quantité, elles peuvent vendre le surplus. Par ailleurs, dans ce village, les femmes pratiquent un système d'entraide qu'elles nomment *legere*. Dans le cadre de ce système, elles se constituent en groupe qui comprend entre 3 et 10 femmes (selon les femmes rencontrées). Ainsi constituées, les femmes se rendent en alternance dans les champs de chacune des membres pour aider aux travaux champêtres. Dans le *legere*, il n'y a pas d'échange monétaire et seuls les champs des femmes sont concernés. Néanmoins, d'après les femmes rencontrées, cette forme d'entraide est lente dans la mesure où chaque femme doit attendre son tour de champ. Elle est d'autant plus ralentie que les femmes lui préfèrent un autre système car elles préfèrent, disent-elles, aller « là où il y a l'argent ». Parallèlement, un autre système s'est en effet développé, ce qu'elles appellent en dioula *contrat ké* littéralement

« faire contrat » ou *ní yi contrat sòro* « si tu gagnes contrat ». Dans ce cas, elles partent travailler dans les champs d'autres cultivateurs moyennant une rémunération qui peut aller jusqu'à 500 FCFA¹⁸⁷ la journée de travail. Cette pratique concernait essentiellement le coton mais d'après les femmes, elle s'étend aux autres cultures comme le maïs, le mil, les arachides¹⁸⁸. Nous pouvons apparenter ce phénomène à celui que nous avons observé en milieu urbain, c'est-à-dire les travailleuses journalières. Traoré les nomme « ouvrières agricoles » (Traoré 2010).

« Les cultures du Sud-Ouest du Burkina ont profondément modifié leurs propres règles de répartition du travail entre les sexes. Les femmes qui ne pratiquaient pas la culture, y sont aujourd'hui contraintes et de plus, d'une façon intensive. Elles participent désormais à toutes les tâches agricoles. Aujourd'hui, dans certaines zones, et c'est le cas à Bondoukuy, les femmes sont considérées, et se considèrent elles-mêmes, comme de véritables ouvriers agricoles » (Traoré 2010).

Face à cette démultiplication des champs et l'expansion des surfaces agricoles, les femmes sont devenues la principale main-d'œuvre. Cette nouvelle répartition s'inscrit dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre provoqué par plusieurs facteurs. Le facteur principal concerne les transformations de la structure familiale qui s'est traduite par la nucléarisation et l'individualisation de la famille. Ces mutations de la structure familiale ont entraîné une réduction de la disponibilité de main-d'œuvre intra-familiale et un affaiblissement des systèmes d'entraide (Traoré 2010). Traoré précise que dans la communauté qu'elle a étudiée, les hommes n'hésitaient pas à devenir polygames afin d'avoir de la main-d'œuvre :

« Limités par le manque de moyens financiers et sans outils mécanisés (charrue à bœufs, tracteurs...) les hommes ne sont pas objectivement capables de cultiver et d'entretenir tous les champs qu'ils ont en leur possession avec une seule épouse à cause des surcroûts de travail que les champs demandent. La polygamie se retrouve la solution la moins coûteuse pour y parvenir puisqu'elle permet aux hommes d'avoir une main-d'œuvre gratuite » (Traoré 2010 : 166).

Par ailleurs, Traoré met en évidence que les femmes doivent assurer au sein du foyer davantage de charges matérielles et économiques (scolarité des enfants et nouveaux besoins issus de la société de consommation). Elles ont besoin par conséquent de développer des activités qui leur apportent des ressources monétaires. C'est pourquoi elles diversifient leurs activités en cultivant leurs propres champs (de coton notamment), en développant des activités de transformation et en travaillant comme ouvrières agricoles (Traoré, 2009). Traoré observe également dans la communauté villageoise étudiée que les femmes sont confrontées à une « multitude de tâches à accomplir » qui entraînent « une surcharge et une

¹⁸⁷ Même les enfants travaillent et peuvent gagner 150 FCFA la journée.

¹⁸⁸ Pour les arachides par exemple, la contrepartie peut ne pas être monétaire. Les femmes qui sont venues travailler sont rétribuées avec une partie de ce qu'elles ont récolté.

intensification du travail ». De ce fait, « les femmes n'ont plus de temps de repos » (Traoré 2010 : 252).

Nous évoquerons également deux autres facteurs même s'il est difficile d'évaluer leur importance et bien que nous n'en ayons pas observé la même traduction sur le terrain de notre enquête. Le premier repose sur « l'appropriation masculine des fruits du karité » (Saussey 2011 : 118). Ceux-ci sont en effet devenus une matière première très convoitée pour la fabrication et l'exportation du beurre de karité sur les marchés internationaux¹⁸⁹ (Saussey 2011). A tel point que le ramassage des noix de karité dans les champs est soumis à des règles coutumières très contrôlées par les propriétaires qui ont désormais compris la valeur économique de ces fruits et en ont par conséquent restreint l'accès (Saussey 2011). Ceci amène les femmes à rechercher les noix sur les terres libres, situées loin dans la brousse, les soumettant à une double contrainte décrite par Saussey, à un moment où elles sont pleinement occupées par les travaux champêtres.

« [...] [L]es femmes se heurtent à de nouvelles contraintes liées, d'une part, au manque de temps : les femmes doivent partir avant le lever du jour pour effectuer le ramassage (elles doivent ensuite revenir dans leur concession pour préparer le repas, et enfin regagner les champs pour les travaux des cultures) ; et, d'autre part, à l'absence de moyens de transport pour se rendre dans des zones distantes de plusieurs kilomètres de leur lieu de résidence et pouvoir ramasser de grandes quantités de fruits : à défaut de posséder des charrettes ou des vélos, les femmes se rendent à pied et rapportent les fruits ramassés dans des bassines » (Saussey 2011 : 119).

Le second facteur est en lien avec le développement des sites d'orpaillage au Burkina Faso. Dans la zone de notre étude, plusieurs cultivateurs de coton rencontrés ont observé une réduction du nombre des ouvriers agricoles (venus de la ville) qui se présentaient à eux pendant la période des cultures¹⁹⁰. Deux cultivateurs ont évoqué l'attractivité que suscitent les sites d'orpaillage auprès de ces jeunes hommes et des jeunes actifs ruraux. Ceci vient directement concurrencer le travail saisonnier dans les champs. Néanmoins selon eux, le phénomène est plus prégnant dans la région de Dandé (plus au nord sur la route du Mali). Dans son mémoire de maîtrise, Kindo a étudié les conséquences de l'activité d'orpaillage installée dans la zone rurale étudiée¹⁹¹ (Kindo 2015). La désaffection des jeunes actifs ruraux pour les travaux agricoles au moment de l'hivernage¹⁹² provoque en l'occurrence une pénurie de main-d'œuvre. Celle-ci se

¹⁸⁹ Activité féminine fortement encouragée par les organisations de développement et le gouvernement burkinabè à partir des années 1990 (Saussey 2011).

¹⁹⁰ Ce qui a pour conséquence une hausse du prix de la main-d'œuvre pour les travaux des champs.

¹⁹¹ La zone étudiée par Kindo est la commune rurale de Yé dans la Province du Nayala, région de la boucle du Mouhoun (Kindo 2015).

¹⁹² Ceux-ci préfèrent travailler sur le site d'extraction du précieux minerai (Kindo 2015).

répercute sur les femmes qui voient accroître leur charge¹⁹³ de travail dans les champs « *où certaines tâches qui étaient exclusivement reconnues comme des tâches masculines seront désormais exécutées par ou avec les femmes* » (Kindo 2015 : 62). Cette « participation totale à tout le processus de la production agricole » (Kindo 2015 : 63) les amène également à manipuler les pesticides et les herbicides alors qu'elles n'ont bénéficié d'aucune formation (Kindo 2015 : 66), ce qui les expose à de nombreux risques sanitaires comme nous le développerons plus loin.

III. Quand le contexte matériel des femmes affecte leur santé

Le Burkina Faso et ses habitants connaissent actuellement de multiples transformations, en lien avec l'extension du modèle de société de consommation (I. Guérin et Sélim 2012) interconnectée¹⁹⁴. Dans le même temps la population urbaine s'accroît (dans les deux principales villes du pays mais aussi les villes moyennes) alors que l'Etat est à la peine pour adapter les infrastructures vitales (système d'assainissement, adduction d'eau) dans les villes et les campagnes. Le réchauffement climatique ainsi que les activités humaines à l'œuvre ont un impact désastreux sur l'environnement. Ces éléments de contexte sont autant de facteurs combinés pour comprendre la dégradation environnementale (c'est-à-dire de l'environnement de vie) en cours ainsi que ses répercussions sur les conditions de vie des femmes et leur santé.

1. Les charges matérielles des femmes

Les réalités quotidiennes vécues par une partie des femmes burkinabè demeurent problématiques au XXI^{ème} siècle. L'approvisionnement en eau et en bois fait partie des tâches du quotidien qui leur sont traditionnellement dévolues, à la ville comme à la campagne. De même, en milieu urbain, les femmes endossent désormais des charges économiques liées au foyer qui étaient traditionnellement prises en charge par les conjoints. Ainsi, comme le montre Hien qui s'est intéressée aux itinéraires professionnels de femmes ouagalaises, « la répartition sexuelle des dépenses » dans le foyer suit une évolution où la « dépendance économique des femmes en Afrique de l'Ouest » tend à s'estomper (Hien 2016 : 98). Les dépenses qui incombaient au mari comme la nourriture (c'est-à-dire le sac de céréales et l'argent de la *popote*¹⁹⁵), le loyer, les soins, et la scolarité des enfants sont désormais pris en charge partiellement voire complètement par les femmes, qui doivent de leur

¹⁹³ Kindo emploie le terme « surcharge » (Kindo 2015 : 62).

¹⁹⁴ Le nombre d'abonnements à la téléphonie mobile est passé de 3 823 625 en 2009 à 15 404 040 en 2016 (INSD 2017).

¹⁹⁵ Il s'agit de l'argent nécessaire pour payer quotidiennement les condiments utilisés pour préparer la sauce qui accompagne le plat principal à base de céréales (en général il s'agit de *tô* de maïs ou de mil, ou encore du riz).

côté assurer les soins de l'enfant (vêtements, alimentation pour l'école) et leurs propres besoins (Hien 2016).

Pour Hien, cette évolution est due à « *la cherté de la vie* » (Hien 2016 : 99), ou encore au fait que « *les hommes [qui] ne veulent plus assumer seuls les dépenses du foyer* » (Hien 2016 : 98). Comme dans l'étude de Hien, les femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso, évoquent aussi la notion d'entraide avec leur conjoint, aussi bien chez celles qui vivent dans les non lotis que dans d'autres secteurs lotis de la ville¹⁹⁶. La situation professionnelle et économique de certains conjoints ne permet pas en effet à ceux-ci d'assurer les dépenses du foyer. Quelques exemples en attestent. Certaines femmes du non loti ont des conjoints qui partent chaque jour en ville chercher du travail au marché gare (où il s'agit principalement de charger et décharger des colis) sans avoir la garantie d'en trouver ou de gagner suffisamment d'argent pour assurer les dépenses du foyer. D'autres se rendent en ville comme marchands ambulants. Les travailleurs saisonniers à l'usine d'égrenage de coton dans l'une des zones industrielles ne travaillent environ que 3 mois sur 12. Le reste de l'année, ils cherchent d'autres travaux à faire ou tentent de cultiver un lopin de terre s'ils parviennent à s'en procurer autour du *non loti*. Lors de mon enquête de terrain, certains ouvriers étaient en grève depuis plusieurs mois pour empêcher la fermeture de leur usine et par conséquent ne percevaient aucun salaire. Dans les quartiers *lotis*, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec des pères de famille qui travaillaient pour des employeurs sans être assurés de percevoir la rémunération convenue au préalable. Il est ainsi arrivé qu'ils ne perçoivent aucun salaire en échange du travail fourni, comme cela a été le cas pour un homme qui travaillait comme réceptionniste dans un hôtel (d'après son employé, l'employeur a tendance à se servir dans les recettes pour ses dépenses personnelles). Le travail étant une denrée rare, les hommes se plient aussi aux contingences.

La participation des femmes aux charges du ménage a été également évoquée par certaines femmes en milieu rural, en particulier la prise en charge des frais de scolarité des enfants qui sont inscrits au collège dans la ville environnante.

En ville, les femmes pauvres sont mues par des stratégies de survie, et comme nous l'avons décrit précédemment, celles-ci consistent principalement à pouvoir acheter de la nourriture¹⁹⁷. Cette stratégie de survie les conduit à travailler dans des domaines d'activités qui ont peu de visibilité.

¹⁹⁶ Deux jeunes femmes, Djénéba et Aminata, exercent la coiffure à domicile pour compléter les revenus du foyer (leurs conjoints respectifs sont fonctionnaires en milieu rural), une autre, Marie, travaille dans une unité d'ensachage d'eau.

¹⁹⁷ Une étude portant sur la consommation des ménages à Ouagadougou fait état des « trois postes les plus importants dans la consommation des ménages » qui sont par ordre d'importance : l'alimentation, le logement et le transport. Selon cette étude ces 3 postes représentent 2/3 des dépenses des ménages dont près du 1/3 est consacré à l'alimentation (INSD 2002 : 5). En revanche la part de l'alimentation est plus importante parmi les ménages les plus riches (la part représente 36,1% du budget) par rapport aux ménages

2. La santé des femmes face aux conditions de travail

Nous avons ainsi mis en exergue le travail des femmes pauvres en ville. Celui-ci se définit par son caractère incertain, précaire, et faiblement rémunérateur, tandis que le travail agricole s'intensifie pour les femmes à la campagne. Ces travaux réalisés par les femmes que nous avons décrits en zone urbaine sont intégrés dans l'économie mondialisée, mais dans des conditions peu connues et documentées concernant l'Afrique subsaharienne. Les activités des femmes sont en général plutôt identifiées comme relevant du secteur informel et en lien avec la restauration, le commerce, l'artisanat et les services (Hien, 2016) (Kanté, 2002), même pour celles qui ont fait des études supérieures faute d'accéder au secteur formel (Hien, 2016).

Un rapport du PNUD sur le développement humain en Afrique souligne que « *[S]elon des données d'enquêtes réalisées entre 2004 et 2010, on estime que les emplois du secteur informel non agricole en Afrique subsaharienne représentent environ 66 % des emplois occupés par les femmes* » (PNUD 2016b : 4). Cependant je ne retrouve pas dans ce rapport les activités informelles que j'ai été amenée à observer sur mon terrain d'enquête.

Les conditions de travail que nous avons décrites précédemment rappellent celles dans les usines en Asie, plus connues depuis les accidents qui se sont produits dans les manufactures d'habillement (au Bangladesh notamment). Nous pouvons en effet effectuer le rapprochement dans le sens où il s'agit d'une main d'œuvre essentiellement féminine et peu protégée sur le plan des conditions de travail (salaire, protection sociale). Ces exemples asiatiques montrent les contraintes de travail et les risques sanitaires encourus par les femmes. De la même manière, les femmes que nous avons rencontrées sont exposées à des risques articulés avec leur activité, en milieu urbain et rural. Comme nous l'avons observé à Bobo-Dioulasso, les femmes enceintes continuent de travailler et sont tout autant exposées pendant leur grossesse dans la mesure où elles travaillent « jusqu'au bout », au point que l'une d'entre elles a accouché aux champs. Ainsi, les femmes enceintes, en plus de la malnutrition que nous avons évoquée précédemment, sont confrontées à des facteurs de risque que nous pouvons établir à partir des observations de terrain et de l'expérience des femmes rencontrées. Ces facteurs sont les suivants : stress, chaleur, poussière, et autres émanations toxiques (non identifiées), positions de travail pénibles (station debout de longue durée, gestes répétitifs). Ceux-ci agissent sur le corps des femmes, leur système immunitaire et peuvent aussi provoquer des situations d'épuisement.

Nous retrouvons le même phénomène d'exposition aux risques articulés avec l'activité des femmes à propos des travaux dans les champs en milieu rural mais

les plus pauvres (23,7%). De même « [l]es coefficients budgétaires varient en sens inverse pour « l'éducation », « le transport », « l'habillement » et la « santé » » (INSD 2002 : 5).

également en ville (avec les travailleuses journalières). Les risques autour de la procréation liés aux travaux agricoles sont connus des professionnels de santé qui ont travaillé dans les campagnes et par ceux exerçant au CHU. Ces derniers voient en effet pendant la saison de l'hivernage (période des cultures) une recrudescence de références de villageoises qui présentent des complications à l'accouchement. De même, dans un travail sur la santé des femmes en milieu rural en Afrique du Sud, Naidoo a mis en exergue l'intensification du travail des femmes, celles-ci étant de plus en plus impliquées dans des activités agricoles traditionnellement masculines (Naidoo 2011). Elle montre comment ces femmes sont soumises à des activités répétitives de très longue durée les obligeant à se tenir debout, marcher et travailler dans des postures contraignantes pendant de longues périodes et porter des charges qui peuvent excéder 30 kg (Naidoo 2011 : 6). Ces activités les confrontent également au stress thermique et à la pulvérisation des pesticides (Naidoo 2011 : 6). Par conséquent, toutes ces activités exposent les femmes à des risques physiques excessifs à partir desquels elles peuvent développer des maladies infectieuses, des troubles musculo-squelettiques et des problèmes de santé génésique¹⁹⁸ (Naidoo 2011 : 6).

La question du travail agricole en lien avec la santé des femmes est connue des institutions internationales comme le montre le rapport du PNUD précédemment cité :

« A l'heure actuelle, les femmes africaines ont généralement tendance à travailler dans le secteur informel, principalement dans les petites exploitations agricoles, avec des emplois pénibles et parfois dangereux et un accès limité aux soins de santé, aux congés de maladie, etc... » (PNUD 2016b : 47).

Cette question est peu développée, contrairement aux nouveaux risques sanitaires tels que le diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle, encourus par les femmes qui travaillent dans le secteur formel et « moderne » :

« Suite à leur arrivée sur le marché du travail formel, en particulier aux postes d'encadrement, les femmes africaines sont soumises aux mêmes niveaux de stress, aux mêmes mauvaises habitudes alimentaires et au même manque d'exercice que les hommes, ce qui a provoqué chez elles une augmentation du type de maladies qui étaient jusqu'alors communément répandues chez les hommes » (PNUD 2016b : 47).

En revanche, il n'est fait nullement mention de l'exposition aux risques liés aux activités informelles que nous avons décrites, dans la mesure où elles ne semblent pas être identifiées. Par ailleurs, ce rapport précise que les femmes qui travaillent

¹⁹⁸« In this rural population already burdened by the presence of high maternal and infant mortality and infectious diseases our study findings indicate that there is an additional burden of occupation-related disease. The prevalence of musculoskeletal, reproductive and infectious disease adverse health outcomes associated with agricultural activities, reflects the occupational contribution to the burden of disease in this group of working women » (Naidoo 2011 : 144). L'exposition aux pesticides et ses effets sur la procréation seront abordés dans la partie suivante.

dans le secteur informel ne disposent pas de protection sociale en Afrique Subsaharienne (PNUD 2016b : 72).

3. Les mesures de protection sociale des femmes (enceintes) au travail

Au Burkina Faso, les femmes qui travaillent sous contrat et qui sont déclarées à la CNSS bénéficient du système de protection sociale (retraite et prestations de maternité). Deux textes législatifs burkinabè régissent le travail des femmes et protègent les femmes enceintes et qui allaitent. Le code du travail (issu de la loi n°028 AN du 13 mai 2008/éd sept. 2008) aborde de manière spécifique le travail des femmes et la maternité dans la section 3 aux articles 142 à 148. L'article 142 protège particulièrement la procréation : « *La femme travailleuse ne peut être affectée à des travaux susceptibles de porter atteinte à sa capacité de reproduction ou, dans le cas d'une femme en état de grossesse, à sa santé ou à celle de l'enfant* ». Les autres articles énumèrent des droits et protections dont certains sont repris dans la loi n°15-2006/AN « portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso ». Celle-ci inclut une branche « prestations familiales » qui comprend les allocations prénatales, les allocations familiales, les prestations de maternité (article 30). Les allocations prénatales sont régies par les articles 34 et 35 :

Article 34 :

Il est attribué à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié, remplissant la condition prescrite à l'article 31 ci-dessus, des allocations prénatales à compter du jour de la déclaration de la grossesse. Si cette déclaration est faite dans les trois premiers mois de la grossesse, les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois ayant précédé la naissance.

Article 35 :

Le droit aux allocations prénatales est subordonné à l'observation, par la mère, de prescriptions médicales dont les modalités et la périodicité sont fixées par arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale. Lors de la déclaration de la grossesse, l'établissement public de prévoyance sociale chargé de gérer le régime institué par la présente loi délivre à l'intéressée, un carnet de grossesse et de maternité destiné à recevoir les renseignements permettant de vérifier son état civil et l'accomplissement des prescriptions médicales.

Les prestations de maternité sont régies par les articles 44 à 47, qui précisent que :

« [T]oute femme salariée perçoit à l'occasion du congé de maternité une indemnité journalière de maternité [...] pendant une période de quatorze semaines dont au moins quatre semaines avant la date présumée de l'accouchement, à la condition que l'assurée cesse toute activité salariée ». De même l'article 47 stipule que « [l]es frais d'accouchement de la femme salariée dans une formation sanitaire agréée, ainsi que, le cas échéant, les soins médicaux nécessaires pendant le congé de maternité et les frais pharmaceutiques, dans la mesure où les médicaments sont délivrés en raison de la maladie résultant de la grossesse ou des couches, sont à la charge exclusive du régime. »

Ainsi, le Burkina Faso protège les femmes tout au long de leur maternité, c'est-à-dire pendant la grossesse et après l'accouchement. Des temps de repos sont également prévus pour qu'elles puissent allaiter leur bébé. Cependant, dans la réalité, cette législation n'est appliquée qu'auprès des femmes salariées ou dont le conjoint est salarié. D'après un inspecteur du travail à Ouagadougou, « *la loi ne connaît pas le travail informel* ». Il ajoute qu'il est difficile d'appliquer la loi du travail pour ce secteur parce que « *leur salaire n'est pas consistant, donc on ne peut pas faire de prélèvement*¹⁹⁹. *Les femmes ne vont pas accepter* » (Entretien, inspection du travail, Ouagadougou, 08.02.2017).

Le Burkina Faso reconnaît par sa législation que le travail des femmes peut leur faire encourir des risques sanitaires, c'est pourquoi il a mis en place un système de protection sociale. Néanmoins, ce système ne concerne qu'une minorité des femmes²⁰⁰, la majorité travaillant dans le secteur informel. Il remédie en partie à la situation avec le système de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, mais cela ne protège pas les femmes des risques au travail. En ne protégeant pas les femmes qui travaillent majoritairement dans le secteur informel, l'Etat burkinabè renforce ce phénomène d'invisibilité du travail des femmes et l'absence de reconnaissance des risques sanitaires dans ce secteur d'activités, en particulier celles que nous avons décrites (à la fois sur un plan législatif mais aussi épidémiologique).

Cet aspect est important à noter dans un contexte où la tendance de la part de l'Etat burkinabè et des instances internationales (à travers notamment les ONG) est de promouvoir le travail des femmes et l'esprit d'entrepreneuriat féminin. Comme l'a souligné Hien dans ses travaux,

« [d]ans le but de lutter toujours contre la féminisation de la pauvreté, le ministère responsable de la promotion de la femme et du genre au Burkina Faso a mis l'accent sur l'autonomisation et l'employabilité des femmes » (Hien 2016 : 8).

Les deux exemples que nous présentons à partir des photos ci-dessous montrent l'ambivalence que revêtent ces orientations politiques à l'égard des femmes. D'un côté le travail des femmes est présenté comme une condition de leur autonomie sociale et économique, et de l'autre, sur le terrain, nous pouvons observer que les aspects liés aux conditions de travail et de protection sociale sont peu ou pas évoqués ; au risque, en retour, d'amplifier le phénomène d'exposition des femmes dans le cadre de leur activité.

¹⁹⁹ Le taux de prélèvement est de 21,5% l'employeur paie 16% et le salarié 5,5%, pour avoir le droit aux avantages de la CNSS (Entretien, inspection du travail, Ouagadougou, 08.02.2017).

²⁰⁰ A partir des statistiques et projections nationales nous avons pu calculer approximativement la part des femmes qui étaient immatriculées à la CNSS au 31.12.2016, soit 1,61%. (83250 femmes âgées de 15 à 50 ans et plus étaient immatriculées à cette date sur un nombre de 5 158 455 femmes âgées de 15 à 64 ans (INSD, 2017 : 28 ; 131).



Figure 18. Motif créé à l'occasion du 8 mars, 2016 Servais

Pour la journée internationale du 8 mars, des pagnes sont créés spécifiquement avec la thématique choisie en lien avec les femmes. A partir de cette étoffe de tissu, les femmes et les hommes se font confectionner un habit qu'ils portent à cette occasion. En 2016, plusieurs motifs ont été conçus dont celui sur la photo avec le *dá fani*, c'est-à-dire le coton tissé localement de manière artisanale (en vogue actuellement pour promouvoir le savoir-faire burkinabè). La thématique développée pour cette journée était consacrée aux femmes cultivatrices avec une image représentant une femme sur un tracteur. L'intitulé était le suivant : « Entrepreneuriat agricole des femmes : Obstacles Défis et Perspectives » (figure 18).



Figure 19. Confiture fabriquée par des femmes, 2016 Servais

Sur ce pot de confiture fabriqué dans le cadre d'un groupement de femmes handicapées, nous pouvons lire : « *Le travail libère la femme handicapée* » (figure 19).

Ainsi, les facteurs environnementaux (au sens large) que nous avons décrits constituent pour les femmes les réalités auxquelles elles doivent faire face au quotidien. Les difficultés alimentaires et les charges nouvelles qui leur incombent impliquent une recherche permanente de revenus, ce qui les conduit à exercer des travaux difficiles. Dans ce contexte, une priorisation des risques s'opère chez les femmes pauvres qui travaillent, en particulier les femmes pauvres habitant les *non lotis* et les villageoises en milieu rural. Dans une situation de recherche permanente de ressources, le risque économique prend le pas sur le risque sanitaire concernant les femmes enceintes mais aussi sur la santé des femmes et des enfants.

Par ailleurs cette contextualisation de la maternité révèle des activités exercées par les femmes peu visibles, ainsi qu'une intensification du travail des femmes en milieu rural et urbain. La description des conditions de travail met ainsi au jour une exposition des femmes à des risques sanitaires liés à leur activité ; ces risques affectent tout autant la santé des femmes enceintes que celles des femmes en général. Dans la troisième partie de ce travail, nous aborderons plus précisément un risque spécifique lié à l'activité agricole, le risque toxique en lien avec l'usage des pesticides.

IV. Le risque VIH

L'analyse socio-historique des politiques internationales concernant la santé des femmes et des enfants, présentée plus haut, a montré l'importance qu'a occupée et qu'occupe encore la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant dans la gestion de la procréation dans les lieux de soin en Afrique subsaharienne. La question du test de dépistage du VIH est abordée avec les femmes dès la première consultation prénatale, après que les femmes aient reçu -en principe- des informations sur le risque VIH pour elles-mêmes et pour leurs enfants. De ce fait, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, comme le risque de diagnostic d'une infection par le VIH, devraient-ils être ancrés dans les perceptions des femmes burkinabé. Ce risque s'est-il banalisé grâce aux antirétroviraux qui transforment l'infection à VIH en maladie chronique ?

Dans cette sous-section, nous essaierons de répondre à ces questions en abordant d'abord les perceptions des risques sanitaires par les femmes de Bobo-Dioulasso, tout en incluant la place qu'y occupe le risque d'infection par le VIH. Dans un second temps, nous explorons le vécu de l'infection à VIH par les femmes concernées, qui permettra de comprendre si cette expérience, banalisée ou pas, peut influencer les perceptions du risque VIH par les femmes qui n'ont pas encore été dépistées. Cette partie a donné lieu à un article²⁰¹.

1. Les perceptions des risques sanitaires par les femmes

Parmi les femmes rencontrées au cours de notre recherche, le VIH/sida n'apparaît plus comme une maladie grave dans le sens où le pronostic vital n'est plus engagé. Le VIH/sida est devenu une maladie dont on réchappe grâce aux médicaments qualifiés parfois de « *cadeaux*²⁰² » même si certaines précisent qu'ils ne guérissent pas la maladie, « *ça calme* ».

Les femmes âgées comme les plus jeunes, considèrent que la situation s'est améliorée grâce à la disponibilité des traitements. Elles comparent la situation d'aujourd'hui avec le temps fort de l'épidémie où les gens mourraient faute de traitement, comme l'illustrent les propos de ces femmes de générations différentes :

Bibata, 60 ans : « Depuis que cette maladie (le sida) est venue, nous avons eu peur. Mais comme ils ont eu le médicament de cette maladie, ça vaut mieux. C'est une maladie qui ne tue pas vite. Si tu es atteint du sida, tu vas beaucoup souffrir. [...] Le palu tue plus vite que le

²⁰¹ Cet article intitulé « *Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ?* » a été accepté et sera publié dans la revue Santé et Médecine Tropicales. Le résumé est présenté en annexe.

²⁰² C'est ainsi qu'ils sont parfois qualifiés pour signifier qu'ils sont gratuits. Nous retrouvons le même phénomène avec la politique de gratuité mise en place récemment où les patientes et les professionnels de santé parlent de traitements donnés « cadeaux ».

sida. ... [N]ous avons vu des gens au moment où il n'y avait pas de traitement... [C]e n'est plus une maladie grave. Cette maladie est devenue une maladie avec laquelle les gens s'amuse maintenant.... Sinon, avant cette maladie a fait des dégâts. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 19.02.2016)

Adja, 47 ans, dont le frère est décédé de la maladie avant l'arrivée des traitements antirétroviraux : « Quand ça t'attrape tu maigris, ça tuait beaucoup de gens, il n'y avait pas de médicament. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 31.03.2015)

Djénéba, 24 ans : « Mais maintenant il y a le médicament pour ça. Tu peux utiliser ça, tu peux prendre le médicament correctement sans problème. Voilà tu peux faire ton séjour (vivre) avec. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, au domicile de son amie, 03.11.2016)

Pour les femmes séropositives, les traitements sont une garantie de vivre longtemps, comme l'illustrent les propos de ces deux femmes séropositives qui ont une longue expérience de la maladie :

Odile, 45 ans : « Moi je n'ai plus peur de ça (le sida). Je connais ça j'ai pu faire 10 ans avec ça. Je ne savais même pas que j'allais vivre jusqu'à aujourd'hui. Donc par la grâce de Dieu, j'ai eu les médicaments, j'ai pu vivre jusqu'à aujourd'hui. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 21.03.2016)

Cécile, 47 ans : « Si tu prends bien tes produits en tout cas y'a rien. Moi là où je suis, je ne pense même plus au VIH. Si j'ai l'argent pour manger, mes enfants ont à manger, ils vont à l'école. Moi je dors bien, je n'ai pas de problème. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 18.01.2016)

Karine, 46 ans connaît sa séropositivité depuis une dizaine d'années, elle a été mise sous traitement il y a à peine 3 ans. Selon elle : « *[Le traitement] c'est encourageant. Quand tu prends bien le traitement. Vraiment il n'y a rien de tel* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 04.12.2015).

Néanmoins, d'autres femmes montrent une inquiétude à propos de l'évolution de la maladie malgré les traitements, comme Patricia, 31 ans, dépistée récemment :

« [Le sida] ne peut pas finir [...] Ça peut s'aggraver un jour, tu ne pourras plus travailler ou bien ça va te tuer. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 12.10.2016)

Ou encore Nicole, 37 ans pour qui les contraintes liées à la maladie sont difficiles à vivre :

« [L]e VIH en tout cas ce n'est pas facile. Surtout quelqu'une comme moi qui a un enfant infecté, ce n'est pas facile. Toute la vie de l'enfant, toute ma vie, c'est sur rendez-vous. Toute ma vie, c'est sur rendez-vous, sur les médicaments : avaler avaler avaler avaler. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 11.11.2015)

De plus, selon les femmes, les PvVIH ne présentent plus les signes connus de la maladie tels que la maigreur, les boutons et la diarrhée. Elles sont considérées par

les femmes séronégatives comme des personnes « en forme » voire mieux portantes que les femmes qui ne sont pas malades comme l'exprime Adja, 47 ans : « *Maintenant ça va, celles qui prennent les médicaments sont plus grosses que nous.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 31.03.2015)

Cette absence de signes ne permet plus d'identifier les PvVIH sur des critères profanes tels que l'apparence comme l'indique Alimata, 27 ans :

« *Quand tu prends bien [tes médicaments], tu es en bonne santé, tu as la paix du corps et les gens ne peuvent pas connaître ça sur toi.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 26.07.2016)

Ou encore Maimouna, 38 ans : « A cause des petites maladies on reconnaissait les personnes. La personne est à chaque fois malade. Tu n'as pas envie de manger avec elle. On ne voit plus ça. Présentement il y a des produits et à vue d'œil, on ne peut plus les (les personnes infectées) reconnaître. Présentement si quelqu'un a la maladie on ne peut pas savoir. Si ce n'est pas le médecin qui peut dire, la personne est en forme. »(Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 09.11.2015)

Fatou connaît un couple atteint par le VIH qui vit dans son quartier. Selon elle :

« *Ils vivent normalement. S'ils suivent bien leur traitement, ils vont très bien. Tu peux voir des gens maigres qui n'ont pas le sida et des gens gros qui l'ont.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 08.05.2016)

Les femmes séropositives se considèrent elles-mêmes « en forme », parce qu'elles ont retrouvé un bon état de santé et des formes arrondies grâce aux médicaments, comme Adissa, 41 ans qui raconte son expérience de la maladie il y a 8 ans de cela :

« *[J]'ai eu des démangeaisons, des boutons sur tout le corps. Personne ne voulait s'approcher de moi. En ce moment j'avais le sida, les gens m'indexaient, me montraient du doigt. Les mouches me suivaient. [...] Les gens me traitaient de sidéenne. [...] Aujourd'hui je me sens bien, je n'ai pas le sida mais les graines de la maladie (banakissè). Les gens ne m'indexent plus. Je me sens parmi les autres. Ce que les autres peuvent faire, je peux le faire. Avant je me renfermais en moi, je ne m'approchais pas des autres. Maintenant, je suis en forme, en bonne santé, ce que les autres font, je le fais.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 13.10.2016)

Par ailleurs, l'infection à VIH est désormais mise en balance avec d'autres maladies dont le cancer et le paludisme qui sont mentionnés dans les échanges. Cette comparaison se fonde sur les inégalités d'accès aux traitements et le risque de mourir plus grand comme l'illustrent les propos de ces deux femmes, la première étant séropositive :

Cécile, séropositive, 47 ans : « Il y a le cancer, je ne sais pas comment ça vient. Cancer de sang, cancer de peau, cancer de quoi, on ne sait pas comment ça vient. Et puis tu es foutu, c'est la mort quoi. Alors que le VIH, tu prends tes produits y'a pas de problème. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, siège de l'association de PvVIH, 18.01.2016)

Fatou, 33 ans : « [P]arce qu'aujourd'hui, quand tu dis à quelqu'un qui a le sida, il est plus tranquille. Il sait qu'il peut avoir des produits. Le sida n'est pas grave, si tu suis les traitements bien. Le cancer est plus grave que le sida parce que si le cancer t'attrape, ce n'est pas facile à vivre. Si tu fais les examens, on te dit que tu as un cancer, c'est la fin du monde. [...] Le sida est mieux que le cancer. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 08.05.2016)

Au cours de notre recherche, une femme de 28 ans qui travaille comme volontaire dans un CSPS dont la mère fait une rechute du cancer est désespérée. Elle se confie : *« Ils ont tout fait : enlever le sein, la chimiothérapie. Il faut tout recommencer. »* Elle s'inquiète à propos des ressources familiales disponibles. Les chimiothérapies qu'il faut renouveler toutes les quatre semaines ont un coût très élevé et les précédentes *« ont coûté à la famille²⁰³ »*. Ce qui fait dire à sa jeune collègue, agent de santé, qui participe à la discussion : *« De nos jours, mieux vaut un VIH qu'un cancer. »* (Extrait carnet de terrain, CSPS, 18.12.2015)

En outre, aux yeux de certaines femmes, le paludisme constitue une véritable menace pour les femmes enceintes et l'enfant qu'elles portent comme le souligne Fatou :

« Pour la grossesse le palu c'est plus grave. Quand une femme fait un palu, elle peut faire un avortement, elle peut accoucher d'un mort-né. Tu peux perdre beaucoup de sang et tu vas mourir dedans ». Elle a appris cela dans les causeries dans le centre de santé. « Le palu peut te tuer rapidement sans te rendre compte que c'est le palu. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 08.05.2016)

De plus, il paraît plus difficile à contrôler que le VIH comme l'analyse Fati, 23 ans :

« Si tu as le palu, tu es enceinte le palu peut tuer l'enfant même dans ton ventre. Ça peut te tuer toi-même parce que le paludisme n'est pas bon avec une femme enceinte. L'autre maladie (le sida), s'ils ont su ça vite vite là, ils peuvent te soigner pour que l'enfant là aussi ne gagne pas le jour de l'accouchement, l'enfant ne gagne pas la maladie. Eux, ils peuvent faire tout leur possible pour sauver l'enfant et toi-même ajouté. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de sa mère, 21.03.2016).

Certaines femmes âgées distinguent une forme de paludisme qu'elles considèrent plus grave parce qu'il tue. Saida, 55 ans, développe à ce sujet :

« Quand ça attrape les femmes, fréquemment ça peut provoquer des avortements. Ça peut tuer le bébé ou bien tuer la maman ou bien tous les deux. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 09.04.2015)

²⁰³ Dans ce cas, la chimiothérapie coûte 63 000 FCFA (96 euros) auxquels il faut ajouter la prise en charge en clinique et le matériel nécessaire pour les soins, ce qui revient environ à 200 000 FCFA (305 euros). Au moment de notre recherche, le service de maternité du CHU de Bobo-Dioulasso ne fait pas les chimiothérapies. Il transfère les patientes à la capitale à Ouagadougou.

Selon les vieilles femmes, le paludisme est plus fort et les traitements à base seulement de plantes ne sont plus efficace pour le traiter. Ces propos sont tenus en milieu urbain ainsi que dans les campagnes.

De plus, la plupart des femmes, même celles qui ont une expérience de la maternité plus ancienne, savent qu'il existe des moyens pour éviter la transmission du VIH à la mère. Elles ont appris l'existence de ces dispositions principalement au cours des causeries qui se déroulent lors des CPN. Certaines ne peuvent pas vraiment les préciser comme Alimata, qui dit qu'elle a oublié mais elle se rappelle :

« [à] l'accouchement, si tu as le sida, les docteurs savent la manière pour faire que ton sang ne se mélange pas avec le sang de l'enfant. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 26.07.2016)

D'autres comme Aminata, 22 ans savent que la transmission peut être évitée grâce à des médicaments : *« Par exemple si la mère a le sida, durant la grossesse si elle ne part pas déclarer qu'on donne des produits, l'enfant naît aussi avec le sida. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 03.11.2016)*

De même madame Ouatarra, 58 ans, a appris que les femmes séropositives peuvent allaiter leur enfant :

« Aujourd'hui, ça vaut mieux. [...] [A]ucun de mes parents n'a eu cette maladie. On dit que cette femme (la femme qui a le sida) peut allaiter l'enfant jusqu'à un certain mois avant de le sevrer. J'ai entendu cela dans la bouche des gens. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 07.10.2016)

Le dépistage du VIH pendant la grossesse est ainsi devenu un examen qui leur paraît nécessaire afin que l'enfant soit en bonne santé, comme le souligne Pénélope, 27 ans :

« Souvent, on nous conseille de faire (le dépistage), c'est pour que le sida n'atteigne pas le bébé. Donc c'est bien de faire ça. Même si ce n'est pas au niveau de la grossesse même, simplement comme ça, tu peux aller faire. On ne sait jamais. C'est bien pour la santé. Il faut contrôler ta santé. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 07.04.2015)

Toutefois, même si la plupart des femmes considèrent que la transmission du VIH de la mère à l'enfant est désormais évitable, des femmes séropositives expriment la peur de contaminer leur enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. En particulier, celles qui ont été dépistées récemment comme Lucie, 31 ans qui avait tellement peur que son bébé meure ou qu'elle ne lui transmette le VIH qu'elle voulait avorter (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile familiale, 14.02.2017). De même Adissa, 41 ans, parle de sa peur alors qu'elle a suivi deux protocoles de PTME et que ses enfants n'ont pas été infectés :

« Quand tu es enceinte, tu as toujours peur. Tu sens qu'en accouchant, tu as peur de transmettre à ton bébé. [...] Si tu es enceinte, ça fait peur parce que la maladie est endormie dans ton corps. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 13.10.2016)

D'autre part, pour les jeunes femmes, le dépistage du VIH est pratiqué au-delà de la consultation prénatale qui n'est plus le seul lieu voire n'est pas le premier lieu où elles se sont faites dépister. En effet certaines ont déjà participé à des campagnes de dépistage en milieu scolaire, d'autres dans leur quartier. Pour deux autres femmes, des occasions précises ont entraîné la réalisation du test conjointement avec le partenaire. Dans le cadre du suivi de sa grossesse, Béatrice, 35 ans, a un groupe sanguin B négatif, qui lui a valu de réaliser des examens groupés afin de connaître celui du père ; le test de dépistage du VIH était inclus. Pour Djénéba, 24 ans qui s'est mariée civilement, le test de dépistage faisait partie des examens pré nuptiaux.

Toutefois, bien que les femmes soient informées sur les mesures de prévention permettant d'éviter la transmission du VIH à leur enfant, la peur d'être stigmatisée persiste toujours. En effet, malgré une baisse de la perception de la gravité chez la plupart des femmes rencontrées, l'acceptation en général de faire le test pendant la grossesse, l'infection à VIH continue toujours à susciter des peurs. Une crainte diffuse d'être rejetée socialement ou encore d'être soumise à l'opprobre sociale subsiste. Celle-ci est prégnante dans les discours des femmes séronégatives comme Claudine, 33 ans, qui s'écrie : « *Mais si les gens savent que tu as le sida, ils vont te fuir !* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 14.06.2016). De même pour Salimata, 27 ans, le dépistage au VIH pendant la CPN, « *ça fait peur parce que si tu as le sida, si on ne te traite pas, si tes parents apprennent ça, ils peuvent te rejeter* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 25.08.2016).

Marie, 31 ans, confirme cette crainte du rejet de la part de l'entourage :

« Des fois, si on dit qu'il y a dépistage, tu as peur. Tu te dis : si je pars enlever (faire prélever) mon sang et puis on me dit que j'ai cette maladie, comment je vais vivre ? Qu'est-ce que l'entourage va dire de moi ? Même la famille peut me rejeter. Il y a tout ça. Donc ça fait peur. »

Elle poursuit en racontant comment elle a vécu le moment du test de dépistage du VIH pendant la CPN quand elle était enceinte :

« Tu n'as pas vu, quand moi j'étais enceinte, je suis partie, on m'a dit de faire le dépistage. Moi j'ai tourné, tourné, tourné. L'enfant de mon papa me dit d'aller faire. Qu'il n'y a pas de peur dans ça. Le jour où je suis partie pour faire, quand ils ont pris la seringue pour piquer, j'ai dit de laisser que je vais sortir au dehors d'abord. On m'a laissée. Je suis allée traîner, traîner. Et puis je suis revenue dire qu'ils n'ont qu'à prendre, le résultat que ça va donner, c'est ça. Quand ils ont pris, je suis sortie m'asseoir en train de prier. J'ai dit : « Dieu n'a qu'à m'aider pour que ça soit négatif ». Peu de temps après, on m'a appelé pour rentrer. On m'a dit : « Si c'est positif, comment je vais faire ? » Ils m'ont demandé, demandé. J'ai dit : « Si c'est positif, je vais prendre courage ». Maintenant, ils ont dit que c'est négatif. J'ai crié. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 04.11.2016)

Chez les femmes séropositives, révéler sa sérologie constitue toujours une menace. La peur d'être stigmatisée et rejetée est encore très prégnante. Odette, 22 ans,

récemment dépistée lors de sa grossesse, redoute d'être rejetée par son entourage : « *Personne ne va s'approcher de moi. Personne ne va parler avec moi.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 16.10.2016) Les femmes ayant une longue expérience de la maladie affirment que « *la stigmatisation ne peut pas finir* », c'est pourquoi elles préfèrent taire leur maladie. Pour Christelle, 40 ans : « *vaut mieux garder le mal en toi.* » Elle a transmis ce principe à son enfant, elle-même infectée, « *qu'elle ne doit pas en parler à ses camarades* », en lui préconisant de « *ne pas dire ça à quelqu'un, c'est confidentiel.* » Elle ajoute « *Entre enfants, il faut se méfier. Ces autres enfants vont sortir dehors et dire que la fille a la maladie. Les enfants vont la fuir. Elle doit garder le secret.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 18.05.2016)

Céline, 36 ans, résume ce que ressentent ces femmes :

« On est toujours caché, quoi. [...] Le VIH là, si tu pars dire ça, les gens vont te dire que tu as couché avec des hommes partout, tu es frivole, tu as fait quoi quoi quoi. Bon en pensant comme ça, tu n'auras pas le courage de dire à quelqu'un que tu as le sida. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à mon bureau, 01.09.2016)

2. L'expérience des femmes vivant avec le VIH à l'ère des antirétroviraux

La plupart des femmes séropositives que nous avons rencontrées vivent avec la peur d'être découvertes, ou dévoilées aux autres. Pour se prémunir de cette éventualité, elles développent différentes stratégies. Pour certaines femmes, la révélation du statut sérologique dépend des espaces sociaux et des soutiens dont elles disposent.

Ainsi, les femmes séropositives accompagnées lors de leur grossesse par l'association de PvVIH dans le cadre de la PTME, parviennent plus facilement à révéler leur statut aux professionnels de santé, pendant la CPN et en particulier au moment de l'accouchement.

Lors de sa nouvelle grossesse, Awa, 42 ans, s'est rendue au CSPS de son quartier et lors de la CPN, elle a informé les professionnels de santé de son statut sérologique : « *Quand je suis allée, je me suis présentée comme une personne qui est malade. [...] Ils se sont bien occupés de moi.* » De même le jour de son accouchement, elle s'est adressée à l'agent de santé pour l'informer :

« Le jour où je devrais accoucher, je suis partie tomber sur une femme. Je n'ai pas pu dire à cette femme que je suis malade. Mais lorsque j'ai accouché net, comme elle portait toujours des gants, je lui ai dit que j'ai le VIH (elle a dit le mot VIH). Que si elle peut donner le médicament à l'enfant, cela allait me plaire. Je lui ai dit de m'excuser car je n'ai pas pu l'informer à temps. Elle a dit qu'il n'y a pas de problème. »

Elle donne les raisons pour lesquelles elle n'a pas parlé d'emblée de sa sérologie :
« Lorsque la contraction a commencé, j'avais l'esprit à ailleurs. Raison pour laquelle je n'ai pas pu dire. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 10.01.2017)

De même, Julie, 19 ans, infectée à la naissance, n'a pas rencontré de difficulté avec les professionnels de santé et parle d'encouragement de leur part lorsqu'elle a révélé son statut lors de sa première CPN :

« On m'a questionnée et après on m'a dit qu'on va me faire le test de VIH. Moi je leur ai dit que j'étais malade. [...] Elle (l'agent de santé) m'a même encouragée. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 25.07.2016)

Ou encore Nicole qui a déjà suivi le protocole de la PTME n'a pas éprouvé de difficulté à parler de son statut aux agents de santé lors de sa dernière grossesse :

« Quand moi j'arrive en tout cas, je ne cache pas ma sérologie. Quand j'arrive et je vois la personne qui est en train de me suivre, si je sais que c'est elle, elle est en train de me suivre, je sais que c'est elle qui va assister à mon accouchement, je l'appelle je lui dis. Au moment même quand on monte le dossier je dis à celui qui monte mon dossier. Parce qu'il y a certaines questions qu'on te pose. Je dis « je suis séropositive ». Donc on met ça dans les dossiers. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 11.11.2015)

Pendant l'accouchement, Nicole a été transférée pour subir une césarienne. Elle s'est empressée d'informer le médecin qui allait l'opérer : « Je me suis dit, même le médecin qui devrait m'opérer, je l'ai vu et j'ai dit : « je suis séropositive. » Il a dit : « oui, j'ai vu ça ». » Selon elle, l'équipe de santé qui s'est occupée d'elle pendant et après l'opération n'a pas eu de comportement discriminatoire à son encontre, la préservant également auprès de sa voisine de chambre :

« Il n'y avait pas de problème. Le personnel vient s'arrêter à côté de moi, discuté avec moi, causer avec moi. Il n'y a pas eu de problème. [...] Il y a ma voisine qui est là. On parle. Si tu n'es pas dans le réseau, tu ne peux rien comprendre dedans. [...] On parle de sirop. Tu ne peux pas savoir c'est quel genre de sirop si tu n'es pas infecté aussi. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 11.11.2015)

Par ailleurs, les femmes sont encouragées par les messages sanitaires à partager leur sérologie avec leur nouveau partenaire avant d'entamer une relation, ce que font nombre d'entre elles. Au sein de l'association de PvVIH, cet aspect est mis en avant par les conseillères psychosociales au cours de groupes de paroles avec les femmes séropositives afin de les aider à établir et préserver la relation avec le partenaire. Des consultations de soutien psychologique sont également proposées pour celles qui ont besoin d'un appui individuel dans leur démarche²⁰⁴. La situation d'Assita, 28 ans montre l'importance du rôle de l'association communautaire dans cette démarche :

²⁰⁴ Il est difficile d'évaluer les effets d'une telle démarche sur le terrain, elle permet néanmoins aux femmes séropositives d'être en union avec des hommes séronégatifs ou de statut non connu et de favoriser progressivement la normalisation des couples sérodifférents.

« Ce sont les causeries à l'association qui m'ont donné le courage. Pendant les causeries les médiatrices nous conseillent de ne pas cacher notre statut à notre nouveau partenaire, d'en parler tôt parce que si on dure le temps de cacher, ça va devenir un problème. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 15.01.2016)

Dans la vie quotidienne, les femmes développent également des stratégies pour se prémunir des attitudes discriminatoires, en particulier celles qui vivent dans des « célibatorium »²⁰⁵ ou au sein de la grande cour familiale. L'une consiste à révéler leur statut de manière ciblée à certains membres de leur entourage comme Valentine, 54 ans, qui vit dans une cour collective où il y a trois locataires. Elle explique qu'elle prend ses ARV chaque jour, c'est pourquoi elle a préféré les informer de sa maladie. Mais précise-t-elle, « Ça ne sort pas de la cour sinon on gêne ton nom, on te critique de porte en porte. » Et elle ajoute : « dans le secteur il y a d'autres personnes infectées mais chacun garde ça pour lui. » Elle raconte qu'elles se croisent à l'hôpital mais elles ne se parlent pas (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 25.07.2016).

La situation d'Odette, 22 ans est extrême dans la mesure où la crainte d'être rejetée est telle que seuls les personnels de santé qui la suivent sont informés. Elle est isolée²⁰⁶ par rapport à son infection à VIH qu'elle a découverte lors du dépistage lors de sa grossesse. Elle raconte qu'elle pense tout le temps à sa maladie sauf quand elle est avec du monde. Elle dit que la maladie lui fait peur parce que lors de la *causerie* au CMA, l'agent de santé lui a dit que la maladie était dangereuse. Actuellement, elle attend avec inquiétude ses derniers examens. « *Le premier sang est bon mais la dame a dit qu'il faut faire attention car ça pouvait être dangereux.* » Sa deuxième prise de sang (examens biologiques) a eu lieu il y a deux mois. Ils vont l'appeler. Elle se demande si c'est devenu plus grave ou moins grave. Par ailleurs, pour aller chercher son traitement, chaque mois puis à présent chaque trois mois, elle dit à son mari qu'elle amène son enfant à la consultation postnatale (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 16.10.2016).

Ces stratégies s'appliquent également à la gestion des traitements. Christelle habite un célibatorium avec sa famille. Chaque soir, elle se retire dans la chambre avec son enfant et son mari pour qu'ils puissent prendre leur traitement à l'abri des regards. D'autres gardent le traitement permanemment dans leur sac ou retirent les étiquettes sur les flacons pour éviter l'identification des médicaments.

Cette crainte ainsi exprimée peut aussi être liée à des expériences discriminatoires. Comme Cécile, 47 ans, veuve, qui, cinq ans auparavant, était courtisée par un homme qui n'a pas donné de suite à leur relation quand il a appris qu'elle était séropositive.

²⁰⁵ Ce sont des habitations collectives qui comprennent plusieurs logements de plein pied souvent accolés les uns aux autres. L'accès à l'eau est en général commun et se situe dans la cour.

²⁰⁶ Elle n'est pas dans une association de PvVIH.

« Il m'a vue en route. Il m'a dit que lui il veut qu'on soit des amis. J'ai dit y'a pas de problème donc on causait. Et puis un temps, il a sauté, il est allé dans ma famille. Dans la causerie, il faisait ses enquêtes. Il est allé là-bas dans la famille et puis il m'a expliqué et il a expliqué à mes parents maternels, il a dit mon nom. Eux ont su déjà qui je suis. Que lui voulait faire du sérieux avec moi. Tout ça. En ce temps nous-mêmes on ne s'est pas entendu. Je ne lui avais pas parlé de ma maladie. Il est parti dire ça là-bas. Maintenant après, je lui ai expliqué que « non moi je suis malade, si tu veux qu'on continue je vais te dire la vérité, moi j'ai le VIH sida, je vis avec ça j'ai le VIH sida, tout ça ». Quand j'ai dit ça, il a fui. Tu as vu... » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 18.01.2016)

Pour Kadija, 27 ans, la maladie est à l'origine de son isolement :

« Comme à cause de tout ça (le VIH), tout le monde m'a rejetée, ma famille, avec mon mari y'a pas l'entente, donc je pense que c'est à cause de ça (le VIH) que je suis toute seule. Elle précise à propos de sa famille : Ma propre famille m'a rejetée à cause de la maladie. Pas un jour où ma famille a demandé si je me porte bien, si je suis morte, ils s'en fichent. Tout ça c'est du souci. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 10.03.2016)

Certaines femmes ont été indexées c'est-à-dire repérées comme PvVIH et désignées de manière péjorative par le terme « *sidatô* »²⁰⁷, qui signifie « *la sidéenne* ». Le témoignage de Nicole, 37 ans, permet de saisir ce que recouvre cette indexation :

« C'est quand tu passes, on t'indexe-là, qui ne me plaît pas. Souvent même en venant comme ça, tu peux venir trouver un groupe qui est assis comme ça, ou bien tu vois deux personnes qui sont en train de causer, quand tu les regardes, souvent quand on parle de toi tu le sais. [...] Ma voisine qui est sortie. On a fait palabre. Il y avait du monde. Et elle a dit devant tout le monde que moi je suis une sidéenne, que moi je ne peux pas me comparer à elle. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 24.03.2016)

Pour d'autres femmes, l'expérience de la maladie se vit également à travers les violences conjugales, psychologiques ou même physiques exercées par le partenaire. Celui-ci accuse sa conjointe d'être responsable de l'infection au sein du foyer, comme l'illustrent les situations suivantes de ces deux femmes.

Adjara, 25 ans, a deux enfants de bas âge. Elle est séropositive ainsi que son mari. Elle ne fréquente pas d'association de PvVIH. Depuis la découverte de la séropositivité du couple, la jeune femme vit isolée au sein de la cour familiale de son mari. Celui-ci la tient responsable de la transmission de l'infection au sein du couple. La situation étant insupportable, elle a quitté une première fois son mari puis est revenue. Elle raconte : « *Tous les jours ce sont les disputes, tous les jours ce sont les disputes. Le docteur lui a dit de ne pas parler comme cela. Qu'il était bien au courant avant qu'il ne me marie. Que c'est lui qui m'a contaminée. Donc qu'il ne faut pas qu'il m'accuse* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans sa chambre dans la cour

²⁰⁷ Il s'agit d'un terme en langue dioula.

familiale, 16.12.2015). Au cours de l'enquête, confrontée à cette pression incessante, Adjara est repartie auprès de sa famille qui habite dans une autre ville.

Minata, 36 ans, qui a découvert sa séropositivité pendant la grossesse a vécu d'abord le déni de son mari, lui-même infecté et qui refusait de se soigner, puis le rejet de celui-ci, quand il a commencé son traitement. Depuis 3 ans il a quitté le foyer conjugal : « *Par finir il a fui me laisser. Mon papa m'a dit de venir à la maison. Donc j'ai pris tous mes matériels et je suis allée à la maison, dans la grande famille.* » Sur les raisons de cette « fuite », Minata pense que c'est dû à la maladie « *Puisqu'il a une fois dit que : « est-ce que ce n'est pas moi qui l'ai contaminé du VIH ? »* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association, 19.01.2016)

La violence peut être également physique. La situation d'Assita est emblématique à ce sujet. Confrontée au déni de la maladie chez son mari, lui-même infecté, elle a été très malade lors de la grossesse au cours de laquelle elle avait découvert sa séropositivité (lors d'un dépistage à la CPN). Contre l'avis de celui-ci, elle avait décidé néanmoins de se soigner. Lors de notre recherche, Adissa est de nouveau enceinte. Celle-ci refuse les rapports non protégés que son mari lui impose alors qu'il présente des signes de la maladie :

« [L]es plaies là sont grosses. Hier même il s'est couché comme ça parce qu'il faisait chaud. Hier ouah ! Il n'a pas porté de caleçon il s'est couché comme ça. Les plaies tout est gros gros. Tout l'alentour de son anus est plaie. Les plaies là sont beaucoup. Parce qu'il est fatigué, il s'est couché il n'a pas porté d'habit. Moi je suis venue m'arrêter regarder la plaie-là, regarder regarder regarder, éteindre la lumière. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 22.04.2015)

Face aux violences physiques de son mari, Adissa est contrainte d'avoir des rapports non protégés. En outre, elle se trouve dans l'impossibilité de demander la médiation d'un membre de la famille sous peine de révéler la séropositivité du couple.

« Ah ! Mais moi je suis dans sa maison ! Il ne va pas me frapper ? Ce jour-là, il dit qu'il veut se coucher avec moi maintenant maintenant. Il avait des plaies. Moi j'ai dit non. Il m'a frappée bien ! Il m'a frappée, le lendemain, moi je me suis levée chez ma tante. Elle, elle m'a demandée qu'est-ce qui s'est passé ? Moi j'ai dit qu'on s'est bagarré. Ma tante est venue lui demander. La bagarre-là est-ce qu'on peut expliquer ? [...] Moi aussi j'accepte pour qu'il se couche avec moi comme ça. Tu sais hein le jour où il se couche avec moi, le lendemain, c'est comme si j'ai des démangeaisons. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 22.04.2015)

Au cours de notre recherche, les membres de l'association de PvVIH où nous avons réalisé notre travail de terrain, ont remarqué une recrudescence de situations de violences vécues par les femmes séropositives au sein de leur foyer. C'est pourquoi, cette organisation à base communautaire s'est associée notamment avec une association de femmes juristes pour mettre en place à l'adresse des femmes séropositives, des séances d'information et des groupes de paroles sur les violences conjugales et le droit des femmes.

Ainsi, les femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso ne considèrent pas le risque VIH comme un risque majeur pour la santé, ni pour la procréation. Elles considèrent globalement que l'infection à VIH est à présent « sous contrôle » concernant ses aspects biocliniques. Cette perception s'appuie sur l'existence des traitements et leur accessibilité (gratuité). Pour elles, l'évolution de l'infection à VIH vers la maladie et la mort est maîtrisée, la transmission de la mère à l'enfant peut être évitée et les symptômes visibles de la maladie ont disparu. On assiste à une « banalisation » de l'infection à VIH. La disparition des signes physiques du sida brouille les représentations sociales à propos des PvVIH, qui ne sont plus identifiables dans la vie courante et sont considérées comme des personnes bien portantes, « *en forme* » ; cet attribut est perçu dans la société burkinabè comme un signe d'aisance matérielle. Aussi les PvVIH peuvent davantage garder leur atteinte secrète et ainsi échapper à la discrimination.

Cependant, même si elle n'est plus rattachée à des symptômes identifiés par des tiers, le risque social, c'est-à-dire la stigmatisation, subsiste.

La stigmatisation est un phénomène complexe. Le stigmaté est défini comme un « attribut » péjoratif distinctif à partir duquel les personnes sont catégorisées et les interactions sociales vont s'organiser (Goffman 1975). La stigmatisation liée au VIH/sida apparaît comme un processus social qui conduit un groupe à partager des représentations négatives sur la maladie (Deacon, Stephney, et Prosalendis 2005). Certains auteurs considèrent que cette mise à distance a pour fonction de se protéger du risque de la contracter alors que d'autres mettent en avant la valeur purement symbolique de la désignation d'un bouc-émissaire (Winskell, Hill, et Obyerodhyambo 2011). Parmi les différentes formes de la stigmatisation, on peut distinguer la discrimination (qui correspond à des actes), la stigmatisation symbolique (qui correspond à des représentations) et l'auto-stigmatisation (qui correspond à une auto-dépréciation et induit un retrait de la vie sociale) (Herek 2002) (Carricaburu et Ménoret 2004).

Dans le cas des femmes rencontrées, la stigmatisation se caractérise par des actes discriminatoires ainsi que des violences psychologiques exercées sur les femmes séropositives par leur partenaire. Certaines vivent également des situations de violences physiques par le conjoint. Dans un contexte où la stigmatisation est toujours présente, les femmes ont tendance à l'anticiper et adoptent en conséquence des attitudes d'auto-stigmatisation. En outre, la stigmatisation est moins visible, du fait de la disparition des symptômes visibles en public. Les stratégies de protection mises en place par les femmes séropositives participent à cette invisibilité. Ces stratégies sont développées notamment par les femmes séropositives qui ont bénéficié de l'appui de l'association de PvVIH. Celle-ci joue en effet un rôle important dans cette banalisation en encourageant les femmes, lors des groupes d'auto support à bien prendre leur traitement mais aussi à parler de

leur séropositivité dans des situations spécifiques comme la CPN ou encore auprès d'un nouveau partenaire.

Par ailleurs, d'autres risques sont perçus comme plus graves tels que le cancer et le paludisme, considérés chacun non maîtrisé. En outre, comme nous allons le montrer dans la partie suivante, un risque plus diffus est abordé par certaines femmes. Il s'agit du risque toxique. Celles-ci ont en effet émis des inquiétudes à propos des risques sanitaires encourus, et en l'occurrence autour de la procréation, face à l'usage croissant de produits chimiques dans l'alimentation, parmi lesquels les pesticides.

QUATRIEME PARTIE

Perceptions et expositions au risque toxique

Comme nous l'avons montré dans la partie précédente, les femmes pauvres et les villageoises sont exposées à des risques liés à leur activité, l'un de ces risques concerne l'exposition à des produits toxiques. Dans un premier temps, nous décrirons le risque lié aux pesticides en tant que risque subjectif autour de la procréation, c'est-à-dire comment celui-ci apparaît dans le discours des femmes et de leur entourage en milieu urbain et rural. Cette description montre comment nous avons remonté la piste des pesticides, dans un contexte de méfiance généralisée vis-à-vis de l'alimentation, suspectée d'être à l'origine de nombreux troubles, en l'occurrence ceux liés à la procréation. Nous ferons ainsi émerger le risque toxique et le problème de la contamination des aliments par les pesticides. Nous développerons alors comment les personnes, parmi les femmes et leur entourage rencontrés au cours de l'enquête de terrain, construisent leur savoir sur les pesticides. Ainsi, la piste des pesticides suivie à partir du discours des populations sur l'exposition par la chaîne alimentaire nous conduira vers celle liée aux activités champêtres des femmes en ville et à la campagne.

Nous aborderons dans un deuxième temps le risque objectif des pesticides en nous intéressant à la matérialité de ces produits sur le terrain par notre approche ethnographique. Nous montrerons les aspects concrets de leur présence au Burkina Faso, et comment leur utilisation et leur généralisation dans les pratiques agricoles exposent la santé des femmes, en nous appuyant également sur des études épidémiologiques et toxicologiques réalisées au Burkina Faso. Nous aurons préalablement précisé en quoi les pesticides sont dangereux et peuvent affecter les femmes ainsi que la procréation.

Nous décrirons enfin, dans un troisième temps, les multiples alertes et interventions en cours de la part de divers acteurs, afin de gérer ce risque toxique et préserver aussi la procréation, dans un contexte où ce risque n'est pas (re)connu comme un problème de santé publique au Burkina Faso et, par conséquent, aucun dispositif sanitaire n'est mis en place pour le prévenir.

I. Sur la piste des poisons

« Quand on vous parle de vaches, cherchez la vache ! » (Evans-Pritchard 1994 [1969])

Dans cette partie, nous allons explorer les inquiétudes exprimées parmi les personnes rencontrées au cours de l'enquête à propos de « poisons » contenus dans la nourriture. Selon le CNRTL, le poison est défini comme « Toute substance qui est susceptible, après introduction dans l'organisme et selon la dose, le mode de pénétration, l'état du sujet, de perturber certaines fonctions vitales, de léser gravement des structures organiques ou d'entraîner la mort »²⁰⁸. L'alimentation dangereuse et/ou qui rend malade est une préoccupation :

« C'est-à-dire que si toi-même tu t'assoies faire les calculs, tu vois à vrai dire, maintenant même, c'est du poison seulement on mange. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, Ibrahim, 50 ans, 31.03.2015)

« A notre temps la nourriture était bien. Tu te nourris bien et pas cher. Y'avait pas d'engrais. Ce sont les engrais qui nous fatiguent maintenant. Les produits chimiques qu'on met sur les cultures pour tuer les insectes. Aujourd'hui les pluies sont rares. Avant les récoltes étaient bonnes, il n'y avait pas besoin de produits chimiques. » (Extrait carnet de terrain, vieille femme, dans la cour au siège de l'association de PvVIH, Bobo-Dioulasso, 23.04.2015)

Ces deux extraits reflètent l'inquiétude grandissante voire une réelle suspicion envers la nourriture parmi certaines personnes rencontrées au cours de cette recherche. Cette suspicion très prégnante se traduit par un questionnement ayant trait aux aliments consommés, et par le lien que ces personnes font entre cette nourriture et les problèmes actuels de santé. Lors d'échanges informels, l'apparition de maladies qualifiées de « bizarres bizarres » est invoquée. Celles-ci seraient en recrudescence et difficiles à identifier, comme le cas des morts subites la plupart du temps inexplicables. Ces constats font souvent suite chez nos interlocuteurs, à la mort brutale d'un parent ou d'une connaissance, qui pouvait être jeune et qui n'était pas connu pour avoir des problèmes de santé particuliers. Ce sentiment est d'autant plus prégnant que la pratique des autopsies pour rechercher la cause des décès demeure rare au Burkina Faso.

En milieu rural, au village où nous avons mené l'enquête, ces inquiétudes sont partagées. Lors d'une *causerie* qui réunissait une partie des villageois, mêlant les hommes et les femmes, en présence du chef du village, les problèmes de santé sont évoqués. Certains participants remettent en question l'alimentation, comme cette jeune femme qui raconte : « les vieilles disent qu'avant il suffisait de cueillir quelques feuilles pour soigner *súmaya* ²⁰⁹. Aujourd'hui les feuilles ne soignent plus. Peut-être que c'est le MAGGI qui nous rend faibles, ou les mangues ? » Elle pense au MAGGI parce qu'au CSPS les agents de santé interdisent aux femmes de manger le MAGGI et le sel. « Parce que ça fait gonfler les pieds quand on est

²⁰⁸ Selon la définition du CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/poison>

²⁰⁹ Ce terme dioula désigne le paludisme.

enceinte. » Une autre jeune femme rapporte que « les personnes adultes ont des problèmes de respiration quand elles puisent l'eau et quand elles vont au champ. » Une femme plus âgée lance à sa suite « ce sont les plats quotidiens. » De même, un vieux s'inquiète des « maladies de l'intestin qu'on ne fait qu'opérer. » Selon lui, « Avant on ne connaissait pas beaucoup de maladies. Aujourd'hui il y a des maladies qu'on pensait que c'étaient pour les riches. Ces maladies n'atteignent pas que les vieux, même les jeunes sont touchés. » Et le chef du village renchérit : « ça vient de la nourriture. Il y a des choses tu manges tu ne sais pas d'où ça vient. » Un autre villageois intervient : « Avant tu pouvais faire un travail tu ne te sens pas fatigué mais maintenant tu te sens très très fatigué, on dirait que c'est la force. » Et le chef intervient à nouveau : « Est-ce que ce n'est pas la viande ? Les animaux mangent le poison²¹⁰ qui est partout, ils mangent même les tiges de coton qui restent. » (Causerie, réunion au village lors de ma première visite aux autorités villageoises, 13.02.2016)

Ce lien entre nourriture et état de santé est aussi questionné à propos de la santé des femmes, comme cette mère qui s'interroge sur les douleurs menstruelles chez les jeunes filles aujourd'hui et qui n'existaient pas « *de son temps à elle* », et se demande si ces douleurs ne seraient pas dues à la nourriture (Extrait carnet de terrain, dans la cour familiale, Bobo-Dioulasso, 15.02.2015).

Des interrogations sont également émises par des femmes au sujet de la grossesse et des accouchements, du fait que les femmes seraient actuellement plus souvent malades, et présenteraient plus de complications, avec notamment beaucoup de fausses couches et de césariennes. Ces remarques émanent souvent de vieilles femmes qui, interrogées sur les expériences et les pratiques autour de la grossesse et des accouchements, affirment que « *les grossesses et les accouchements ne sont plus comme avant.* » Pour elles, les grossesses et les accouchements sont devenus plus compliqués²¹¹. Parmi les causes possibles²¹² de ces changements, l'alimentation est mise en cause comme Abi, âgée de plus de soixante ans²¹³, l'affirme :

« L'accouchement d'avant était plus facile que l'accouchement de maintenant. L'accouchement de maintenant est devenu plus difficile. Lorsqu'une femme tombe enceinte, au cours de la grossesse, elle rencontre des difficultés jusqu'à l'accouchement. Certaines femmes souffrent beaucoup avec leurs grossesses. Si Dieu ne les aide pas, elles vont accoucher par césarienne. [...] [L'] alimentation d'avant et de maintenant n'est pas pareille. [...] Une femme peut tomber enceinte. Elle ne fait que boire des yaourts et autre chose. [...] L'eau glacée et les yaourts... Tous

²¹⁰ Nous aborderons plus précisément dans la suite ce que ce terme « poison » recouvre.

²¹¹ A tel point d'ailleurs que certaines vieilles matrones rencontrées refusent d'aider les femmes à accoucher en ville de peur de se retrouver face à des complications et aussi, aux possibles repréailles (de la part des populations et des autorités).

²¹² La planification familiale (avec les injections et les pilules) est aussi souvent mise en cause.

²¹³ Celle-ci a toujours habité à proximité du jardin potager urbain situé dans son quartier.

nos aliments d'aujourd'hui sont des produits. Alors qu'avant, il n'y avait pas de produits dans les aliments. Nous cultivions nos champs sans appliquer les engrais. C'est le fàrafín nógó (fumier africain) que nous appliquions. Même les jardins que nous faisons, tout est produit. Donc avant et maintenant ce n'est pas pareil. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 17.12.2015)

Abi incrimine à la fois les nouvelles pratiques alimentaires comme la consommation de yaourts et d'eau glacée (c'est-à-dire stockée dans un frigo ou un congélateur par opposition à l'eau consommée à température ambiante) mais aussi l'utilisation des engrais et des « *produits* » dans les cultures. De même lors d'une *causerie*, une vieille femme, qui habite le non loti, prend la parole et explique qu'« *avant les femmes ne connaissaient pas tous les produits qui donnent des maladies comme les crèmes (pour dépigmenter la peau), les produits qu'on pompe dans les champs, les MAGGI, les huiles* » et qui ne sont pas conseillées pendant la grossesse. Pour elle, « *la nourriture qui ne convient pas à la femme enceinte ne conviendra pas à l'enfant dans le ventre.* » (Causerie avec des travailleuses journalières, Bobo-Dioulasso, non loti, 27.11.2015)

A côté des pratiques alimentaires considérées comme nouvelles, apparaît clairement l'utilisation de produits chimiques dans les cultures qui auraient une influence néfaste sur la grossesse et l'enfant à venir. Pour Saida, 55 ans, l'utilisation des produits dans la nourriture est également l'une des causes des complications pendant la grossesse. Elle sous-entend l'utilisation à la fois des engrais, des pesticides mais également du carbure²¹⁴:

« Les poisons ça fait mal. On met des produits dans la nourriture pour cuire plus vite, dans les céréales pour grandir vite vite. C'est en train de finir le monde. Le poison qu'on met dans les céréales, quand tu tombes enceinte, si tu manges une nourriture qui n'est pas bien lavée, ça peut provoquer l'avortement. Si la pluie n'a pas bien battu les céréales et tu manges, ça peut provoquer l'avortement. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 09.04.2015)

De même une vieille matrone qui aide encore les femmes quand celles-ci accouchent à domicile évoque ces produits. Elle fait part de ses réflexions à propos de la nourriture qui atteint la force de l'enfant et celle de la femme enceinte : « *si une femme enceinte mange ces produits [les poisons], ça ne peut pas donner la force à l'enfant. Quand l'enfant naît, il ne peut plus être comme les enfants d'hier. Il ne peut plus supporter les maladies comme avant. Ça affaiblit [aussi] la femme enceinte, tu ne peux pas traiter.* » Elle ajoute : « *Tu commences à manger ces produits depuis que tu es petit jusqu'à ce que tu commences à grandir. Déjà tu te lèves avec un corps qui n'a pas la force. Tu ne peux pas avoir longue vie.* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, dans la cour devant son domicile, le 20.07.2016)

Les mêmes interrogations peuvent se retrouver en milieu rural, comme par exemple chez Catherine, 36 ans :

²¹⁴ Au Burkina Faso, le carbure est surtout utilisé pour la soudure. La composition du carbure et son utilisation à des fins alimentaires sera précisée plus loin.

« Des fois, nous-mêmes nous nous posons cette question : « qu'est-ce qui amène cela ? » Avant, les femmes enceintes ne faisaient pas de pesées (CPN). Mais elles ne tombaient pas malades comme les femmes enceintes de maintenant. On se demande : « est-ce que cela est lié à notre alimentation ? » Avant, on ne mettait pas les engrais dans les cultures, on ne pompait pas les champs avec les poisons, on ne cultivait pas le coton. Au regard de tout cela, on se demande si les maladies de maintenant ne proviennent pas de notre alimentation. On ne sait pas. » (Entretien, village, dans la cour familiale, 20.02.2016)

Dans certains entretiens, les difficultés de santé sont parfois mises en lien avec une perte de force qui pourrait avoir une incidence sur la procréation.

Ibrahim est tradipraticien²¹⁵, il évoque cette notion de force :

« Bon avant la femme avait la force tu l'accouches... [...] Il n'y a pas de problème voilà ! Mais maintenant-là, il n'y a pas de force. Si tu essaies d'une manière seulement, tu as des problèmes. [...] C'est-à-dire c'est le monde même qui est comme ça voilà ! Tu sais avant nous autres qui avons eu la tisane pour se laver, laver laver un peu un peu. Voilà ! Mais nos papas nous avaient lavés, nos mamans nous avaient lavés bien donc on avait la force. Et puis la nourriture qui est là maintenant pour manger, il n'y avait pas ça à ce moment-là voilà ! Bon aujourd'hui, nos nourritures-là... » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 22.05.2015)

Ibrahim tente de clarifier un peu plus ce qu'il veut dire à propos de la force qui part *báraka*²¹⁶ *táara*. Pour lui, cette force se reflétait par la capacité de travail et reposait sur l'alimentation :

« Les grands parents avaient la force, ils étaient robustes. Ils pouvaient travailler fort. Ils pouvaient supporter beaucoup de travail. En leur temps, il n'y avait pas beaucoup de maladies. Avant on ne tombait pas malade sauf si on jetait un sort. Les gens prenaient des produits, des produits des arbres qui donnaient la force. La nourriture aussi donnait la force mais aujourd'hui, la nourriture ne peut plus donner la force. Ça nous crée des maladies. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 22.05.2015)

Les discours ainsi recueillis traduisent, quoique diffuse, une réelle inquiétude par rapport à l'alimentation qui est considérée par certains aspects comme une menace pour la procréation et la force. Nous allons à présent examiner à quelles réalités concrètes correspondent ces discours. Quels sont en effet les logiques sociales et les éléments factuels qui sous-tendent ces représentations ?

1. Changements des pratiques alimentaires

Ces inquiétudes relevées sur le terrain s'inscrivent dans un contexte plus large, le Burkina Faso subissant comme de nombreux pays du Sud de grandes

²¹⁵ C'est ainsi qu'il se présente en langue française. En dioula, il est appelé *nùmu cè fla bóla* qui signifie littéralement : « l'homme forgeron qui enlève les feuilles (plantes médicinales) ».

²¹⁶ Le terme *báraka* signifie « force », « vigueur ».

transformations au niveau alimentaire (Thiébauld 2017) (Delpeuch 2004). De nombreux aliments transformés sont importés au Burkina Faso, et de provenances multiples. Les sodas sucrés dans des bouteilles plastiques ont désormais envahi les étals des épiceries dans les grandes villes, à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Ils s'amoncellent devant les boutiques en grande quantité, conditionnés dans des packs plastifiés. De même, des boissons en poudre à reconstituer avec de l'eau sont en vente par petits sachets individuels en ville comme en milieu rural. Les paquets de biscuits issus de l'importation sont aussi vendus dans les boutiques de Bobo-Dioulasso et par les petits marchands ambulants le soir autour des maquis, pendant que les femmes vendent au bord des routes les gâteaux et beignets²¹⁷ qu'elles confectionnent et cuisent elles-mêmes. L'usage de la mayonnaise est devenu monnaie courante dans la cuisine des ménages mais aussi dans la restauration. Ces produits promus à grands renforts de campagnes publicitaires sont un échantillon des produits agro-alimentaires en circulation dans les commerces burkinabè aujourd'hui. De plus, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ont vu l'implantation récente de fast food²¹⁸.

Ce phénomène peut apparaître paradoxal puisque dans le même temps, le « consommer burkinabè », antienne du temps du président Thomas Sankara, revient comme un leitmotiv parmi les populations, soucieuses de leur santé, mais également encouragées par les politiques nationales. Celles-ci soutiennent en effet l'essor de la transformation agro-alimentaire burkinabè afin de valoriser les produits pour le marché local et international. La promotion (via de grands panneaux publicitaires en ville) du *Benga* sous vide, plat traditionnel à base de riz et de haricots secs que l'on peut consommer dans les petits restaurants de rue, est un autre exemple emblématique de ces changements en cours.

1.1 Circulation d'aliments impropres à la consommation

Par ailleurs, des fraudes alimentaires sont fréquemment découvertes et relayées dans les médias (presse, télévision, radio, internet). Au cours de notre recherche, de nombreux scandales sanitaires ont défrayé la chronique²¹⁹. En février 2015, la découverte de plus de 1000 tonnes de cannettes de soda périmées destinées à la revente²²⁰, chez un commerçant connu de la place publique, a jeté un certain effroi parmi la population. Des milliers de litres d'huile frelatée ont été saisis en 2015 à Ouagadougou et en 2016 à Bobo-Dioulasso²²¹. De même, en juillet 2016, les médias rapportent que deux tonnes de riz en provenance de l'Inde et deux tonnes

²¹⁷ A base de farine de petit mil ou de haricot (*niébé*) ou encore de farine de blé importée

²¹⁸ Cette nouvelle restauration rapide est réservée à une catégorie sociale qui a les ressources économiques disponibles.

²¹⁹ <http://lefaso.net/spip.php?article65406>

²²⁰ <http://lefaso.net/spip.php?article63349>

²²¹ <http://www.rfi.fr/afrique/20160827-burkina-faso-chasse-huile-frelatee-saisis-bobo-dioulasso-poulets>

de poulets importées du Brésil et des Pays Bas ont été saisies par les autorités burkinabè parce qu'impropres à la consommation²²². Il est précisé que les poulets étaient traités avec du formol²²³. Cette énumération est loin d'être exhaustive.

Cet arrivage de produits finis et les saisies régulières d'aliments impropres à la consommation inquiètent la population. Ainsi, Sylvie, 42 ans, prend la parole et fait part de ses inquiétudes lors d'un atelier consacré à la nutrition chez les personnes séropositives. Elle s'interroge sur le contenu de ces produits nombreux dans les commerces, d'autant plus qu'elle ne comprend pas ce qui est écrit sur les étiquettes. Ses doutes ce jour-là étaient partagés par la plupart des autres femmes participantes (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, atelier de formation à la MAS, 10.11.2015).

Cette inquiétude grandissante vis-à-vis de l'alimentation et des risques potentiels que celle-ci représente pour la santé se focalise sur certains produits et pratiques alimentaires, et repose parfois sur une comparaison avec les pratiques anciennes. Elle traduit en filigrane un climat de méfiance à l'égard de l'Etat qui n'est pas en mesure d'assurer et garantir une alimentation sécurisée.

Ainsi quelques vieilles femmes²²⁴ rencontrées en milieu urbain et rural pensent que la préparation des aliments aujourd'hui dans les marmites « *en fer* » serait nocive pour la santé contrairement à leur époque où elles cuisinaient dans des marmites en terre. De même, l'utilisation des moulins activés par un moteur à essence pour mouliner les céréales (mil et maïs) serait moins bonne que le principe de la meule de pierre qu'elles ont connu. D'ailleurs, un responsable de la SONAGESS observe que l'utilisation des moulins a eu pour conséquence d'appauvrir l'alimentation des populations ; les céréales ainsi finement moulues voient leur son retiré (et souvent destiné au bétail) ce qui conduirait les populations à manger essentiellement de l'amidon²²⁵.

1.2 Le Cube MAGGI

Un produit est l'objet actuellement de nombreux questionnements parmi les personnes rencontrées. Celles-ci s'interrogent à propos des effets du cube MAGGI sur la santé. Ce cube aromatique de fabrication industrielle²²⁶ se présente sous forme de poudre compactée. Il est nommé génériquement par une des marques qui

²²² <http://www.rfi.fr/afrique/20160704-burkina-faso-alimentation-70-tonnes-riz-2-tonnes-poulet-importation-inconsommables>

²²³ Selon le Centre International sur le Cancer (CIRC), le formol (formaldéhyde) est classé comme cancérigène pour l'homme, <https://monographs.iarc.fr/list-of-classifications-volumes/>

²²⁴ Elles sont âgées environ de 70 ans et plus.

²²⁵ Entretien, Ouagadougou, dans son bureau à la SONAGESS, 07.02.2017.

²²⁶ Il se compose principalement de sel, de sirop de glucose, d'exhausteur de goût tel que le glutamate de sodium, d'huile et d'arômes.

le commercialisent²²⁷. Le MAGGI ou son équivalent JUMBO est ainsi omniprésent dans les pratiques culinaires en ville. Ce cube est devenu un condiment de base dans les plats préparés en famille mais aussi dans la restauration. Les femmes l'utilisent dans leur cuisine pour rehausser le goût de leur plat. Vendu à l'unité 25 FCFA, cet ingrédient est très facile à se procurer puisqu'il est possible de le trouver à l'unité dans les boutiques, les étals des petites marchandes en bord de chemin ou au marché. Il est économiquement plus avantageux que les épices locales²²⁸ comme le *soumbala* préparé à base de graines de néré et qui est naturellement riche en protéines et le *dàtu* (condiment préparé à base de graines de *dà* (*oseille*)). La méfiance grandissante à l'égard de ce cube est due en partie aux messages sanitaires diffusés par les professionnels de santé dans les centres sanitaires, aussi bien en milieu rural qu'urbain. Les problèmes d'hypertension artérielle sont mis en relation en général avec la consommation de MAGGI²²⁹. Lors des consultations prénatales, certains agents de santé déconseillent aux femmes enceintes de le consommer pendant la grossesse, argumentant qu'il pourrait provoquer une hypertension en particulier pour celles qui ont déjà une tension artérielle élevée. Certains agents de santé rencontrés lors de leur service disent avoir remarqué une augmentation de la fréquence des problèmes d'hypertension chez les femmes enceintes et se demandent si ce n'est pas dû à la nourriture, et notamment au cube MAGGI (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 07.01.2016). De même, un médecin gynécologue se préoccupe des risques éventuels de la consommation de MAGGI sur la santé des femmes enceintes qu'il suit. Son inquiétude repose sur la circulation de glutamate vendu sous d'autres marques et des multiples usages de ce cube. En l'occurrence, il a entendu dire que les éleveurs l'utiliseraient pour castrer les animaux comme les bœufs²³⁰ (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 22.06.2016). Cette préoccupation autour du MAGGI atteint les campagnes où ce condiment est aussi diffusé ; certaines vieilles personnes (hommes et femmes) à l'instar de la ville, déplorent l'abandon des condiments locaux au profit du MAGGI, responsable, selon elles, des problèmes de santé qui les affectent à présent.

²²⁷ Cette désignation par la marque commerciale dominante est une pratique courante au Burkina Faso. A titre d'exemples, nous avons l'appellation Nescafé pour désigner le café, Lipton pour le thé, et Lotus pour les mouchoirs en papier.

²²⁸ Pour un cube MAGGI à 25 FCFA (4cts d'euro), 3 petites boules de soumbala, 25 FCFA pièce, sont nécessaires pour préparer un plat avec « *un bon goût* ».

²²⁹ Il contient 61,6 g de sel par 100 g de cube, alors que l'OMS recommande chez l'adulte une consommation de 2 g de sodium (soit 5 g de sel) par jour. Un apport en sel élevé favorise l'hypertension artérielle, http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/fr/

L'hypertension artérielle (de type pré éclampsie) est l'une des principales causes de morbidité maternelle et fœtale pendant la grossesse (Lindheimer, Taler, and Cunningham 2010).

²³⁰ Des éleveurs rencontrés en milieu rural racontent qu'ils donnent à manger 5 cubes MAGGI pour castrer un bouc (Extrait carnet de terrain, campement, 16.06.2016).

1.3 Les huiles frelatées

Les huiles frelatées sont également incriminées comme étant à l'origine des problèmes actuels de santé. Fabriquées dans de petites usines clandestines²³¹ soit à partir directement des graines de coton, soit récupérées lors du pressage des graines pour la préparation du tourteau, ces huiles destinées prétendument à la fabrication du savon sont vendues, en partie, comme huile de consommation. Sur les marchés à Bobo-Dioulasso, on l'appelle l'huile « deuxième qualité », elle est vendue moins cher²³² que l'huile de coton raffinée issue de la filière légale, dans des bidons ou encore dans de tous petits sachets transparents, en fonction des moyens économiques de chacun. Elle est reconnaissable par son odeur et sa couleur plus foncée. Song-Naba s'est intéressé aux entreprises informelles dans le secteur agro-alimentaire. Il décrit les difficultés d'ordre environnemental et sanitaire que rencontre l'Etat burkinabè face à l'apparition de ces unités de production. Ces usines ne réalisent pas en effet l'opération de raffinage de l'huile de coton qui est nécessaire à l'élimination du gossypol (Song-Naba 2016 : 129). Or, le gossypol est une substance toxique²³³ qui affecte la santé humaine et en particulier la reproduction (Gadelha et al. 2014). Les dommages chez les hommes sont plus connus, le gossypol a été testé comme contraceptif mais avec des effets irréversibles sur la fertilité masculine. Les effets néfastes sont également avérés chez les femmes (Câmara et al. 2015) mais ils sont moins investigués (Gadelha et al. 2014).

1.4 Le « carbure »

Rokya, 49 ans : « Certains mélangent du carbure dans le haricot et le soubala pour faciliter la cuisson. Cela n'est pas bon. Parce que ça provoque des maladies. [...] Mettre les produits dans les nourritures afin que ça cuise vite, cela n'est pas bon. Ça donne des maladies aux gens [...] à plus forte raison si tu es enceinte. Ça gâte les grossesses. Donc nous ne devrions pas manger ces genres de choses. Il faut que nous surveillions notre santé. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 28.05.2015)

Par ses propos, cette femme exprime ce qui se raconte en ville et à la campagne sur l'utilisation du carbure de calcium²³⁴ dans les pratiques alimentaires et les

²³¹ L'usine clandestine visitée était implantée directement dans une cour d'habitation, avec une cour suffisamment spacieuse pour accueillir la presse manuelle, les tonneaux d'huile, et les grandes marmites (extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 17.02.2017).

²³² Un litre d'huile frelatée coûte entre 400 et 450 FCFA contre 600 FCFA pour l'huile de coton issue du commerce.

²³³ Sa toxicité est reconnue chez les animaux (Gadelha et al. 2014), depuis longtemps (Withers and Carruth 1918)

²³⁴ Le carbure de calcium est un composé chimique de synthèse obtenu à partir d'un mélange de coke (charbon pur) et de chaux vive, soumis à haute température. Ce procédé industriel donne naissance à de la matière qui ressemble à des cailloux. Au contact de l'eau, le carbure de calcium libère un gaz (sous forme de sulfure d'hydrogène, d'ammoniac et d'un dérivé d'arsenic) qui produit de la chaleur. Ce gaz est utilisé comme

suspensions sur la santé que suscitent ses différents usages. Elle évoque l'utilisation du carbure qui permet une cuisson plus rapide et donc une économie de bois dans la préparation du *soumbala* et des haricots²³⁵, destinés ensuite à la vente pour le premier, et à la restauration de rue pour le second. Dans sa thèse sur l'alimentation urbaine au Burkina Faso, Heron mentionne le carbure comme un produit dangereux et dont l'usage est « détourné » « pour accélérer la cuisson des légumineuses » (Heron 2016 : 68). Millogo évoque l'utilisation de ce composé chimique dans la production de *soumbala* qui se repère, d'après les consommateurs, par la couleur blanchâtre du condiment (Millogo 2008). Au cours de l'étude, plusieurs personnes m'ont décrit des traces blanches sur les mangues et le *soumbala*, comme le moyen de reconnaître un traitement par le carbure.

Il existe également un autre usage, le plus fréquent, qui consiste, par l'effet du gaz éthylène qu'il dégage lorsqu'il est mis en contact avec de l'eau, à accélérer le mûrissement des fruits. Cet usage est très pratiqué aussi bien pour le commerce des fruits (mangues, bananes, papayes, avocats) qu'au sein de la sphère domestique pour la consommation personnelle des mangues²³⁶. Le carbure s'achète dans les quincailleries mais aussi directement sur le marché. Dans une quincaillerie ayant pignon sur rue aux abords du marché, les propriétaires expliquent qu'ils vendent le carbure aux femmes commerçantes sous forme de petites pierres ; tandis qu'un autre quincaillier la revend à des clientes sous forme de poudre²³⁷.

Or le carbure de calcium contient des traces d'arsenic²³⁸ et de phosphore, et est considéré toxique pour la santé humaine (Siddiqui and Dhua 2010). Son usage au Burkina Faso a été par ailleurs décrit récemment dans le cadre de la transformation agro-alimentaire de la mangue. Les auteurs décrivent la pratique de mûrissement des mangues à grande échelle à base de carbure de calcium et d'éthephon (une substance liquide) (Kante-Traore et al. 2017). Ils pointent en outre les éventuelles répercussions sanitaires dues à un manque de maîtrise des produits utilisés dans

combustible, notamment pour alimenter des systèmes d'éclairage (il reste aujourd'hui les lampes utilisées en spéléologie) et les chalumeaux utilisés en soudure (Guérin 2018) (Darne 2001). Dans les deux quincailleries visitées à Bobo-Dioulasso, le carbure de calcium est destiné aux activités de soudure mais il est aussi vendu pour le mûrissement des fruits.

²³⁵ Il s'agit du *niébé*, haricot sec cultivé et consommé au Burkina Faso.

²³⁶ Dans le cadre d'entretiens informels, des femmes m'ont décrit la manière dont elles procédaient avec le carbure pour le mûrissement de mangues qui ne sont pas encore arrivées à maturité et destinées à la consommation familiale. Elles disposent les mangues dans une grosse bassine dans laquelle elles déposent le carbure soit sous la forme de petits cailloux (parfois dans un sachet préalablement troué/percé) soit sous la forme de poudre, elles versent ensuite un peu d'eau sur le carbure afin que le gaz se dégage. Elles recouvrent ensuite les mangues et le produit avec un linge et laissent le produit agir.

²³⁷ « *Quand le vent le frappe, il (le carbure) devient en poudre, les mécaniciens ne peuvent plus travailler avec ça.* » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, dans la boutique du quincaillier, 11.02.2017)

²³⁸ L'arsenic est classé par le CIRC comme cancérigène pour l'homme, <https://monographs.iarc.fr/list-of-classifications-volumes/>

le mûrissage des fruits aussi bien dans le secteur de la transformation que de la vente (Kante-Traore et al. 2017).

Bien que ces conclusions n'abordent qu'un certain type d'usage du carbure de calcium, elles confirment les inquiétudes relevées auprès des personnes rencontrées sur le terrain. De plus, peu avant mon départ, les femmes m'ont informée d'un nouveau produit utilisé dans le mûrissage des fruits qu'elles nomment également carbure ; celui-ci se présente sous une forme liquide et est vendu dans de petits flacons sur le marché.

Ces quelques exemples révèlent l'apparition d'un double phénomène. Premièrement, les populations font progressivement un lien entre les problèmes de santé et la circulation d'aliments soumis à peu de contrôle et qui peuvent s'avérer dangereux pour la santé. Deuxièmement, nous assistons au Burkina Faso à une prolifération de plus en plus visible de produits chimiques dans l'alimentation, parmi lesquels les pesticides, comme nous allons l'aborder à présent.

1.5 Les aliments traités

L'usage des engrais et des pesticides suscite en effet des inquiétudes de la part de certaines femmes rencontrées au cours de l'enquête de terrain par rapport aux conséquences éventuelles sur la santé des femmes enceintes et des enfants. Le risque évoqué est principalement lié à la contamination alimentaire, c'est-à-dire à la consommation d'aliments traités avec des engrais et/ou des pesticides²³⁹. Ces produits sont souvent présentés par les personnes qui les mentionnent, comme omniprésents dans les légumes (cultures maraîchères), les céréales (maïs, riz, soja et sésame) et le haricot sec (*niébé*)²⁴⁰. Pour les engrais par exemple, les femmes disent repérer leur présence par la taille démesurée de certains légumes²⁴¹, l'absence de goût et la difficulté de conservation. Selon elles, ils ont tendance à pourrir vite contrairement aux autres, cultivés sans engrais, qui sèchent. Les propos de Fatou, 33 ans, illustrent ce constat où transparaissent également des inquiétudes diffuses sur l'usage des engrais et des pesticides :

« Avec les trucs qu'on nous donne maintenant. Les produits qu'on met sur les insectes, pour tuer les insectes dans les aliments d'abord. Tout ça là on ne sait pas comment ça est. Et puis les engrais qu'on met par exemple dans le sol. On peut mettre les feuilles des arbres et mettre dans les trous (fosses), ça c'est mieux que les engrais. Par exemple si tu vois un poivron gros comme ça. Est-ce qu'avant c'était comme ça ? [...] Les gens disent que ce n'est pas bon. Même

²³⁹ Parfois, la distinction n'est pas toujours très claire entre les « produits » (engrais et pesticides) contenus dans les légumes et les céréales.

²⁴⁰ Les fruits sont rarement évoqués, alors qu'il existe aussi des traitements pesticides sur les arbres fruitiers, notamment les manguiers.

²⁴¹ L'utilisation de semences améliorées (hybrides) peut également expliquer les changements d'aspect des légumes, et même du maïs comme l'ont évoqué des paysans, mais ce sont des hypothèses que je n'ai pas approfondies.

les courgettes qu'on mange là, même les courgettes on dit que ce n'est pas bon, tellement il y a des produits dedans. Que ça nous rend malade. [...] Y'a d'autres qui disent que ça donne des cancers dedans, je ne sais pas. Est-ce que toi tu manges les courgettes ? Maintenant les courgettes avant tu pouvais les déposer. Deux jours maintenant et tu peux voir que c'est pourri. Tu vois que dehors c'est bien mais quand tu touches c'est pourri ! » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 12.03.2015)

La présence des pesticides est mentionnée à deux niveaux distincts d'application. Les femmes évoquent d'une part, les aliments qui ont été « pompés », c'est-à-dire les céréales et les légumes ayant reçu des pesticides sur pied lors d'épandages. D'autre part, elles citent les produits pesticides qui sont directement ou indirectement mélangés avec les grains dans les sacs de céréales et de niébé. Ce dernier procédé permet leur conservation dans des lieux de stockage, les greniers en milieu rural, les magasins des commerçants en milieu urbain. Au cours d'un échange avec deux jeunes femmes (Aminata, 22 ans et Djénéba, 24 ans) celles-ci expliquent comment se préserver des pesticides montrant au passage qu'elles ont connaissance de l'application de ces produits (utilisés pour la pulvérisation et la conservation) et des effets (au moins immédiats) possibles sur la santé. Ces consignes sont connues et appliquées par la plupart des femmes en ville et en milieu rural.

Aminata, 22 ans : « Il faut bien laver les haricots (niébé) avant de préparer parce qu'ils (les vendeurs) disent que souvent pour que ça ne se gâte pas vite avant de déposer ça ils mettent des produits, comme ça, ça dure, les haricots. Sinon si tu ne mets pas les produits ça ne peut pas durer par exemple. Ça se gâte. Ça se gâte vite. [...] Même sans vendeur nous-mêmes on sait qu'il fait bien laver avant de consommer.

Aminata et Djénéba : On sent ça !

Djénéba : il y a l'odeur des produits [...]

Aminata : ça peut donner des maux de ventre graves comme ça. Par exemple si tu consommes ça sans bien laver là tu auras des maux de ventre. Donc c'est à cause de ça qu'on lave bien.

Djénéba : [...] Par exemple les choux, aubergines, poivrons, tout ça là ce sont des produits qu'on met. Si tu achètes ça tu dois bien laver, les carottes là, avant de manger sinon ça peut te brûler, ça peut te faire mal facilement. [...] (Pendant la grossesse) ça peut jouer sur l'enfant parce que ce que toi tu manges l'enfant là aussi gagne dans ça. Si toi tu manges quelque chose qui n'est pas bon pour toi, lui aussi il va gagner ça. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, au domicile d'Aminata, 03.11.2016)

2. Construction du savoir populaire autour des pesticides

Nous n'avons pas identifié un terme générique communément utilisé pour désigner les pesticides mais en général les femmes parlent des aliments qui sont « pompés ». C'est le terme local couramment employé pour signifier que les aliments ont subi un traitement sous la forme d'un épandage, d'une pulvérisation de pesticides. Le terme « pompé » fait probablement référence au geste qui consiste

à actionner le mécanisme, comme une pompe, de l'appareil pulvérisateur que portent les hommes sur le dos. Selon le niveau de connaissance et de proximité avec les pesticides les femmes et leur entourage emploient des appellations distinctes que nous allons aborder. Auparavant, nous donnerons quelques éléments à partir desquels les femmes ont connaissance de ces produits.

2.1 En ville, connaissance et expériences du phénomène des produits « pompés »

Parmi les femmes rencontrées à Bobo Dioulasso, celles qui ont connaissance de l'usage des pesticides sur les cultures dans les campagnes et en périphérie, ainsi que dans les potagers de la ville, ont une expérience avec ces produits. Elles entretiennent souvent une proximité avec le milieu rural ou avec les lieux en ville où les pesticides sont épandus (les jardins potagers urbains, les champs dans les quartiers périphériques).

En effet, la ville et la campagne ne sont pas des espaces clos, les individus circulent d'un espace à l'autre. Ainsi, il n'est pas rare que les familles en ville reçoivent la visite de parents cultivateurs. Leur venue est alors l'occasion d'échanges et de partage des histoires du village.

C'est dans le cadre d'une visite de parents villageois que Valentine, 49 ans, a eu connaissance d'un cas d'intoxication par les pesticides qui a ébranlé le village. Des femmes du village ont utilisé un produit qu'elles ont mis dans les haricots pour mieux les conserver. Celles-ci ont ensuite prélevé des haricots, mais ne les ont pas bien lavés, puis elles les ont mangés. Elles sont tombées malades, certaines sont décédées (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 25.07.2016).

De même les femmes habitant la ville visitent la famille au village. Au cours de ces visites, elles ont découvert les pratiques d'épandage ainsi que les nombreuses histoires autour de ces produits et, de ce fait, leurs dangers.

Certaines femmes en ville sont par ailleurs cultivatrices au moment des cultures, à la saison des pluies. Elles partent au village familial pour participer aux travaux des champs comme Anne, 43 ans, qui se rend à soixante kilomètres de Bobo-Dioulasso pour aider la famille dans les champs de coton et de riz. Ou encore Patricia, 33 ans qui habite en ville et part travailler dans les champs de son mari et cultiver sa parcelle de *niébé*, situés à une dizaine de kilomètres. Ces femmes sont alors directement en prise avec l'usage des pesticides, dans le sens où elles sont amenées à les manipuler. Dans le *non loti*, les femmes travailleuses journalières (dont les conditions de vie et de travail ont été décrites précédemment) ont également l'expérience des pratiques liées aux pesticides.

D'autres femmes ont connaissance de l'utilisation des produits par l'intermédiaire d'un membre de leur famille, comme Adjia, 47 ans, dont le mari part à la saison des pluies travailler dans ses champs en périphérie de la ville. De même, une grand-

mère raconte comment les pesticides sont préparés dans une cour en ville, appartenant à des membres de sa famille. Ceux-ci cultivent des champs en périphérie.

Le lieu de résidence permet également de prendre la mesure de la présence des pesticides et de leur utilisation, comme pour Sylvie qui habite à proximité des jardins urbains. Celle-ci voit comment les cultures sont traitées, évoquant au passage que non seulement les cultures maraîchères sont traitées mais également les arbres, dans ce cas les manguiers.

« Ça, ce n'est pas caché. Il suffit d'arriver dans les jardins, c'est-à-dire les salades, les choux, les concombres, tout est pompé pour tuer les trucs qui tournent autour. Pour que ça ne perfore pas, ça ne bouffe pas les feuilles des choux et consort. [...] J'ai vu des choses pompées. Même chez moi, il y a un jeune qui vient pour pomper les arbres, les manguiers. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 11.01.2016)

Dans le non loti, les jardins potagers et les champs sont attenants aux habitations au point que l'une des femmes qui habitent à côté raconte :

« L'an dernier, ils ont pompé les champs aux alentours des non lotis, les noix de karité sont tombées et les enfants les ont mangées. Ils ont commencé à faire la diarrhée. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, non loti, devant le domicile de Sabrina, 09.01.2017)

2.2 Les dénominations employées

Au cours des échanges en ville et en milieu rural, les appellations pour désigner les pesticides sont multiples parmi les femmes et les hommes. Ces produits sont parfois nommés par leur nom commercial, leur aspect, comme la « poudre », la « poudre rouge » utilisée pour traiter les semences, ou par l'insecte qu'il vise comme *límɔɔ gwɛ* (désigne la mouche blanche), ou bien par leur effet comme l'herbicide qui peut être appelé en dioula *bín fàga lan* qui signifie dans le présent contexte « la chose qui tue les herbes ». Il existe néanmoins certaines désignations plus distinctives même si la distinction n'est pas nette et peut être ambiguë entre les appellations utilisées.

a. Le médicament

L'utilisation des pesticides est souvent décrite et désignée en dioula comme *fla* (littéralement : traitement, médicament) des champs, de l'herbe, des semences et des céréales. L'utilisation du terme médicament apparaît ambigu quand il s'agit dans ce cas de produits pesticides qui tuent les végétaux et les insectes.

Parmi les utilisateurs rencontrés, ce sont principalement les femmes²⁴², en ville ou à la campagne, qui utilisent également le terme *fla* ou *fla kɪsɛ* (littéralement : grain de médicament, traitement) pour désigner les pesticides. Le terme « médicament » est utilisé généralement pour désigner les pesticides utilisés dans le traitement des semences et des céréales²⁴³ ; ce qui les distingue dans ce cas des herbicides et des insecticides utilisés pour lutter contre les insectes dans les cultures. Le « grain de médicament » (ou comprimé) fait référence aux produits utilisés pour la conservation des semences pour lutter contre les insectes, les rongeurs, les parasites ; il se présente sous la forme de boules lisses de la taille d'une bille. Les femmes qui connaissent ces comprimés racontent qu'ils dégagent un « gaz » (une odeur) très fort à tel point que l'une d'entre elles décrit l'effet et les gestes de retrait du commerçant lorsque celui-ci veut leur présenter le produit :

« D'autres mettent des produits dans le haricot. [...] Ah, des produits qui ne sont pas bons ! Parce que c'est un produit qu'on met dans un morceau de pagne, on attache ce pagne avant de mettre dedans. C'est conseillé de ne pas utiliser (consommer les grains) avant dans six mois. [...] Si tu arrives chez les vendeurs de produits, ça y est là-bas. Dès que tu arrives chez eux, il faut dire que tu veux « kouka ». Si tu arrives et que tu veux payer, ils font leur nez comme ça (elle fait un geste de recul de la tête), et puis ils enlèvent, ils mettent et on te donne. »

A propos du geste d'écartement qu'elle vient de faire : « Parce que ça sent et c'est quelque chose qui est très dangereux. C'est très dangereux. C'est utilisé contre les insectes. [...] C'est quelque chose on sait que c'est dangereux parce qu'en vendant, toi-même tu ne veux pas regarder. Tu mets tes yeux à ailleurs pour enlever. C'est quelque chose qui est mauvais. » (Causerie, village de Bama, 04.12.2016)



**Figure 20. Le produit « Kouka », 2017
Servais**

Nous avons pris la photo ci-dessus (figure 20) au cours d'une visite dans une boutique de pesticides à Bobo Dioulasso pour trouver « kouka ». Le commerçant me propose un produit qu'il appelle « phosphagène ». Lorsqu'il ouvre le flacon, alors que je veux m'approcher pour prendre une photo, un gaz violent s'échappe et me monte au nez, me provoquant un choc,

²⁴² Cette remarque ne vaut pas une généralisation.

²⁴³ Il s'agit de fongicides et d'insecticides.

comme si j'avais reçu un coup de poing. Je dois sortir de la boutique reprendre mon souffle. Ma respiration est bloquée, je suis sonnée... Sur l'étiquette figurent en gros une tête de mort encadrée des termes « danger » et « poison ». Je peux lire Bextoxin et les indications en anglais « for control of insects in Stored Grain. Processed Foods and Feed²⁴⁴ ». Le seul ingrédient indiqué est l'Aluminium Phosphide²⁴⁵ avec une teneur de 57%. Ce produit est fabriqué en Chine et distribué au Ghana (Extrait carnet de terrain, Bobo Dioulasso, 13.02.2017).

Certaines femmes qui utilisent la terminologie « médicament » ou « comprimé » rapportent que ce sont les commerçants auprès desquels elles achètent les produits à Bama ou à Bobo Dioulasso qui nomment ces produits ainsi. Cette référence au médicament se retrouve dans le nom même d'une entreprise qui vend des pesticides, SENEFURA²⁴⁶ qui signifie littéralement en dioula « médicament des cultures ».

Même si l'utilisation du terme médicament révèle une distinction entre d'une part les produits pour traiter les semences et d'autre part les céréales, elle n'est pas aussi distincte dans les échanges, sur le terrain. Parfois les herbicides ne sont pas mis sur le même plan que les insecticides, et considérés alors comme des « poisons », un autre terme utilisé pour désigner les pesticides de manière plus globale.

b. Le poison

Le terme « poison » est largement utilisé pour désigner les pesticides, en particulier ceux utilisés dans le cadre de la culture du coton. Le terme français est cité quand les personnes s'expriment dans cette langue, sinon dans le cas où les personnes parlent dioula, elles utilisent le mot *póscni* qui signifie poison. Le terme « poison », en français et en dioula, est utilisé dans le sens où les produits pesticides employés ont un effet potentiel mortel sur les êtres humains, notamment en cas d'ingestion²⁴⁷. Ce mot réfère également à son action destructrice sur le vivant tel que les insectes, les végétaux.

En outre, le terme *póscni* est issu d'une transcription dans la langue locale dioula, du mot « poison » qui est très souvent imprimé en toutes lettres sur les emballages

²⁴⁴ « Pour la lutte contre les insectes dans le grain entreposé. Aliments et aliments transformés ».

²⁴⁵ Selon le Pesticide Properties DataBase (PPDB) l'Aluminium Phosphide ou phosphore d'aluminium (en français) est très toxique. Il s'agit d'un organophosphoré toxique pour le cœur et les poumons. Les effets sur la reproduction et le développement sont possibles mais pas identifiés : <http://sitem.herts.ac.uk/aeru/ppdb/en/Reports/523.htm>.

²⁴⁶ *sêne* : culture, cultiver et *fúra* (synonyme de *fla*) : le traitement, le médicament.

²⁴⁷ Des cas de suicide de paysans ou d'accidents domestiques (parfois mortels) chez les enfants par ingestion de pesticides sont rapportés dans les villages.

des pesticides²⁴⁸ comme me l'ont fait remarquer des cultivateurs et l'indiquent les deux photos ci-dessous (figures 21 et 22).



Figure 21. Indication « poison » sur un sachet de pesticides, 2016 Servais



Figure 22. Indication « poison » sur le flacon de pesticides, 2016 Servais

Ce néologisme peut aussi bien faire référence au terme français et qu'anglais dans la mesure où c'est le même mot, et que des pesticides distribués au Ghana et dont les étiquettes sont en anglais circulent et sont vendus dans les commerces et sur les marchés burkinabè.

Cette référence au poison se retrouve également dans l'emploi du terme dioula *bàga jí* pour désigner les pesticides, en particulier en milieu rural. *bàga* en dioula désigne le poison, *jí* signifie eau, en rapport avec l'état liquide ; ainsi cette appellation fait d'abord référence aux pesticides sous leur forme liquide. A l'origine *bàga* en dioula signifie « poison », « plantes (vénéneuses) réputées toxiques », il fait également référence au « venin ». Ce terme s'est enrichi sémantiquement dans le sens où il désigne la nouvelle source d'empoisonnement que représentent, aux yeux de ses utilisateurs, les pesticides. La dénomination de ces produits simultanément par un terme dioula existant et par un néologisme atteste de leur intégration dans le langage et par extension de leur présence dans le contexte burkinabè. Ce processus révèle aussi qu'ils sont considérés comme dangereux par les utilisateurs. Selon Tourneux, l'utilisation du terme poison en dioula *bàga, pòsoni* pour désigner les pesticides « met immédiatement l'utilisateur en alerte ». Celui-ci souligne toute l'ambiguïté que peut revêtir en revanche, l'appellation²⁴⁹ « médicament » ou « remède » qu'il a pu relever dans une autre langue locale, (le fulfulde parlé par les Peulhs) pour désigner les pesticides. Il assimile cette ambivalence à celle portée aussi par le terme [pharmakon] qui signifie à la fois

²⁴⁸ Je ne peux pas dire si cette appellation est généralisée au Burkina Faso, étant donné qu'il existe d'autres langues comme le mooré dans la région de Ouagadougou ou encore le gourmantché dans la région de Fada.

²⁴⁹ « En fulfulde, le pesticide comme le médicament ou le remède s'appellent [lekki] » (Tourneux 2010 : 183).

poison et médicament (Tourneux 2010 : 183). Comme nous avons pu le relever, cette ambivalence est portée au sein même de la langue dioula avec les termes *fla*, *fúra* et *pósoni*, *bàga*.

Parallèlement à ces termes employés, l'expression « les produits des Blancs » est également usitée. Celle-ci recouvre une réalité plus large et complexe.

c. Les « produits des Blancs »

Les hommes et les femmes qui cultivent ou participent aux travaux des champs, utilisent très souvent l'expression en français les « produits des Blancs²⁵⁰ » ou les « produits pour les Blancs²⁵¹ » pour qualifier à la fois les engrais et les pesticides, sous-entendant ainsi la provenance occidentale de ces produits, comme l'expose Catherine :

« Les hommes d'avant n'avaient pas les mêmes idées que les hommes de maintenant. Les hommes d'avant n'avaient pas eu l'idée de fabriquer ces produits. Ce qui fait que les hommes de maintenant pensent : « est-ce que cette idée de fabrication des produits ne vient pas des Blancs ? » C'est ce que je pense. » (Entretien, village, 20.02.2016)

De même, catégorisée sous le terme « Blanche », j'ai été à plusieurs reprises interpellée, en tant qu'occidentale, lors des échanges sur la provenance et l'origine des pesticides, comme par Sylvie :

« Les pesticides-là, ça vient d'où ? Ce n'est pas de chez vous que ça vient ? C'est vous qui fabriquez, c'est vous qui nous empoisonnez. [...] C'est produit des Blancs en tout cas. C'est vous qui venez dire : « si tu utilises ça, les choses ne vont pas rentrer dans tes céréales ». C'est vous qui nous empoisonnez. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 11.01.2016)

Cette catégorisation opère une distinction entre ce qui relèverait du monde africain et du monde occidental, comme l'illustre cette conversation avec un cultivateur et une cultivatrice. Ceux-ci distinguent les engrais « traditionnels » qu'ils attribuent aux Africains et qui recouvrent le fumier organique issu de la décomposition des végétaux, et les engrais chimiques qui proviennent des projets locaux de développement agricole²⁵².

Anne : « il y a pour le traditionnel et il y a pour les Blancs (à propos des engrais). [...] (Pour le traditionnel) Nous faisons un grand trou et nous terrassons l'intérieur. Ensuite nous mettons

²⁵⁰ Au Burkina Faso, il existe un terme dioula *fàrafín* qui signifie « le Noir », « peau noire », « africain » pour désigner les Africains et *toubab* qui signifie « le Blanc », l'européen. Le terme *toubab* ou encore « le Blanc » est utilisé pour désigner quiconque n'adopte pas les attitudes et pratiques considérées comme africaines. Cette distinction entrée dans le langage courant n'a pas de connotation biologique mais elle est plutôt articulée à des pratiques et un contexte historique.

²⁵¹ On retrouve aussi cette appellation pour les médicaments délivrés par le système de santé.

²⁵² Par ailleurs, les intrants étaient vendus au Burkina Faso uniquement par des entreprises françaises qui avaient le monopole. Désormais ces entreprises sont devenues des multinationales comme Louis Dreyfus Commodities et Saphyto tandis que d'autres multinationales comme Bayer étaient en cours d'implantation pendant notre recherche.

des tiges [de mil] dans le trou et nous versons de l'eau sur ces tiges. Nous laissons pourrir les tiges en attendant la saison pluvieuse. Ensuite nous enlevons ces tiges et nous les versons dans le champ. Cela sert de fumier. [...] Pour les blancs, c'est de petites graines de couleur blanche (rises). Il y a d'autres graines qui sont de couleur noire ».

Ibrahim : C'est cela qui nous blesse. Vos choses-là (rises).

Anne : C'est ce qu'on appelle pour les Blancs. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, 11.12.2015)

Dans le cas des engrais, la distinction se situe également au niveau lexical. En effet, en langue dioula, *fàrafìn nógò* signifie « fumier africain » et désigne tous les déchets organiques (déchets du coton, excréments d'animaux, décomposition des végétaux) qui peuvent servir d'engrais et qui ont été préparés, fabriqués ou conçus par les cultivateurs africains (ici burkinabè) de façon traditionnelle. Pour les produits attribués aux occidentaux, ils sont généralement appelés en français *engrais*. Ce terme recouvre l'engrais chimique NPK et l'urée.

Cette distinction entre les produits africains et les produits occidentaux repose d'une part, sur la différence des pratiques culturelles, et, d'autre part, sur le remplacement des anciennes pratiques par de nouvelles apportées dans le cadre de projets de développement agricole qui ont promu notamment l'utilisation des intrants.²⁵³ Ces anciennes pratiques étaient basées sur les rituels agraires, l'observation de la nature, l'utilisation des produits organiques et la connaissance des plantes et de leurs usages ; elles n'utilisaient pas de produits issus de la chimie de synthèse comme l'évoque Ibrahim :

« Donc eux (les aînés), ils ne connaissaient pas les poisons. [I]l y avait des feuilles qu'on pilait pour avoir la poudre. On mettait cette poudre en terre pour que les insectes ne détruisent pas les semis. On mélangeait cette poudre avec les semis avant de semer [...] C'est l'aisance que nous voulons maintenant. Donc pour continuer avec cette ancienne pratique, cela est devenu difficile pour nous maintenant. Quand le Blanc est venu avec ses produits, nous avons constaté que pour lui, c'est bien car ça ne nous fatigue plus comme avant. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, 04.02.2016)

L'appellation « produits des blancs » qui désigne les pesticides et les engrais est associée aux nouvelles pratiques culturelles qui ont remplacé les anciennes pratiques locales. Sanon montre en effet comment l'introduction de nouvelles technologies comme la culture attelée, le semis en ligne, et les intrants²⁵⁴ ont bouleversé les pratiques et rites agricoles chez les Bobo et le rapport du paysan à la terre (Sanon 2009). Ces techniques ont pris la place de certaines pratiques

²⁵³ Au Burkina Faso, sont présents des projets de développement de mouvance agroécologique, d'une part. D'autre part, les projets issus de la révolution verte africaine « African Green Revolution » entendent soutenir la production agricole pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et s'appuient sur l'utilisation des intrants. Ces derniers sont introduits par des organismes internationaux, souvent occidentaux et soutenus par les organismes locaux.

²⁵⁴ L'introduction de ces nouvelles pratiques culturelles dans la région de Bobo Dioulasso a reposé sur des sessions de formations des paysans et la création, en 1969, du « centre de formation agricole de Matourkou » (Sanon 2009 : 212).

culturelles et rituelles qui permettaient de lutter contre les dommages sur les récoltes dans les champs et dans les greniers²⁵⁵, et de régénérer la terre (Sanon 2009). Certaines pratiques sont encore appliquées ou du moins en partie²⁵⁶, comme la technique de conservation des céréales.

Dans sa thèse récente réalisée au Burkina Faso sur la culture du coton et les nouvelles technologies agricoles, en particulier les herbicides, Luna retrouve aussi cette distinction faite par les cultivateurs entre les produits des Africains et ceux des Blancs. Pour cette auteure, les cultivateurs de coton mais aussi les techniciens qui travaillent dans la filière coton opposent aux produits des Blancs, le travail du labour, qui caractérise le travail agricole des Africains et le classe du côté du noir et de l'impur. Ce travail est pénible, moins productif (de richesses) et les maintient dans la pauvreté. Ils assimilent en revanche les produits des Blancs, dans ce cas les herbicides, à la pureté, à la modernité. Ils considèrent que ces produits les aident à réduire le travail physique et à accéder à la richesse matérielle, démontrant aussi le savoir technique associé à l'occidentalité (« westernness ») (Luna 2018).

d. L'introduction des pesticides au Burkina Faso

L'introduction et l'usage des pesticides et des engrais, réunis sous l'appellation d'intrants, sont par ailleurs fortement associés à l'histoire du coton comme le racontent des hommes plus âgés dans les entretiens qui suivent. Ceux-ci décrivent à travers leur propre expérience, l'introduction des pesticides dans la culture cotonnière et les effets à l'époque sur la santé des utilisateurs.

M. Kambou âgé de plus de 80 ans a travaillé dans une entreprise d'égrenage de coton à partir de 1952, et M. Bouda (qui l'accompagne le jour de l'entretien) proche de la retraite est encore employé dans l'une des entreprises d'égrenage. M. Kambou a connu l'époque florissante du coton. Il a vu l'arrivée et l'utilisation des intrants (pesticides et engrais) quand la production cotonnière a augmenté de manière significative, « *quand le secteur (du coton) est devenu solide* ». M. Kambou mentionne l'utilisation du DDT²⁵⁷ à ce moment-là : « *tout ce qui était parasite [insectes, termites] était tué.* » Il souligne que « *ce n'était pas prévu que c'était dangereux* ». Et il ajoute [...] « *quand on a su que c'était dangereux, on a détruit*

²⁵⁵ Sanon décrit le processus complet de conservation des céréales. Les greniers étaient d'abord confiés à un « enfant chanceux » qui manipulait les grains. Puis pour préserver la récolte des insectes et des mauvais esprits, les paysans désinfectaient les nouveaux greniers (en banco) en brûlant l'intérieur. Les parois internes des greniers étaient ensuite enduites de crottes de poules pour lutter contre les termites. Les grains étaient par ailleurs saupoudrés avec un mélange de cendre et de végétaux à l'action répulsive (le plus fréquemment utilisé : le caïlcédrat – *Kaya senegalensis*) (Sanon 2009 : 205).

²⁵⁶ Les rituels agricoles avant de commencer les travaux des champs sont encore en pratique dans le village principal où j'ai mené mon travail de terrain.

²⁵⁷ Il se rappelle que le DDT était également utilisé par le Centre Muraz contre les glossines (les mouches tsé tsé) dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil. Le DDT est un pesticide organochloré très toxique comme nous allons le préciser quand nous définirons les pesticides.

tous les stocks. » Il précise que « *le coton est venu avec les masques* » signifiant que le coton et les pesticides sont indissociables. Néanmoins, à cette époque ils se sont heurtés à l'opposition des paysans : « *On avait mis des stocks [d'intrants] en brousse mais les paysans refusaient.* » M. Bouda explique que certains pesticides n'étaient pas acceptés par les paysans parce qu'ils leur donnaient des vertiges. Il complète cet épisode en parlant des campagnes de destruction par les paysans eux-mêmes de ces produits destinés à lutter contre les nuisibles. Pour lui certains produits utilisés avaient un effet sur la santé, « *c'était flagrant* ». Ils ont été retirés. Il précise qu'il y a eu ensuite beaucoup de produits qui ont été interdits par l'OMS²⁵⁸. M. Kambou évoque ensuite l'introduction de nouveaux pesticides pour traiter la graine de coton à l'usine. M. Bouda précise que ces produits étaient destinés à la protéger des nuisibles et commente « *là ce n'était pas très protégé. C'était fait artisanalement. On trouvait les gens tout rouges de produits. Les masques étaient aléatoires, c'étaient des masques à poussière.* » (Entretien, Bobo Dioulasso, au domicile de M. Kambou, 18.05.2016)

Dans un village où le coton était déjà cultivé à l'époque précoloniale²⁵⁹, un vieil homme âgé de plus de 70 ans, a vu arriver les pesticides dans les années 1960 pour lutter contre les insectes qui attaquaient le coton²⁶⁰. Il se rappelle que ces produits se présentaient sous forme liquide dans des boîtes : « *Quand tu mets l'eau c'est comme du lait* ». Il raconte que ce sont les « *encadreurs* » qui sont venus dans les champs montrer aux cultivateurs comment utiliser les pesticides. Il se souvient que « *l'appareil pour pomper était aussi là* » et lorsqu'ils épandaient, « *tes poumons n'arrivaient pas à respirer à cause du gaz* ». Ils buvaient du lait sinon « *tu allais tomber* » (Entretien, village région Safané, 22.12.2016).

Ainsi cette appellation « produits des blancs » renvoie aux colonisateurs dans le sens où elle peut être resituée dans ce contexte de double transformation qu'ils ont amorcée pendant l'époque coloniale : celle des pratiques culturelles liées à la culture du coton transformée en culture de rente. Après une première tentative dans les années 1920, ratée, et qui s'était accompagnée d'exactions graves²⁶¹, les colonisateurs à travers la CFDF (Compagnie Française pour le Développement

²⁵⁸ L'OMS n'interdit pas les pesticides mais elle évalue leur toxicité. Ce sont les administrations nationales (ou dans certains cas multilatérales) qui les interdisent.

²⁵⁹ Le coton était alors une « culture secondaire » car elle avait un faible rendement mais ne nécessitait pas beaucoup de travail. Tissé en bandes dans les villages, celles-ci étaient ensuite utilisées localement dans la production d'habits et de linceuls funéraires. Elles servaient également de monnaie d'échange dans les transactions commerciales avec les autres pays africains (Schwartz 1994 : 109).

²⁶⁰ Ce coton n'était plus la variété locale utilisée du temps précolonial mais était l'un des cotons améliorés qui ont été introduits quand le coton est devenu une culture de rente.

²⁶¹ Schwartz parle du coton comme d'une « culture affectivement chargée » à cause, selon lui, de son histoire locale précoloniale puis coloniale transmises et propagées à travers la culture orale burkinabè (Schwartz 1994 : 109). Sur le terrain, j'ai rencontré un homme centenaire qui parlait notamment des événements traumatiques qu'il a vécus, liés à l'introduction forcée du coton comme culture de rente dans les années 1920 (Extrait carnet de terrain, village région Safané, 22.12.2016).

des Fibres Textiles) ont relancé en 1951, le projet de culture de rente cotonnière. Celui-ci s'est ensuite développé avec une production qui a progressivement augmenté jusqu'à la fin des années 1960 avant de devenir un pilier important de l'économie burkinabè à partir des années 1970 (Schwartz 1994 : 111-112). Cette évolution s'est appuyée, dès les années 1950, l'ère coloniale touchant à sa fin, sur l'implantation de techniques culturales nouvelles basées en partie sur l'utilisation de semences améliorées et d'intrants (pesticides et engrais). Un organisme scientifique colonial, l'IRCT (Institut de Recherches du Coton et des Textiles exotiques), créé en 1946²⁶² a accompagné cette évolution par des travaux de recherche qui visaient à améliorer les variétés de coton, les techniques culturales, et la « protection phytosanitaire » (Schwartz 1994 : 111). De même des encadreurs ont été envoyés plus tard sur le terrain pour soutenir les cultivateurs de coton dans l'application des nouvelles techniques sur l'ensemble de leurs cultures (Schwartz 1994 : 114).

D'autres cultures de rente ont été par ailleurs développées plus tardivement comme celle de la canne à sucre²⁶³ qui a commencé en 1969 et le maraîchage²⁶⁴ (en particulier le haricot vert destiné à l'exportation); nécessitant elles aussi l'emploi de pesticides (Paré 1985 : 62). Néanmoins c'est la culture du coton qui était et demeure la grande pourvoyeuse de pesticides à cause de la « pression parasitaire forte » qu'elle subit (Schwartz 2000 : 196). Selon Moseley et Gray, cet usage est dû à la vulnérabilité aux nuisibles des variétés améliorées qui ont été introduites (Moseley and Gray 2008 : 15). Elles le sont d'autant plus aujourd'hui que les nuisibles ont développé des résistances aux produits qui ont été successivement utilisés au cours des décennies. Suite à l'utilisation de produits organochlorés, dont le plus connu le DDT, des résistances sont apparues, entraînant leur remplacement par des pyréthrinoïdes qui ont amené de nouvelles résistances ; conduisant au recours en 1998 à un produit interdit qui appartient à la famille des organophosphorés, l'Endosulfan, afin de lutter contre le phénomène de résistance de la chenille carpophage *Helicoverpa armigera*, l'un des principaux nuisibles du cotonnier (Schwartz 2000 : 27).

2.3 Des produits considérés comme néfastes

L'appellation « poison » pour désigner les pesticides, montre que ces produits sont considérés aussi pour leur nocivité en particulier par les femmes et les hommes qui sont en lien avec le travail agricole (milieu urbain et rural). La perception de la

²⁶² Un institut est implanté à Bobo-Dioulasso en Haute-Volta en 1960 (Schwartz 1994 : 111)

²⁶³ Actuellement, la culture de la canne à sucre, développée sur 3850 ha, nécessite l'importation annuelle de 23 tonnes d'herbicides et de 23 tonnes d'insecticides (Ouedraogo et al. 2012 : 2) (Ouedraogo et al. 2014 : 145).

²⁶⁴ Le maraîchage a été introduit par les pères blancs et les fonctionnaires coloniaux dans les années 1920-1930 dans une logique de consommation personnelle. Le développement du maraîchage, dans une logique productiviste et commerciale date des années 1970 (Congo 2013).

nocivité de ces produits se construit également par les nuisances environnementales observées par les cultivateurs (hommes et femmes) et les effets sur la santé de l'homme.

a. Les nuisances environnementales

L'expression « La terre est gâtée » est souvent employée pour décrire de manière globale un sol qui « donne moins » au niveau des récoltes, aussi bien dans les champs que dans les potagers ; obligeant les cultivateurs et les jardiniers à recourir aux engrais et aux pesticides (herbicides, pesticides pour traiter les semences). L'une des formes de dégradation observée par les anciens mais aussi des plus jeunes est l'appauvrissement des sols et l'apparition de plantes nuisibles. Ce qui se traduit par l'impossibilité de faire pousser du mil, comme le déplore cette cultivatrice :

« Aujourd'hui, les plantes ne réussissent pas. Tu peux semer le mil, lorsque ça veut commencer à donner, il meurt sur place. » (Causerie, village de Bama, 04.12.2016)

De même, Moussa, qui est cultivateur, constate qu'aujourd'hui :

« Quand on cultive le mil, il y a un phénomène qui arrive. C'est une herbe qui apparaît et qui gâte le mil. » (Entretien, village, 25.06.2016)

Les anciens, hommes et femmes rencontrés, déplorent les pratiques culturelles actuelles qui selon eux jouent un grand rôle dans ces phénomènes. Ces pratiques ont abandonné la jachère au profit de l'agrandissement des surfaces cultivables et de la monoculture. L'irrégularité des pluies est également un facteur évoqué, de même le recours aux engrais et pesticides.

Pour Adja, « *Toute la terre est déjà gâtée, pour ça* », le « ça » désignant les engrais. Son mari Ibrahim confirme et précise : « *Pomper, coller, brûler l'herbe, tout ça, ça part rester sur le sol* ». Il pense néanmoins que c'est l'abandon des rituels agricoles qui a provoqué cette situation :

« C'est ça même qui a tué la terre. [La terre] C'est pour Dieu. L'être humain ne peut pas gâter ça. Mais ce sont nous-mêmes qui avons tué la terre. [...] Chez nous ici, ils partent tuer quelqu'un en brousse, ils partent chercher les femmes en brousse, la brousse est sale. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, 31.03.2015)

Ces propos semblent se référer en partie aux mêmes règles relevées par Alfieri et édictées chez les Bobo-Vore²⁶⁵ selon lesquelles si « les interdits majeurs » sont transgressés, c'est-à-dire « le vol, les rapports sexuels et la mort en brousse », les bienfaits de l'entité²⁶⁶ en lien avec la « Nature » sont interrompus (Alfieri 2005 : 344-

²⁶⁵ Les Bobo-Vore habitent la région de Bobo Dioulasso.

²⁶⁶ L'entité appelée « Saga », est « principal responsable de la profusion de la Nature à l'égard des hommes », « du flux spontané des richesses naturelles » ; à condition que les humains respectent les règles que cette entité a fixées. Les transgressions assimilées au « désordre » telles que « le vol, les rapports sexuels et la mort

345). Dans cet échange avec Adja et Ibrahim, l'usage des engrais et des pesticides, ainsi que la coupe des arbres, semblent toutefois s'ajouter aux comportements qui constituent généralement les transgressions majeures décrites par Alfieri ; ce qui pourrait montrer l'importance et la gravité que recouvrent aujourd'hui l'utilisation de ces produits par rapport à la « Nature ».

Par ailleurs, en milieu rural, les femmes constatent dans leurs activités de cueillette que les pesticides portent atteinte à la flore environnante ; en particulier les feuilles sauvages qu'elles utilisent pour confectionner leurs sauces.

Les cultivatrices : « ça (les feuilles) ne pousse plus chez nous parce que les gens pompent les champs, ça tue les feuilles de brousse pour la sauce. »

Fatou, 54 ans : « si nous ne cultivons pas l'oseille où allons-nous trouver ça ? C'est quand il pleut que nous pouvons trouver les feuilles de banougou ²⁶⁷, en nous promenant. [...] On n'en trouve même plus (avec la première pluie). Avant, ça poussait dans les champs de mon papa, moi-même je remplissais ma bassine avec ça. Les gens vont pomper les champs, à cause de ça, ça ne pousse plus. C'est comme les herbes. [...] Quand ils sèment, ils vont pomper les champs. Façon dont ça tue les herbes, c'est même façon que ça tue l'oseille sauvage. » (Causerie, village, 18.03.2017)

Cette raréfaction due à l'usage des pesticides est connue pour ses impacts sur l'économie des ménages en milieu rural, comme l'expose un responsable de la SONAGESS à Ouagadougou :

« A cause des herbicides, il y a un manque de plantes comestibles, c'est-à-dire des feuilles pour la sauce. Mais cette absence de feuilles est compensée par l'achat des condiments. D'où le besoin d'argent qui se fait ressentir dans les ménages. » (Entretien, Ouagadougou, bureau de la SONAGESS, 07.02.2017)

En milieu rural, cette disparition est perçue surtout chez les cultivatrices plus âgées pour lesquelles la cueillette des feuilles constituait une activité à part entière dans les tâches agricoles qui leur étaient dévolues. A présent, les femmes ont tendance à acheter les condiments pour la sauce non seulement parce qu'elles en trouvent moins, mais aussi faute de temps consacré à la cueillette « des produits de brousse » (Traoré 2010).

De plus, en milieu rural, les femmes et les hommes ont remarqué des déséquilibres au niveau de la faune biologique, notamment la raréfaction ou la disparition d'insectes. Certains paysans constatent la diminution du nombre des termitières ; celle-ci est d'autant plus remarquable pour eux qu'ils les utilisent pour nourrir leurs poules. Des cultivatrices évoquent la diminution du nombre des papillons et des

en brousse » sont davantage soumises aux sanctions que celles qui participent à la dégradation de la « Nature » telles que « les excès de prélèvement, que ce soit sur le monde animal ou sur le monde végétal » (Alfieri 2005 : 344-345).

²⁶⁷ Il s'agit de feuilles semées et coupées dans la brousse et destinées à préparer une sauce d'aspect gluant comme la sauce gombo.

abeilles, et imputent ces changements en partie à l'utilisation des pesticides, comme l'illustrent les propos suivants lors d'une causerie au village :

Sita, une vieille femme : « Ce sont les poisons qu'on utilise pour pomper les champs, qui tuent les chenilles. Les poisons tuent beaucoup de choses de nos jours. [...] Avant, on retrouvait les papillons partout pendant la saison des pluies. De nos jours, tous ces papillons ont disparu. On ne voit plus les papillons. [...] Avant, il y avait des abeilles. Si on pompe, les abeilles viennent sucer les fleurs. En suçant ces fleurs, les abeilles meurent. » (Causerie, village, 26.08.2016).

Selon des cultivatrices à Bama, cette disparition des insectes est liée aux nouvelles pratiques commerciales. Elles notent en effet que désormais :

« Les gens veulent des légumes qui sont jolis, qui n'ont aucune marque (d'insecte). » (Causerie, Bama, 04.12.2016)

A l'inverse, certains insectes ont proliféré, comme la mouche blanche et les chenilles qui s'attaquaient principalement au coton et sont devenues nuisibles pour toutes les cultures. Dans ce cas, la prolifération est mise en lien avec le manque de pluie qui ne chasse plus les insectes ou encore avec l'augmentation des parcelles cultivées comme le souligne cette cultivatrice :

« Maintenant, il y a beaucoup de personnes qui cultivent. Avant, il n'y avait pas beaucoup de monde. Actuellement il y a beaucoup de personnes qui cultivent partout. » (Causerie, Bama, 04.12.2016)

Ces perturbations de la faune imputées aux pesticides sont également relevées à Bobo Dioulasso, par Blahima, qui travaille dans un atelier situé au milieu d'un parc bordant la rivière du Houët qui héberge des silures sacrés. De l'autre côté de cette rivière, les jardiniers s'affairent quotidiennement autour de leurs potagers.

Blahima raconte qu'il n'entend plus les crapauds dans la rivière. D'après lui l'eau est polluée par les pesticides. Il sent leur odeur quand les jardiniers pulvérisent leurs parcelles. Il pense que c'est à cause de ces produits que les lézards sont moins nombreux et plus petits que ceux qu'il a connus avant. Il a entendu parler des pesticides à la radio, sur RFI qu'il écoute chaque jour. Il évoque aussi un épisode où les silures sacrés ont toutes été tuées par l'eau de la rivière ; celle-ci avait été contaminée par des sacs contenant des pesticides lavés en amont, au niveau de l'usine de formulation qui fabrique ces produits²⁶⁸ (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, dans son atelier, 16.02.2015).

²⁶⁸ Cet épisode est mentionné par Ko : « la Société [...] avait été indexée pour le déversement des pesticides dans le marigot Houët et qui avait provoqué la mort des poissons sacrés » (Ko 2008 : 5-6). Une étude avait révélé que ces sacs contenaient des résidus de calthio (lindane + thirame) toxiques pour l'homme et les poissons (Tarnagda et al. 2002). En outre, ces silures font l'objet de nombreux articles dans la presse en tant qu'espèce régulièrement menacée par les pollutions multiples (domestiques, industrielles, agricoles) que subit le Houët.

b. Les effets directs sur la santé humaine

La dangerosité des pesticides est également reconnue par les cultivateurs à travers les effets immédiats sur la santé humaine qu'ils provoquent en cas d'ingestion. Les propos de Karim, 43 ans, concernant les pesticides, illustrent la crainte qu'entretiennent les cultivateurs par rapport à ces produits : « *Nous avons trop peur avec les insecticides. C'est trop efficace, ce n'est pas un amusement.* » Il travaille avec depuis 20 ans. « *Il faut les protéger des aliments sinon ça tue* » (Entretien, à son domicile, village, 21.11.2015). Les récits relatant des suicides de paysans qui se sont donnés la mort en buvant des pesticides, ou encore des accidents domestiques avec ces produits qui affectent particulièrement les enfants, alimentent la crainte à l'égard de ces produits considérés dangereux. De même ceux-ci provoquent de nombreux effets sur le corps des paysans au cours de leur utilisation. Lors d'échanges avec des cultivateurs, ceux-ci décrivent des brûlures, des démangeaisons, des problèmes respiratoires, de nerfs, de maux de tête, des difficultés pour dormir.

Un autre cultivateur, âgé d'une quarantaine d'années, s'exprime sur les pesticides et leurs effets néfastes sur la santé :

« Le poison fatigue l'être humain. Moi-même, je suis jeune. Mais mon dos me fait mal et la douleur descend jusqu'au niveau des pieds. Cela est dû au fait de pomper les champs. Donc, ce qui est mieux, si on pouvait abandonner cela et chercher à faire autre chose qui est plus facile. [...] Si un jeune continue de faire ce travail pendant 5 ans, il ne pourra pas tenir sur ses pieds. Je pompe il y a plus de 20 ans. [...] Nous pompons le maïs, même le haricot, nous pompons tout cela. Le jour où tu pompes le champ, la nuit tu ne peux pas dormir. [...] Ce que moi je ressens, tous ceux qui cultivent le coton, ressentent la même chose. [...] Nous parlons entre nous. Par exemple si je ressens quelque chose et je parle de cela à quelqu'un d'autre, lui aussi il dit qu'il ressent la même chose. Quelqu'un peut dire aussi qu'il a mal au dos en descendant aux pieds. [...] Si le poison touche ton corps, tu vas te gratter toute la journée. »
(Entretien, dans un champ aux abords du village, 01.12.2016)

De même le chef du village, 46 ans, grand cultivateur de coton, raconte que la société cotonnière leur a recommandé de ne pas mettre les produits dans leur chambre parce que « *ça rend l'homme impuissant* ». Il fait remarquer que même si ce n'est pas dans la chambre, ce sont eux qui pompent, et qu'ils sont toujours en contact avec les produits (Entretien, à son domicile, village, 18.03.2017).

Certains cultivateurs évoquent également des problèmes liés à leur sexualité suite aux journées d'épandage dans les champs : « *La nuit, il n'y a plus de force (rires). Ça (les pesticides) affaiblit carrément* ». Ou encore : « *ça affaiblit le sexe de l'homme* ».

En outre, certains cultivateurs ont aussi connaissance de la dangerosité des produits par l'intermédiaire des Agents Techniques Coton (ATC) de la société cotonnière, qui assistent techniquement les cultivateurs de coton, ou encore par le

biais de formations dispensées par les sociétés qui vendent les pesticides²⁶⁹. Celles-ci dépêchent sur place des animateurs dans les potagers urbains et en milieu rural, en plus des commerçants qui viennent les démarcher. Les cultivateurs retiennent que ces produits sont effectivement dangereux mais ne savent pas précisément en quoi : « *Ils (les formateurs) disent juste que ça rend malade* ». Sidiki a assisté il y a quelques mois à une séance de formation dans le village voisin pour laquelle il a reçu un certificat de participation qui porte la mention « Applique Bien ». Il a retenu que « *c'est le gaz qui est dans le produit qui est dangereux. [...] Ce gaz rentre par la peau, il donne des maux de ventre et des maux d'yeux chez les hommes* ». C'est pourquoi, il ajoute : « *il faut ranger le pulvérisateur et les vêtements²⁷⁰ de travail à part* » (Entretien, village région Bama, à son domicile, 15.06.2016).

De même Karim, 43 ans, reçoit la visite des ATC :

« Les ATC de la (nom de la société cotonnière) disent qu'il faut lire toutes les précautions sur le sachet. Mais si tu ne sais pas lire, ce sont les ATC qui indiquent comment on doit utiliser. » Ceux-ci lui prodiguent des conseils : « Normalement là où tu dors, tu ne dois pas disposer les produits dans cette maison. Tu dois trouver un coin là où personne ne dort. [...] C'est pour notre santé. Ça peut donner des maladies. » Karim a également assisté à la formation : « ils (les animateurs) ont montré comment les gens peuvent entretenir les produits pour qu'ils ne provoquent pas de maladies. Ils ont parlé en dioula. [...] Ils ont parlé de l'entretien des produits, de faire une étagère et de ne pas déposer les produits au sol. » Les consignes consistaient également à tenir les produits loin des enfants et des femmes. « Tu vas traiter ton champ de haricots et dans quelques minutes les femmes partent dans ton champ pour prendre les feuilles pour faire la sauce, ça peut amener des maladies. Tu dois aller voir le propriétaire du champ pour voir s'il a duré à traiter. Si tu rentres et le champ a été traité il y a quelques heures, ça peut provoquer des maladies. »

De plus, il explique que ce sont les hommes qui font les traitements parce que

« C'est tellement dur, les femmes ne peuvent pas. C'est trop dur même. L'appareil de traitement c'est lourd. Ça vaut 16 litres d'eau et puis tu mets les produits dedans et tu portes. D'autres ont des enfants, tu peux commencer le travail et l'enfant a besoin de téter, il faut déposer l'appareil. Si tu commences le traitement, tu ne peux plus manger, ni boire, ni fumer. [...] Si tu finis de traiter, tu pars à la maison, tu pars te laver. » (Entretien, village, à son domicile, 28.05.2016)

La plupart des cultivateurs ont retenu qu'il était nécessaire de se protéger mais ils déplorent le manque de protection (vêtements, bottes, masque, et parfois

²⁶⁹ D'après les agronomes qui travaillent dans deux d'entre elles, ces entreprises poursuivent un triple objectif : pédagogique, technique et commercial (extraits carnet de terrain, Bobo Dioulasso, 17.06.2017 et 29.07.2016).

²⁷⁰ Une fois qu'ils ont été bien lavés avec du savon.

pulvérisateur agréé qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter²⁷¹) : « *On a appris qu'il fallait se protéger mais on n'a pas de matériel* ».

Par ailleurs, Daouda, de la communauté Peulh²⁷² qui habite les environs, raconte que « *les vétérinaires qui vaccinent les animaux disent que ce n'est pas bon les herbicides, ni pour les animaux, ni pour les hommes* ». Il précise qu'ils sont plusieurs à avoir remarqué que « *quand les animaux mangent les herbes qui ont été pompées, ils sont malades et tremblent* » (Entretien, campement près du village, 16.06.2016).

En résumé, en remontant la piste des « poisons », nous avons pu relever l'existence et la présence des pesticides dans les discours, en ville comme à la campagne. Leur usage crée une inquiétude certaine par rapport à l'alimentation et leurs éventuels effets sur la santé. Pour les cultivateurs (les hommes et les femmes), l'appréhension du risque lié à ces produits toxiques considérés comme des poisons est à re-situer par rapport à un intérêt plus important et immédiat qui est celui pour eux d'assurer leurs récoltes. Cet usage des pesticides est souvent présenté comme un non choix, les expressions « on va faire comment ? », « on n'a pas le choix » sont des réponses fréquentes. Perretti-Watel rappelle que la construction du risque et sa représentation dépendent aussi de la relation au temps, de la perception du temps futur (Perretti-Watel 2000). Pour les paysans, ce qui importe avant tout c'est de s'assurer autant que possible d'une sécurité matérielle immédiate dans un contexte socio-économique et environnemental précaire. Dans ses travaux, Luna montre également que les cultivateurs de coton, implantés dans une zone cotonnière historique²⁷³, utilisent les herbicides parce qu'ils leur évitent le travail de labour et rendent de ce fait la préparation des champs moins pénible. Elle observe une utilisation massive de ces produits dans un contexte où la main d'œuvre fait défaut à cause des mutations en cours de la société rurale. Au point que les cultivateurs de coton appellent les herbicides leurs « enfants ». De plus, ils ignorent les effets délétères à long terme de ces produits et voient en revanche les effets immédiats dans leur travail (Luna 2018).

Par ailleurs, hormis l'exposition aux pesticides des hommes dans les champs, seule une éventuelle contamination des aliments et de l'environnement par les pesticides est évoquée. Or, l'approche ethnographique montre l'omniprésence de ces produits toxiques, en milieu urbain et rural, qui selon certaines situations d'exposition constituent un risque majeur pour la santé des femmes, et de leurs enfants.

²⁷¹ La tenue de sécurité proposée aux paysans par l'une des sociétés coûte 35 000 FCFA hors taxes, elle comprend une tenue (un pantalon et une chemise), des gants et un masque à cartouches.

²⁷² Ils ont pour principale activité l'élevage de bœufs et de chèvres. Dans ce campement, ils cultivent également le maïs. En revanche, ils disent ne stocker aucun pesticide parce qu'ils ont vu les effets sur les animaux et « ça doit avoir des effets sur les humains » (Entretien, campement près du village, 16.06.2016).

²⁷³ Ce qui n'est pas le cas dans la zone où nous avons réalisé notre travail de terrain. La culture du coton a été développée tardivement dans cette zone qui traditionnellement ne le cultivait pas.

II. Matérialité des pesticides et formes d'exposition sur le terrain

Selon Schiffers, « [i]l faut d'emblée distinguer le « danger », qui est relatif à la toxicité intrinsèque d'une substance ou d'un produit, et le « risque » résultant de son utilisation dans des conditions données. D'une manière générale, c'est l'exposition du manipulateur au produit, ou du consommateur au résidu de la substance dans son alimentation, qui déterminera le « risque » » (Schiffers 2012 : 7). Dans cette partie, il s'agit de définir au préalable les pesticides et de préciser en quoi ils représentent un danger pour la santé humaine dans le sens où l'entend Schiffers. Puis, nous aborderons leur matérialité dans le contexte du Burkina Faso, c'est-à-dire leur présence que nous avons observée sur le terrain de recherche, les conditions de leur utilisation mais aussi d'exposition des populations, en se focalisant sur les femmes. Nous examinerons alors en quoi ils peuvent constituer un risque pour les femmes et la procréation dans un tel contexte.

1. Les pesticides, des produits dangereux

Selon une définition exhaustive de l'OMS²⁷⁴, le terme pesticide recouvre un ensemble de substances chimiques (naturelles ou de synthèse) utilisées dans l'agriculture, l'industrie agroalimentaire et en santé publique, destinées à combattre des nuisibles d'origine animale, végétale ou encore des insectes. Les pesticides sont également destinés à un usage domestique, pour le jardinage, les animaux ou encore pour l'élimination des nuisibles au sein du foyer. Il s'agit d'un terme générique qui comprend les produits phytopharmaceutiques²⁷⁵ et les produits biocides²⁷⁶; dénominations sous lesquelles ils sont réglementés au sein de la

²⁷⁴ Substance ou mélange de substances ou encore de micro-organismes, pouvant comprendre des virus, qui est destinée à repousser, détruire ou combattre les ravageurs, y compris les vecteurs de maladies humaines ou animales, les nuisibles, les espèces indésirables de végétaux ou d'animaux causant des dommages ou se montrant autrement nuisibles durant la production, la transformation, le stockage, le transport ou la commercialisation des denrées alimentaires, des produits agricoles, du bois et des produits ligneux ou des aliments pour animaux ; ou qui peut être administré aux animaux pour combattre des insectes, des arachnides ou d'autres endo- ou ectoparasites. Ce terme couvre aussi les substances destinées à être utilisées comme régulateurs de croissance pour les insectes ou les végétaux, comme défoliants ou comme dessiccants, les agents servant à pratiquer la mise à fruit, un éclaircissage des fruits ou à éviter leur chute prématurée ; ainsi que les produits appliqués sur les cultures avant ou après la récolte pour que les denrées ne se détériorent pas pendant le stockage ou le transport. Il couvre également les agents synergistes et phytoprotecteurs associés à certains pesticides, lorsqu'ils sont nécessaires aux bonnes performances de ces pesticides (WHO 2010 : vii ; viii).

²⁷⁵ Pesticides à usage agricole et non agricole (produits phytopharmaceutiques à usage humain et vétérinaire) encadrés au niveau européen par le règlement (CE) n° 1107/2009. Néanmoins cette appellation nous paraît problématique dans le sens où ces pesticides n'ont pas pour objectif de soigner mais de tuer les végétaux et les insectes.

²⁷⁶ Pesticides destinés à tous les usages non agricoles (insecticides, désinfectants à usage domestique et industriel). Ils sont soumis à la réglementation européenne (CE) n° 528/2012.

communauté européenne. Nous aborderons uniquement les pesticides en lien avec notre sujet, c'est-à-dire les produits utilisés dans le cadre des activités culturelles.

Comme le souligne un rapport du Sénat français sur les pesticides, de par son étymologie, le mot pesticide induit qu'il est un produit dangereux (Bonnefoy 2012). Il est en effet issu de la composition d'un mot anglais *pest* qui signifie « *insecte ou plante nuisible, parasite* » et du suffixe *-cide*, du latin *caedere* qui veut dire « *frapper, abattre, tuer*.²⁷⁷ » En outre, le suffixe *-cide* est également d'usage pour l'une des classifications des pesticides les plus couramment utilisées. Celle-ci est basée sur le nuisible, cible contre lequel le produit doit lutter. Ses principales cibles sont des organismes vivants : végétal, champignon, insecte, petit rongeur. La classification est la suivante : les herbicides contre les herbes, les fongicides contre les champignons et les moisissures, les insecticides contre les insectes, les nématocides contre les nématodes (les vers), les molluscicides contre les mollusques (les limaces), les germicides contre la germination des graines et les rodenticides contre les rongeurs. De plus, l'action du pesticide consiste en général à interagir dans un processus biochimique de la cible. Mais à l'intérieur de chaque classe de produits, il existe un large éventail de structures chimiques et d'effets potentiels sur la santé (Schettler et al. 2000 : 107).

L'usage de l'une des premières substances pesticides remonte à l'Antiquité ; il s'agit de l'arsenic utilisé d'abord comme médicament, puis comme poison. Il se répand ensuite comme pesticide à la fin du XIX^{ème} siècle. Selon Carson, c'est « *la première des substances carcinogènes reconnues* » (Carson 2014 [1962] : 43). Dans les années 1920, les paysans français l'utilisent et sont rapidement atteints de formes d'arsenicisme chronique (Jas 2010 : 48). C'est l'époque où la chimie minérale se développe et crée les pesticides inorganiques à base de composés minéraux ou de plantes. L'industrie des pesticides prend néanmoins son véritable essor avec le développement de la chimie organique de synthèse à partir des années 1930 suite aux recherches menées par l'industrie de guerre. Celle-ci a en effet mis au point les gaz chimiques de combat qui ont donné naissance à deux groupes de produits chimiques, les organophosphorés et les organochlorés utilisés ensuite dans l'agriculture comme pesticides ; le DDT, les hydrocarbures chlorurés, pour le premier groupe, et le malathion, le parathion et les corps phosphorés organiques, pour le second groupe (Carson 2014 [1962]) (Bensaude-Vincent and Stengers 2001). Ces produits s'avèrent en réalité très toxiques pour la santé humaine. Rachel Carson, biologiste américaine (1907-1964) souligne les effets néfastes des pesticides sur l'environnement et la santé humaine, dans un livre « *Silent Spring*²⁷⁸ », publié en 1962. Elle met en cause les produits organochlorés et organophosphorés, et en particulier le DDT (dichlorodiphényltrichloroéthane). La publication de ce livre a entraîné l'interdiction du DDT aux Etats-Unis en 1972.

²⁷⁷ <http://www.cnrtl.fr/definition/pesticide>

²⁷⁸ Publié en France en 1963 sous le titre « *Printemps silencieux* ».

Progressivement interdit ailleurs dans le monde, le DDT figure dans la Convention de Stockholm du 22 mai 2001²⁷⁹ parmi les « polluants organiques persistants²⁸⁰ » (POPs²⁸¹) reconnus pour leurs effets néfastes sur l'homme et l'écosystème. Si son usage agricole est interdit dans la plupart des pays, l'OMS continue à promouvoir son usage dans la lutte anti-vectorielle. De même, l'Endosulfan a été introduit dans la culture cotonnière en Afrique de l'Ouest, au Burkina Faso comme nous l'avons mentionné précédemment, avant d'être interdit en 2008²⁸². Son introduction a d'ailleurs provoqué de nombreux cas d'empoisonnement mortel et de problèmes graves de santé au Bénin (Ton, Tovignan et Vodouhê 2000).

D'autres industries (textile, bois notamment) ont par la suite développé des pesticides. Ceux-ci s'ajoutent aux nouvelles molécules destinées au monde agricole. Le rapport récent du Sénat relève un usage généralisé des pesticides dans le monde et une composition de ces produits « de plus en plus complexe » (Bonnefoy 2012 : 13-15). Face à cette prolifération au quotidien de ces substances toxiques en usage domestique ou professionnel, Carson qualifiait déjà en 1962 notre époque de « l'âge des poisons » (Carson 2014 [1962] : 173).

1.1 Caractéristiques et propriétés des pesticides

Les pesticides sont composés généralement de plusieurs molécules. La molécule principale est la « matière active » qui produit « l'effet toxique recherché » (Bonnefoy 2012 : 15). C'est en fonction de leur substance active, c'est-à-dire leur structure chimique, que les pesticides peuvent être classés comme suit : les Organochlorés, les Organophosphorés, les Carbamates, les Dithiocarbamates, les Pyréthriinoïdes, les Phénoxyherbicides, les Triazines, les Phtalimides, les Pyridines–bipyridiliums, les Aminosphosphates glycine (Bonnefoy 2012 : 17) (INSERM 2013 : 2-3).

Toutefois, ces produits comptent d'autres molécules qui participent à la procédure de formulation du pesticide. Il s'agit d'un ou plusieurs adjuvants qui influent sur les qualités du produit. Ils recouvrent des « tensio-actifs, [des] adhésifs, [des]émulsionnants, [des] colorants, [des] matières répulsives, [des] mouillants ou [des] stabilisants » (Bonnefoy 2012 : 16). En plus de la toxicité de la matière active,

²⁷⁹ Entrée en vigueur au 17 mai 2004. Le Burkina Faso est signataire de cette convention.

²⁸⁰ Ces produits ont une rémanence très longue, c'est-à-dire un temps de dégradation très long. On peut ainsi les retrouver dans les sols, les organismes vivants y compris les humains des décennies après qu'ils ont été interdits.

²⁸¹ Les autres pesticides organochlorés interdits sont : Aldrin, Chlordane, Dieldrin, Endrin, Heptachlor, Hexachlorobenzene (HCB), Mirex, Toxaphene. 16 autres POPs ont été ajoutés en 2009 à la liste initiale, l'Alpha-hexachlorocyclohexane, le Beta-hexachlorocyclohexane, le Chlordecone, le Lindane, le Pentachlorobenzene, Pentachlorophénol, ses sels et esters ainsi que l'Endosulfan technique et ses isomères apparentés. Ceux-ci ne sont pas tous soumis à une interdiction stricte (UN Environment 2017).

²⁸² Néanmoins on le trouve en vente au moment de la recherche. Comme il est persistant, on le retrouve dans les sols selon certaines études, comme nous allons l'aborder dans la suite.

les adjuvants et les impuretés de fabrication peuvent « *posséder leur propre toxicité ou interférer avec la substance active* » (INSERM 2013 : 2). En outre, « *[l]a composition exacte du produit final peut [...] ne pas être mentionnée dans son intégralité* » (INSERM 2013 : 3). En définitive, un pesticide formulé peut provoquer des effets toxiques supplémentaires voire décuplés par rapport à l'effet initial pour lequel il a été conçu.

Ainsi le glyphosate est le principe actif déclaré de nombreux herbicides utilisés au Burkina Faso. Il est souvent utilisé dans des formulations avec d'autres composés tels que l'arsenic, le chrome, le cobalt, le plomb et le nickel (N. Defarge, Spiroux de Vendômois, et Séralini 2018). Ces métaux lourds reconnus toxiques pour la santé peuvent aussi perturber le système endocrinien. Cette association entraîne des effets synergiques délétères entre le glyphosate et ses co formulants (Nicolas Defarge et al. 2016) (N. Defarge, Spiroux de Vendômois, et Séralini 2018).

De même, la mise en présence de plusieurs pesticides peut provoquer une synergie. Une étude a montré que la combinaison du dieldrine avec de l'endosulfan ou du toxaphène, conduit à un effet mille fois plus puissant que celui de chaque produit pris séparément (Arnold et al. 1996). Une autre étude a mis en évidence « l'effet cocktail » dans le cas des perturbateurs endocriniens, parmi lesquels de nombreux pesticides, où le mélange de deux substances chimiques conduit non pas à l'équation des effets $1+1=2$, mais $1+1=50$ (Delfosse et al. 2015). Ce phénomène de synergie remet ainsi en question la prise en compte des pesticides considérés un par un dans les tests de toxicologie. Il met aussi en exergue les problèmes liés aux conditions réelles d'utilisation sur le terrain, notamment les mélanges de produits, et de leurs éventuels effets toxiques sur la santé des femmes, comme nous avons pu l'observer lors de la recherche.

Par ailleurs, les formulations de pesticides se présentent sous différentes formes : « solides » « liquides » (Bonnefoy 2012 : 17) mais également « fumigènes », « gels de contact » (INSERM 2013 : 2). Dans les solutions solides on peut distinguer les « poudres mouillables », les « granulés » et les « micro granulés » (Bonnefoy 2012 : 17).

Les durées de dégradation des pesticides sont plus ou moins longues et varient, selon les molécules, les conditions environnementales, entre « *quelques heures ou jours à plusieurs années* » voire des décennies dans le cadre des polluants organiques persistants (INSERM 2013 : 5). Une étude réalisée en France a montré la présence de résidus d'atrazine (pesticide perturbateur endocrinien) dans des échantillons d'urine de femmes enceintes jusqu'à 3 ans après son interdiction en Europe, ce qui indique une bio persistance de ce produit plusieurs années après son application.

Les Polluants Organiques Persistants (POPs), parmi lesquels on retrouve beaucoup de pesticides organochlorés, ont un temps de dégradation très long et sont liposolubles : Ils s'accumulent dans les organismes vivants et se stockent dans

les graisses. La concentration de ces produits augmente avec le temps dans l'organisme exposé, ce qui entraîne un phénomène de bio accumulation (Schettler et al 2000 : 110-111). Celle-ci est transmise à chaque niveau de la chaîne trophique, au bout de laquelle se trouve l'être humain, avec à chaque fois une amplification de la concentration, ce qu'on appelle la bio amplification (Vaufleury, Gimbert, and Gomot 2013). Ces pesticides sont libérés « *à bas bruit en dehors des périodes d'exposition* » (INSERM 2013 : 93).

1.2 Les effets reprotoxiques

L'exposition aux pesticides, par ingestion, inhalation ou voie cutanée, présente de nombreux risques pour la santé humaine, comme les risques d'intoxication aiguë qui peut être mortelle, ou encore de développement de maladies tels certains cancers et pathologies neurologiques (INSERM 2013). Ils constituent en outre un danger pour la procréation²⁸³. Ils affectent la fertilité chez l'homme²⁸⁴ et la femme exposés (Schettler et al 2000) (Greenlee, Arbuckle, and Chyou 2003) (Chiu et al. 2018). Ils sont également toxiques sur l'enfant à naître. Ces risques interviennent à des étapes clés du développement humain où l'embryon, le fœtus ou le jeune enfant est très vulnérable à l'exposition aux produits toxiques. Ces étapes se situent avant et autour du temps de la conception, puis lors du développement de l'embryon et du fœtus²⁸⁵ (Woodruff et al. 2010). Il s'agit des fenêtres de vulnérabilité (Mendola and Buck 2010) (Wang et al. 2016). Ainsi, selon la nature des pesticides, des fenêtres d'exposition (où il y a des risques élevés d'avortements spontanés) ont été repérées concernant les fausses couches ; les avortements précoces se produisent dans les 12 premières semaines de la grossesse, les avortements tardifs entre la 12^{ème} et la 19^{ème} semaine. Dans le cas des avortements précoces, les pesticides entraîneraient des anomalies chromosomiques, tandis que pour les avortements tardifs, les pesticides entraîneraient des dommages sur le fœtus et le système fœtus-placenta. L'âge avancé de la mère constitue aussi un facteur de risque d'avortement précoce (à moins de 20 semaines de grossesse). Sur les produits étudiés, l'exposition aux herbicides à base de triazine (atrazine) peut conduire à des avortements précoces, l'exposition au glyphosate à des avortements tardifs (Arbuckle, Lin, and Mery 2001).

L'exposition des femmes enceintes aux pesticides présente des risques de dommages irréversibles sur l'embryon et le fœtus ; ceux-ci peuvent en effet franchir la barrière placentaire (Acosta-Maldonado et al. 2009). Par conséquent, l'exposition

²⁸³ Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons essentiellement à l'exposition des femmes, bien que l'exposition des hommes influe également sur les risques autour de la procréation (Savitz et al, 1997).

²⁸⁴ Une exposition aux pesticides chez les hommes entraîne une baisse significative de la qualité du sperme humain tandis qu'une exposition aux pesticides in utero peut provoquer des malformations au niveau des organes sexuels (Carlsen et al. 1992 ; Skakkebaek, Rajpert-De Meyts, et Main 2001 ; Oliva, Spira, et Multigner 2001).

²⁸⁵ L'enfance et la puberté sont également des étapes clés (Woodruff et Giudice 2010).

à ces substances chimiques augmente le risque chez les femmes enceintes de mort du fœtus, de retard de croissance, de faible poids de naissance, de fausse couche, de malformations congénitales²⁸⁶ (Xu et al. 2015) (Kalra et al. 2016) et neurodéveloppementales (Rodier 2004), de troubles cognitifs, d'anomalies chromosomales, de risques de leucémie et de tumeurs cérébrales chez l'enfant (Wang et al. 2016) (INSERM, 2013). Parmi ces pesticides (herbicides, fongicides), certains sont également des perturbateurs endocriniens et peuvent affecter le système hormonal.

1.3 Le cas particulier des perturbateurs endocriniens

Les perturbateurs endocriniens ont été mis en avant pour leur caractère éminemment dangereux pour la reproduction lors de la conférence de Wingspread²⁸⁷ en 1991. Selon une définition commune de l'OMS et du PNUE, les perturbateurs endocriniens sont :

« an exogenous substance or mixture that alters function(s) of the endocrine system and consequently causes adverse health effects in an intact organism, or its progeny, or (sub) populations » et « A potential endocrine disruptor is an exogenous substance or mixture that possesses properties that might be expressed to lead to endocrine disruption in an intact organism, or its progeny, or (sub) populations²⁸⁸ » (Bergman et al. 2013 : x).

Les perturbateurs endocriniens comprennent à la fois des substances chimiques du domaine industriel et des pesticides utilisés dans le domaine agricole. Ceux-ci ont comme particularité d'interférer sur l'action de certaines hormones en les imitant ou en les inhibant et de provoquer ainsi un dérèglement du système hormonal, en particulier celui qui régit la reproduction (Colborn et al. 1997).

De plus, les perturbateurs endocriniens remettent en question le paradigme toxicologique selon lequel « la dose fait le poison », car ils agissent à des doses très faibles. Plutôt que la dose, c'est le *moment* de l'exposition de la femme à ces substances qui est le principal facteur de risque (Colborn et al 1997 : 130). L'atteinte se fait très tôt dans le développement humain et devient très souvent irréversible. Les perturbateurs endocriniens peuvent franchir la barrière hémato-encéphalique

²⁸⁶ Les malformations identifiées : fente orale, hypospadias (anomalie de l'urètre chez le garçon), altération de la motricité fine et visuelle chez l'enfant, malformation cardiaque, de la paroi abdominale, anomalies du tube neural (chez l'embryon) (INSERM 2013)

²⁸⁷ A l'initiative de deux scientifiques américains Theo Colborn et Pete Myers, cette conférence pluridisciplinaire a réuni une vingtaine de chercheurs, ainsi que de nombreux journalistes, et a donné naissance à la déclaration de Wingspread.

²⁸⁸ « Une substance ou un mélange exogène qui altère les fonctions du système endocrinien et, par conséquent, entraîne des effets nocifs sur la santé d'un organisme intact, ou de ses descendants ou (sous)populations » ; et « Un perturbateur endocrinien potentiel est une substance ou un mélange exogène qui possède des propriétés susceptibles d'entraîner une perturbation endocrinienne dans un organisme intact, ou dans ses descendants, ou dans des (sous)populations. »

encore immature du fœtus et constituent un risque pour la santé du fœtus (Roncati, Pescioli, and Pusioli 2016).

Les atteintes sont parfois invisibles et certains effets se manifestent à long terme, voire à la deuxième génération (Colborn et al 1997 : 187). Les perturbateurs endocriniens peuvent également favoriser des transmissions transgénérationnelles des mutations génétiques comme des maladies (Skinner 2016). Par ailleurs, certains produits ont été identifiés comme œstrogènes et interfèrent sur les cellules humaines sensibles aux œstrogènes (Soto, Chung, et Sonnenschein 1994). Certains pesticides perturbateurs endocriniens ont une influence sur l'appareil reproducteur masculin et notamment sur la différenciation sexuelle qui a pour conséquence la naissance de plus de filles que de garçons et des effets néfastes sur l'appareil reproducteur des garçons (Davis, Gottlieb, et Stampnitzky 1998). Par ailleurs, ces substances affectent le développement sexuel de l'enfant à naître, et entraînent un risque de malformations génitales chez le nouveau-né masculin (Gaspari et al. 2011). Un état de la science sur l'ensemble des perturbateurs endocriniens réalisé sous l'égide de l'OMS et du PNUE relève qu'ils pourraient constituer l'une des causes dans l'augmentation de certaines atteintes affectant la santé reproductive des femmes comme les kystes ovariens et l'endométriose, les accouchements prématurés, des tumeurs bénignes de l'utérus ou encore la puberté précoce chez les jeunes filles (laquelle entraîne une augmentation du risque du cancer du sein par la suite) (Bergman et al 2013: 34). En plus des preuves de maladies et de troubles de la santé reproductive des femmes, les données qui décrivent les schémas de dysfonctionnement reproductif chez les femelles de la faune sauvages ont augmenté au cours des dix dernières années (Bergman et al. 2013). Tyrone Hayes a notamment montré que l'atrazine (un herbicide) interfère, à faible dose, sur la différenciation sexuelle chez les amphibiens (Hayes et al. 2002). Cependant, il y a moins d'études concernant les effets sur la santé reproductive des femmes que d'études auprès des hommes (Bergman et al 2013 : 35).

S'appuyant sur ses propres travaux et ceux de nombreux chercheurs, Barbara Demeneix révèle comment certains perturbateurs endocriniens parmi lesquels des pesticides peuvent interférer avec l'hormone thyroïdienne qui est « vitale aux tout premiers stades du développement cérébral, bien avant la naissance, et en particulier durant les trois premiers mois de grossesse » (Demeneix 2017 : 13). Elle cite l'étude de Shelton (Shelton et al, 2014) qui montre que « les enfants dont les mères vivent près des zones d'épandage intensif de pesticides courent un plus fort risque d'être diagnostiqués autistes » (Demeneix 2017 : 102). Grandjean travaille également sur les dommages engendrés par les pesticides sur le cerveau du fœtus et celui des enfants (Grandjean 2013).

Enfin, certains pesticides perturbateurs endocriniens sont des polluants organiques persistants, ce qui les rend d'autant plus dangereux, étant donné leurs propriétés décrites auparavant.

2. Présence des pesticides sur le terrain burkinabè : un usage généralisé

2.1 Présence et circulation des pesticides

Au Burkina Faso, la familiarisation avec les pesticides commence avec les grands panneaux publicitaires affichés en ville qui rappellent en permanence leur existence et leurs bénéfices. De même le long des routes, ils nous accueillent à l'entrée de certains villages, à travers un panneau de bienvenue où sont accolés le nom du village et de celui d'un herbicide dont la substance active est le glyphosate.

Alors même qu'ils semblaient invisibles, une fois mentionnés, les pesticides deviennent visibles et prennent une existence matérielle. A Bobo Dioulasso, les nombreuses boutiques autour du grand marché où sont vendus les pesticides, sont l'un des principaux lieux de visibilité de ces produits. Elles sont immédiatement reconnaissables par les pesticides qu'elles exposent. Ces boutiques se présentent sous des formes variées, du hangar ouvert sur la rue au petit stand installé au bord des voies de passages. Souvent, des étals de pesticides sont disposés au dehors, bidons bien alignés ou rangés pêle mêle parmi les sachets de produits. Certains magasins sont disséminés à la périphérie du marché et plus largement en ville. Des entreprises de commercialisation de pesticides sont installées à Bobo-Dioulasso, de même que l'unique usine de formulation²⁸⁹ du Burkina Faso, Saphyto. En milieu rural, lorsque l'on prend la nationale 9 appelée plus communément *route du Mali*, on peut facilement distinguer des boutiques dans les villes de moyenne importance. Bama, située à une trentaine de kilomètres au nord de Bobo Dioulasso est connue pour sa riziculture, ses cultures maraîchères de contre saison ainsi que pour sa zone cotonnière et de culture du maïs. Le jour du grand marché (mercredi), des marchands ambulants de pesticides s'ajoutent aux boutiques spécialisées, donnant sur la voie principale, augmentant le nombre des points de vente jusqu'à une vingtaine dénombrée (Extrait carnet de terrain, Bama, 15.06.2016). Dans les villages environnants, pendant la saison des cultures, les petites épiceries s'improvisent à la vente de pesticides. Il est parfois possible de voir ces pesticides trônant à côté de denrées alimentaires, sans aucune mesure de précaution pour le stockage.

Les cultivateurs peuvent acheter auprès des commerçants des produits homologués et non homologués. Seuls les produits homologués²⁹⁰ sont autorisés à la vente sur le territoire burkinabè. Néanmoins, l'homologation ne retire pas leur caractère de dangerosité. Les produits non homologués proviennent des pays

²⁸⁹ Les ingrédients arrivent sous forme brute et sont conditionnées sur place.

²⁹⁰ Le Comité Sahélien des Pesticides (CSP), rattaché au Comité International de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS) et basé à Bamako, est chargé de l'homologation pour ses pays membres. Par ailleurs le Burkina Faso a signé plusieurs conventions internationales qui interdisent certaines formulations. Néanmoins, malgré des conventions internationales, des formulations interdites dans les pays du nord peuvent être autorisées et utilisées au Burkina Faso.

frontaliers²⁹¹ et sont importés de manière illégale. Ils sont moins chers à l'achat (pour le commerçant) et à la vente (pour le cultivateur) parce que non taxés.

Lors de la campagne coton 2016-2017, nous rencontrons en chemin un homme avec son pulvérisateur sur le dos. Il part dans son champ de coton pour pulvériser. Il accepte de nous montrer le produit qu'il va utiliser. Le bidon est enroulé dans un sac de céréales, calé dans un seau. Il s'agit d'un herbicide à base de paraquat, retiré de la vente et interdit. Les indications sur le bidon sont en anglais. Le produit est distribué au Ghana et fabriqué en Chine (Extrait carnet de terrain, région de Bama, 15.06.2016).

On retrouve le paraquat en vente libre dans les boutiques de Bobo Dioulasso. Il est aussi vendu sous d'autres marques « Gramoquick Super » et « Gramosharp » de même distribué au Ghana et fabriqué en Chine.

Dans le cas précis des cultivateurs de coton, ce sont les sociétés cotonnières qui assurent l'approvisionnement des cultivateurs en intrants, c'est-à-dire les produits agricoles destinés à la culture du coton comme les semences (traitées ou non traitées), les pesticides et les engrais, et ce, via le Groupement des Producteurs de Coton (GPC), coopérative de producteurs qui est directement en relation avec la société qui achète et égrène le coton. Celle-ci s'enquiert des besoins des producteurs en fonction des hectares cultivés puis leur fournit le nécessaire à crédit (remboursé au moment de la récolte). Toutefois, les cultivateurs se réservent la possibilité d'acheter comptant ou à crédit d'autres intrants auprès de commerçants extérieurs à la société. Ces produits ne sont pas forcément homologués, contrairement à ceux vendus par la société (où l'homologation et l'année de la campagne sont indiquées sur l'emballage). Par ailleurs, une fraction non négligeable des intrants destinés à la culture du coton (les pesticides en premier lieu) peut se retrouver utilisée sur des parcelles vivrières, maraîchères en premier lieu.

2.2 L'épandage dans les champs et les potagers urbains

Quand la période des cultures démarre, à la saison des pluies, il est une image fréquente que nous rencontrons dans la région de Bobo-Dioulasso, celle des cultivateurs avec leur pulvérisateur sur le dos, qu'ils soient à pied, à moto ou encore à vélo. En fonction du moment de la journée, ils se rendent dans leur champ ou en reviennent. Ce pulvérisateur leur permet d'épandre herbicides et insecticides sur les différentes cultures. Quand ils sont dans les champs, ils progressent lentement²⁹², ligne par ligne, au moment de l'épandage²⁹³, la plupart du temps sans aucune protection. Ce moment de l'épandage semble devenu un acte familier, presque

²⁹¹ Généralement le Ghana et la Côte d'Ivoire dans la zone étudiée.

²⁹² Ils peuvent être aussi plus rapides pour économiser le produit utilisé.

²⁹³ « Action de répandre des semences, un engrais, un produit phytosanitaire, sur un sol ou sur une culture ». <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9pandage>

initiatique, lorsque j'observais un père montrant la technique à son fils ou encore un petit garçon d'à peine 10 ans qui épandait l'herbicide pieds et torse nus, entouré par d'autres enfants. Orphelin, ce dernier aide sa mère qui affirme « pomper » (pulvériser) (figure 23) elle aussi dans les champs (Extrait carnet de terrain, région Bama, 29.07.2016).



Figure 23. Jeune garçon qui épand de l'herbicide, 2016 Servais

L'observation de la présence des pesticides ne passe pas seulement par la vue mais également par l'odorat comme nous avons pu en faire l'expérience :

Nous quittons le goudron et empruntons la voie rouge. Au bout d'un moment, nous sentons une odeur bizarre et forte. L'air pique le nez. Il y a beaucoup de vent ce jour-là. Nous nous arrêtons, il est environ 13h²⁹⁴. Nous apercevons de chaque côté de la voie, deux hommes en train de « pomper » chacun leur champ qui jouxte la voie où nous sommes. C'est la voie principale qui mène aux villages et aux campements environnants, elle est très fréquentée. Un troupeau de zébus et de moutons conduits par de jeunes garçons passe sur cette voie pendant que nous nous entretenons avec chacun des cultivateurs. Le premier, le plus âgé, est en train de pomper 1 ha et demi de coton. Il confirme qu'il y a une odeur qui est plutôt gênante quand le coton est haut. Pour l'instant, ça va le coton est bas [...] Le second en face, un jeune homme 25 ans traite pour la première fois. Il a commencé à épandre à 8h. L'odeur l'incommode et « ça lui gratte sur la peau ». Sa jeune sœur se tient aux abords du champ, elle est venue à vélo lui apporter des cigarettes (Extrait carnet de terrain, région Bama, 29.07.2016).

²⁹⁴ Il est préconisé d'épandre les pesticides le matin au frais, avant que le soleil « ne tape » (pour limiter une évaporation/volatilisation trop rapide) et de ne pas pulvériser quand il vente.

La thématique de l'odeur est fortement en lien avec l'usage des pesticides pendant la saison des pluies. Une femme²⁹⁵ habitant un campement Peulh à proximité des champs de coton raconte :

« Quand c'est la saison des cultures, ça sent le poison partout, surtout dans les zones où on cultive le coton. » Elle ajoute que pendant cette période, leurs bêtes tombent malades avec l'herbe traitée (Extrait carnet de terrain, région Bama, 08.10.2016).

De même, pour cet infirmier rencontré à Bobo Dioulasso, et qui a découvert l'usage des pesticides en travaillant en milieu rural dans la région évoque aussi l'odeur et décrit les effets qu'ils provoquent :

« Comme je l'ai dit, s'ils font ça et que tu vois, l'odeur ça vient. Tout dépend souvent de la direction du vent. [...] Mais à (il cite le nom du village) ce sont des gens de notre CSPS. Eux aussi, ils faisaient du coton. Ça même c'est plus proche du CSPS. Juste après le mur ou les limites du CSPS, voilà le coton. Quand ils viennent pour mettre le produit, c'est toxique. On ne peut pas respirer. » (Entretien, Bobo Dioulasso, 13.02.2017)

En ville, dans les potagers, nous rencontrons également les jardiniers qui arpentent leurs carrés de culture, pulvérisateur au dos. La manifestation d'une odeur forte est également mentionnée par des femmes qui résident à proximité comme Karine, 46 ans, qui en subit les effets :

« Quand je lave mes affaires auprès du puits, ils (les jardiniers) commencent à pomper, je suis obligée de ramasser mes affaires à cause de l'odeur et parce que ça donne le rhume. » (Entretien, Bobo Dioulasso, 07.01.2017)

Contrairement aux cultures limitées à la saison des pluies, l'usage des pesticides peut être plus constant sur l'année pour les cultures maraîchères, dans les cas où il y a un accès permanent à l'eau (puits, bas fond, plan d'eau) ; ce qui permet les cultures de contre-saison qui succèdent à la période traditionnelle des cultures comme à Bama.

Certains épandages sont également réalisés à proximité des habitations dans la mesure où certains champs, ou potagers, se prolongent jusqu'aux concessions. Dans les villages ou les campements²⁹⁶, il n'est pas rare de voir des champs de courges²⁹⁷, mais aussi de coton ou de maïs entourer celles-ci. Il en est de même avec les puits et la rivière. A sec une grande partie de l'année, elle coule et serpente à travers champs uniquement pendant la saison des cultures. Son eau est alors consommée à certains endroits, où elle est plus claire et non stagnante, quand elle

²⁹⁵ Celle-ci est d'autant plus sensibilisée à la question que les femmes de ce campement ont créé un jardin potager biologique.

²⁹⁶ Ce qu'on appelle campement dans ce cas-là, ce sont des concessions à la campagne, au milieu des champs, qui sont habitées par les cultivateurs et leur famille uniquement pendant la saison des cultures pour être au plus près de leurs champs trop éloignés du village où ils résident le reste de l'année.

²⁹⁷ Dans la zone de l'étude, en dehors de la ville de Bama, la courge est la principale culture maraîchère destinée à la vente.

ruisselle sur de la roche. En outre, les cultures de coton qui subissent le plus de traitements en milieu rural côtoient les autres cultures, celles-ci n'étant pas séparées les unes des autres. Ainsi un champ de mil qui ne nécessite pas d'épandage d'herbicide (car trop sensible), ni d'insecticide, est cultivé à côté de champs de maïs ou de coton par exemple.

2.3 Usage généralisé des pesticides dans les cultures

Aucune culture n'est épargnée par l'usage des pesticides dans le sens où chaque culture²⁹⁸ subit au moins un traitement, entre la préparation de la semence et le stockage de la récolte. Ainsi au début de la saison des cultures, la plupart des semences sont traitées avec un pesticide. Sur le terrain, nous avons relevé que ce traitement spécifique appliqué à la graine concernait les cultures de coton, de mil, de sorgho, de petit mil, de maïs, de riz, d'arachide et de haricot²⁹⁹. Parallèlement au traitement des semences, l'épandage des herbicides pour préparer les champs ou la parcelle de jardin concerne la plupart des cultures (maïs, riz, haricot, arachide et les cultures maraîchères), excepté les variétés de mil, de sorgho, et de petit mil qui sont trop sensibles.

Les insecticides qui étaient principalement dévolus à la culture du coton sont également utilisés dans de nombreuses autres cultures. En milieu rural, l'expansion de l'usage de ces produits concerne particulièrement les cultures traditionnellement pratiquées par les femmes comme l'arachide, le niébé, le gombo ou encore le sésame, comme l'illustrent les propos de Catherine :

« Avant, on cultivait le sésame sans pomper. Mais on récoltait beaucoup de sésame et on en mangeait sans problème. Maintenant, si tu cultives le sésame sans traiter, le tout va se gâter. Il en est de même pour le haricot. [...] Il y a des insectes qu'on appelle « mouches blanches ». Si tu rentres dans le champ, ils s'envolent partout et ils sont tous blancs. [...] Toute chose qu'ils peuvent sucer, ils s'y posent ». (Entretien, village, 20.02.2016)

Ces cultures nécessitent désormais l'emploi d'insecticides pour lutter notamment contre la mouche blanche qui a migré de la culture du coton vers les autres plantes culturales à fleurs comme le racontent ces cultivatrices d'âge mûr qui résident dans une autre zone culturelle proche de Bobo Dioulasso.

Sanata : « on pompe le champ de gombo. Parce que si ce champ de gombo est à côté d'un champ de coton, si on pompe, les insectes ne peuvent plus rentrer dans ce champ de gombo. Latifa : si tu vois que nous sommes en train de dire cela, avant il n'y avait pas toutes ces mauvaises choses pour traiter les champs. Maintenant tous les champs sont gâtés. Il existe

²⁹⁸ J'évoque surtout les cultures rencontrées ou mentionnées sur le terrain. C'est pourquoi je n'aborderai pas la culture de la canne à sucre, ni celle du tournesol, ni l'arboriculture. Je mentionnerai les cultures maraîchères mais de manière non exhaustive.

²⁹⁹ Cette liste n'est pas exhaustive. Elle correspond à ce qui a été relevé sur le terrain au cours des échanges avec les femmes et les hommes qui travaillent dans l'agriculture.

toute sorte d'insectes qui détruisent les récoltes. C'est pour cela que nous pompons les champs. Si tu sèmes ton champ et tu ne pompes pas, la récolte ne sera pas bonne. Les mouches vont tout gâter. » (Causerie, région Satiri, 17.02.2016)

Souvent, bien que contraire aux recommandations parce que non appropriés et fortement toxiques, certains insecticides utilisés dans le coton, notamment ceux contre la mouche blanche, sont épandus par les cultivateurs sur les autres cultures. Ils rapportent que dans ce cas, ils utilisent les produits « plus faiblement » en ajoutant plus d'eau.

Par ailleurs, l'usage des pesticides se poursuit après la récolte dans le cadre de la conservation des céréales comme le maïs, le riz, le mil ou encore les arachides et le haricot. Comme cela a été évoqué auparavant il s'agit soit d'une poudre, ou de granulés ou encore de petites boules qui sont utilisés contre certains insectes, dont les termites et les charançons. Ces produits sont reconnaissables à leur odeur forte. En milieu rural, le pesticide est soit directement mélangé aux céréales, soit déposé dans un morceau de pagne noué (comme les boules) ou dans un sachet plastique percé à l'occasion, soit la poudre est déposée en bas, au fond du grenier et les céréales comme le maïs sont versées par-dessus. Il est de plus possible de distinguer différentes poudres. Il y a la poudre rouge qui est en principe celle utilisée pour le traitement des semences de coton³⁰⁰ ou alors une poudre blanche destinée à la conservation vendue en sachet ou en vrac. En ville, les mêmes pratiques sont décrites pour le stockage des céréales dans les sacs. Cet usage détourné a été aussi décrit au Nord Cameroun par Tourneux :

« Tout récemment, j'ai vu utiliser un autre pesticide sur du sorgho rouge destiné à l'alimentation humaine (marché de Pouss, mai 2006). Les grains étaient saupoudrés d'une poudre rose (fongicide-insecticide) destinée à traiter les semences. Ils étaient anormalement intacts alors qu'en la saison, ils auraient dû être fortement attaqués par les bruches » (Tourneux 2010, 173).

Les anciennes pratiques de conservation à base de cendre et de plantes sont parfois appliquées : Latifa, 55 ans, utilise des techniques de conservation traditionnelles qui consistent à piler un arbuste mélangé avec du basilic sauvage. Ce mélange est appliqué par couches au moment du stockage des céréales. Elle ajoute que :

Les femmes du campement n'utilisent pas de produits pour leurs semences, ni dans la conservation des récoltes. Ce sont les « vieux » qui le leur ont déconseillé. Selon eux, il y a trop de maladies à présent. Ce sont les produits (pesticides), qu'il n'y avait pas avant, qui en sont la cause. Elle précise que si on met un produit de conservation, il faut respecter le délai sinon ça rend malade. (Entretien, aux champs, région Bama, 8.10.2016)

³⁰⁰ En général il s'agit d'un insecticide-fongicide CALTHIO pour le traitement des semences avant de les mettre en terre. Il est livré aux producteurs de coton en même temps que les semences par la société d'égrenage Sofitex. Il est également en vente libre auprès des vendeurs de pesticides.

Les délais ne sont en effet pas toujours respectés dans le cas où le paysan a besoin de vendre une partie de ses céréales par manque de liquidités³⁰¹.

2.4 Les traces de l'usage des pesticides

L'usage généralisé des pesticides laisse des traces. On retrouve les contenants vides, - bidons, sachets, boîtes de conserves-, aux abords des champs et des potagers, dans les cours des concessions, ou à proximité, parmi les autres déchets. Alors que la consigne est de les enterrer, les bidons vides sont souvent récupérés pour un usage alimentaire. Ils sont nettoyés auparavant avec du savon, et parfois avec de la bouse de vache ou encore avec des feuilles d'oseille ou de *dà*. Ils servent ensuite de gourde, ou de contenant pour mettre la potasse très utilisée dans la cuisine, ou encore pour transporter le lait. Ce recyclage est connu. D'après le directeur d'une entreprise de formulation de pesticides basée à Bobo Dioulasso, il subsiste des molécules dans les bidons, qui restent dangereuses, même en faible quantité. Pour répondre à la problématique des bidons et de leur élimination, la société s'est dotée d'un incinérateur et a proposé de récupérer les bidons vides en les rachetant 5 FCFA. Cette stratégie n'ayant pas eu le succès escompté³⁰², l'entreprise est en train de développer actuellement les sachets comme alternative qui évitera une réutilisation des contenants. Le directeur ajoute : « Ce n'est pas notre métier de ramasser les déchets en brousse » (Entretien, Bobo Dioulasso, 17.06.2016). Ce problème d'élimination des bidons est d'autant plus criant qu'il n'existe pas de service de ramassage des déchets et d'assainissement³⁰³.

3. Situations d'exposition des femmes dans le travail agricole

Nous allons à présent examiner les situations d'exposition des femmes dans le travail agricole. Nous nous intéresserons principalement aux situations des femmes qui habitent le village où nous avons mené notre enquête de terrain. Nous nous baserons aussi sur l'expérience des travailleuses journalières en milieu urbain. Nous n'aborderons pas les situations en lien avec les cultures maraîchères dans la mesure où nous n'avons pas rencontré de femmes qui exercent cette activité.

³⁰¹ J'ai rencontré quelques paysans qui ont suffisamment de terres pour cultiver une quantité de céréales telle qu'ils peuvent en vendre l'année suivante tout en gardant la nouvelle récolte pour le foyer.

³⁰² Les cultivateurs n'ont pas rapporté les bidons.

³⁰³ Les seuls services de ramassage des déchets sont en ville et très basiques. Il s'agit d'associations qui moyennant une cotisation de la part des riverains, collectent les déchets pour les évacuer en périphérie de la ville, participant ainsi à la constitution des décharges sauvages.

3.1 La manipulation des pesticides

Bien que pulvériser les pesticides soit une tâche dévolue aux hommes, les femmes manipulent aussi les pesticides pendant les travaux des champs.

a. « Pomper »

Karim, 43 ans, cultivateur de coton et producteur de céréales, distingue la répartition des tâches de chacun. Même si les femmes utilisent les herbicides dans leurs cultures d'arachides et de haricots, le « labour et la destruction ce sont les hommes » ; et « les semences et les récoltes ce sont les femmes » (Entretien, dans sa cour, village, 20.11.2015). Les tâches agricoles en principe dévolues aux femmes sont l'ensemencement manuel, le désherbage, la récolte et les activités de cueillette. En général, les femmes ne pulvérisent pas, notamment parce que le matériel est lourd. Néanmoins, certains entretiens révèlent que les femmes sont amenées aussi à « pomper » dans les champs.

Patricia, 33 ans, habite à Bobo-Dioulasso et cultive le haricot et l'arachide à une dizaine de kilomètres de la ville. Son mari est trop occupé par ses propres champs ; c'est pourquoi elle se débrouille pour traiter elle-même son champ de haricots, parce que :

« De nos jours si tu ne pompes pas le haricot, ça ne donne pas de graines. [...] Il y a des mouches qui percent les fleurs. Si les fleurs sont percées, le haricot ne peut plus donner de graine. »

Elle achète elle-même les pesticides sur les conseils d'autres cultivateurs. Elle précise :

« On les vend dans les boutiques qui sont au bord de la route. Au moment de la saison pluvieuse, on vient les exposer au bord de la route ». Le prix d'un grand bidon varie entre 1000 et 1500 FCFA, « Cela dépend de la qualité. »

Elle ne connaît pas le nom du produit, mais elle paye « juste la quantité du produit qu'il faut pour pomper le champ ». Le nombre de pulvérisations dépend des ressources financières :

« Si tu as les moyens, tu peux pomper trois fois. Mais si tu n'as pas les moyens, tu peux pomper deux fois. »

Pour épandre les produits, elle procède de la manière suivante :

« Je cherche juste quelque chose³⁰⁴ pour me protéger le nez. Et puis je vois la direction du vent pour me positionner. [...] Si tu finis de pomper, tu viens à la maison et tu te laves très bien.

³⁰⁴ Elle précise plus tard qu'elle utilise soit un morceau de pagne, soit un masque en mousse qui recouvre la bouche et le nez. Celui-ci est vendu aux conducteurs de motos pour se protéger de la poussière et ne présente aucune protection contre les substances chimiques telles que les pesticides.

Ensuite je change d'habits, je lave les habits que j'ai portés pour pomper le champ. C'est tout. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 22.03.2016)

Les femmes se mettent bien souvent à pulvériser quand elles ne bénéficient pas d'aide pour cette tâche comme l'explique Sabrina. Celle-ci réside à Bobo-Dioulasso mais part travailler les champs dans son village à chaque hivernage. Elle raconte qu'il lui arrive aussi d'endosser le pulvérisateur pour traiter les cultures, dans le cas où elle ne trouve pas d'aide :

« Si nous ne mettons pas les produits, les insectes peuvent gâter. [...] Nous les mettons dans l'appareil qu'on utilise pour pomper le champ. Et nous mettons cet appareil sur notre dos pour pomper le champ. [...] Si je ne gagne pas de gens pour faire à ma place, moi-même je pompe. Je me protège le nez et je porte l'appareil sur le dos. Ou bien je cherche un ancien plat que je ne vais plus utiliser pour mélanger le produit et au fur à mesure je mets un peu dans l'appareil. [...] Toutes les femmes le font. Celles qui ont des garçons les aident à pomper. Sinon toutes les femmes pompent. Si tu ne peux pas mettre au dos, tu mets le produit dans un seau et tu enlèves pour mettre dans les céréales. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 04.02.2016)

Le dernier procédé que Sabrina décrit est rapporté également par une vieille femme qui cultive une parcelle dans un jardin de Bobo-Dioulasso.

Pendant que son fils pulvérise avec le pulvérisateur, elle traite également son carré de salades avec des pesticides. Elle met le produit dans une boîte de conserve et asperge ses salades à l'aide d'un branchage avec des feuilles qu'elle a préalablement trempé dans le produit (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, dans le potager, 10.06.2016).

Plusieurs femmes ont décrit ce procédé pour traiter leurs cultures.

Par ailleurs, dans la région de Houndé, connue pour être une grande zone cotonnière, il existe des femmes qui produisent du coton. Elles ont constitué des Groupements de Cultivatrices de Coton (GPC), et comme n'importe quel GPC, elles sont en lien direct avec la société cotonnière qui leur fournit les engrais et les pesticides à crédit³⁰⁵. Deux productrices rencontrées à Bobo-Dioulasso, alors qu'elles rendaient visite à une parente, racontent qu'elles appartiennent à un GPC qui compte 60 femmes.

La superficie cultivée de coton représente un total de 120 hectares. Chaque femme cultive environ 2 hectares. Dans le cadre du GPC, les femmes s'occupent de toutes les étapes de la production (labour, semis, désherbage et récolte). Elles se retrouvent ainsi à pulvériser elles-mêmes les pesticides dans leurs champs de coton. Elles précisent qu'elles ne portent pas de protection et se plaignent d'avoir des maux de tête le soir après la pulvérisation. Les femmes qui ont des petits enfants les confient à d'autres femmes, ou bien elles les amènent aux champs (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de leur parente, 02.12.2015).

³⁰⁵ Ce qui n'était pas le cas dans la zone étudiée où les femmes pouvaient cultiver des petites parcelles de coton, sans appartenir à un GPC ; mais l'accès aux intrants reposait sur un arrangement avec le chef de l'exploitation familiale.

b. « Mélanger »

Une autre activité agricole implique la manipulation des pesticides par les femmes et les expose ainsi directement. Il s'agit de l'étape qui consiste à enrober les graines avec des pesticides. Elle précède leur mise en terre, tâche qui incombe aux femmes. Cette opération concerne aussi bien les femmes en milieu rural que les femmes qui travaillent comme journalières et résident en ville. Cette préparation des semences est appelée par les femmes « mélanger³⁰⁶ ». L'opération consiste à mélanger, en général manuellement, les semences avec des pesticides après avoir au préalable ventilé les graines si c'est nécessaire. Selon les femmes et les hommes, le produit est appelé communément *poudre* selon sa nature ou encore sa couleur (*poudre rouge* désigne un produit rouge tirant vers le rose, il existe aussi une *poudre bleue*). Ces produits permettent de protéger les graines des termites, des fourmis mais aussi des perdrix, des petits rongeurs, « les choses qui gâtent » (détruisent) ». D'après les cultivatrices rencontrées, le traitement des semences concerne la plupart des cultures céréalières et légumineuses³⁰⁷ (maïs, mil, sorgho, petit mil, niébé, arachides) en plus de celle du coton. Lorsqu'elles décrivent l'opération du traitement des semences, la plupart des femmes déclarent ne prendre aucune mesure de protection. Elles n'utilisent pas de gants et mélangent directement les graines avec le produit à mains nues. D'autres mentionnent un bâton pour remuer les graines avec le produit à même le sol, ou sur un sac ou encore dans un vieux récipient. Elles utilisent des produits en poudre qui dégagent selon elles, un *gaz*. C'est pourquoi elles versent également de l'eau dans le mélange pour éviter une trop forte dispersion de ce *gaz* qui, selon elles, est très fort.

Les photos ci-après (figures 24 et 25), tirées d'une vidéo, montrent une femme en train de traiter des semences de coton (le tas de couleur blanche) à mains nues avec une poudre bleue qu'elle a déposée dans une boîte de conserve (rouge). Un peu d'eau est entreposé dans un ancien bidon (jaune) d'huile découpé en deux. La poudre bleue est l'insecticide/fongicide Montaz 45 WS, très souvent utilisé. Il est composé de 25% d'Imidaclopride et de 20% de Thiram³⁰⁸.

³⁰⁶ Les femmes emploient le terme dioula *nágami* qui signifie mélanger.

³⁰⁷ Nous n'avons pas étudié le cas des cultures maraîchères.

³⁰⁸ Selon le Pesticide Properties DataBase (PPDB), l'Imidaclopride a des effets reprotoxiques, <https://sitem.herts.ac.uk/aeru/ppdb/en/Reports/397.htm> et le Thiram pourrait être un perturbateur endocrinien et avoir des effets reprotoxiques, <https://sitem.herts.ac.uk/aeru/ppdb/en/Reports/642.htm>



Figure 24. Enrobage manuel des semences, 2017 Sanou



Figure 25. Enrobage manuel des semences, 2017 Sanou

Rares sont celles qui disent porter un masque pour se protéger. Celles qui en portent, décrivent le masque utilisé couramment pour se protéger de la poussière quand on roule en moto et qui est fabriqué à base d'une mousse recouverte d'un tissu. Il est fixé par un élastique qui enserre la tête, et recouvre la bouche et le nez. Parfois, un bout de pagne noué derrière la tête peut faire office de protection. En revanche beaucoup de femmes décrivent les mêmes effets sur le corps provoqués par la manipulation de ces produits. La plupart s'accordent à dire que cette poudre produit du *gaz* qui provoque la « toux » et peut donner le rhume³⁰⁹ qui dure ensuite plusieurs jours. Ce gaz peut également « *gratter la gorge et la peau* ». L'une d'entre elles dit que « *même l'odeur du produit fait gonfler le ventre* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 27.12.2016).

Une cultivatrice résidant dans une région cotonnière, en visite chez une parente à Bobo-Dioulasso, raconte que lorsqu'elle mélange les semences, elle « *ferme son nez avec un cache nez* ». Elle précise que « *si on respire ça sent mauvais, ça donne des maux de ventre* ». Selon elle, « *si le gaz te rentre trop, ça tue* ». Pour elle, il est nécessaire de bien se laver les mains, « *sinon si tu ne te laves pas bien les mains et que tu manges après, tu vas avoir des maux de ventre tellement forts qu'il faut aller à l'hôpital* ». Elle répète que cette poudre « *sent fort* », que « *ça pique le nez* », « *ça fait mal au niveau de la poitrine* » et « *ça donne le rhume* ». Elle consomme ensuite le beurre de karité, « *ça fait baisser l'effet du produit* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de sa parente, 13.02.2017).

Le traitement des semences par les pesticides n'est pas toujours réalisé par les femmes. Certaines femmes disent qu'elles ne traitent que les semences de leurs propres champs (haricot, arachides en général). D'autres ne s'occupent pas du traitement des semences de coton. En ville, certains propriétaires traitent eux-mêmes au préalable les semences avant de les remettre aux femmes pour qu'elles

³⁰⁹ Les femmes utilisent le terme dioula *múra* qui signifie rhume.

puissent les semer, comme le raconte Salimata, 27 ans, qui a travaillé comme journalière :

« Au moment où vous mélangez les produits, vous tousez. Mais le propriétaire de champ qui est bon, il ne laisse pas les femmes faire le mélange. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 16.02.2016)

Dans les échanges, les femmes insistent sur le lavage des mains avec de l'eau et du savon après avoir effectué le mélange, afin d'éviter l'ingestion du produit qui reste sur les mains, comme l'évoque Sabrina : *« si tu finis de mélanger, il faut se laver les mains. Si tu ne laves pas tes mains et puis tu manges, ton ventre sera gonflé »* (Entretien, Bobo-Dioulasso, 18.10.2016). Certaines cultivatrices utilisent aussi les feuilles d'oseille³¹⁰ :

« Si tu finis de mélanger avec la main, tu te laves la main avec du savon et des feuilles d'oseille. Parce qu'on a dit que comme les feuilles d'oseille sont aigres, cela détruit le poison. » (Causerie, région Satiri, 17.02.2016)

De même, les femmes affirment que les mères qui allaitent sont tenues écartées de cette opération afin d'éviter le contact du bébé avec le produit. En revanche, elles ne formulent pas de contre-indication pour les femmes enceintes.

Les produits utilisés pour traiter les semences sont nombreux. La société cotonnière donne gratuitement aux cultivateurs de coton un sachet de pesticides³¹¹ pour chaque sac de semences de coton acheté. Les femmes manipulent ces produits quand elles traitent les semences de coton. Elles les utilisent également pour les autres cultures. D'autres traitements sont disponibles dans les boutiques et sur les marchés en sachet ou en vrac. Certains pesticides pour traiter les semences sont vendus sur le marché à Bama alors qu'ils contiennent de l'Endosulfan ou du Lindane, deux pesticides organochlorés (figure 26) (Extrait carnet de terrain, Bama, 15.06.2016).



Figure 26. Pesticides pour traiter les semences sur le marché de Bama, 2016 Servais

³¹⁰ Nous retrouvons le même principe que l'utilisation de la fleur de *dà* dans le cadre du lavage des bidons de pesticides vides, que nous avons mentionné précédemment.

³¹¹ Pour la saison de coton 2016-2017, la société a livré du CALTHIO (poudre de couleur rouge) ou du MOMTAZ 45 WS (poudre de couleur bleue), deux fongicides insecticides.

Par ailleurs, certaines semences, comme celles du coton, sont également vendues préalablement traitées³¹²; celles-ci sont dangereuses comme l'indiquent le symbole de la tête de mort et le mot *danger* qui figurent sur le sac (figures 27 et 28).

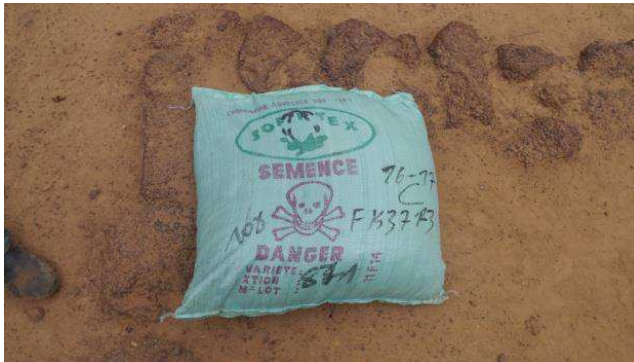


Figure 27. Sac de semences de coton, 2016 Servais



Figure 28. Semences de coton traitées (bleues), 2016 Servais

Cet usage des pesticides sur les semences expose non seulement les femmes lorsqu'elles effectuent le mélange mais aussi lors de l'ensemencement des graines dans la terre³¹³.

3.2 Les activités concomitantes ou en lien avec l'utilisation des pesticides

Ce sont les femmes qui sèment les graines (souvent traitées) dans les champs à mains nues et sans aucune protection. D'après certaines cultivatrices, les effets du produit se font ressentir sur le corps comme l'illustrent ces propos recueillis lors d'une causerie :

Minata (20 ans) : « Quand on sème, ça rougit les doigts. Et avant de manger il faut laver proprement les mains. [...] »

Les femmes : l'odeur est là. [...] »

Djamila (21 ans, enceinte) : ça donne le rhume.

Fatou (54 ans) : Le rhume et la toux

Minata : Quand tu sèmes et que tu touches ton front, c'est comme si tu as mis du piment dans tes yeux, ça te brûle. » (Causerie, village, 18.03.2017)

Le moindre contact avec la peau peut ainsi avoir des effets, comme le mentionne aussi Sabrina, journalière : « *Lorsque tu frotes le nez, ça te brûle. Aussi, ça donne le rhume* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 27.12.2016).

Les effets provoqués par les pesticides sur les semences peuvent effrayer les femmes. Ainsi Kadija journalière à Bobo-Dioulasso, refuse avec ses coéquipières de semer ces graines « *parce que quand tu sèmes, le poison va rester dans tes*

³¹² Ce sont les « semences mélangées » traduction littérale de l'expression dioula utilisée par les femmes *sùmansì nágami*.

³¹³ Des enfants et de jeunes hommes peuvent également participer.

mains. Tu ne vas pas te laver³¹⁴ les mains et tu vas manger ». Une de ses coéquipière présente ajoute « *ces produits ça tue, ça donne des tumeurs au ventre, des vertiges* » (Causerie, Bobo-Dioulasso, *non loti*, dans la cour de Kadija, 24.07.2016).

La seule exception qui peut empêcher une femme de semer les graines traitées, c'est le cas où elle allaite, pour les mêmes raisons qu'elle ne traite pas les semences. Les femmes enceintes ne sont pas exclues de cette tâche. De plus, l'exception n'est pas strictement appliquée comme l'expliquent ces cultivatrices :

Fatou, 54 ans : « les femmes qui allaitent ne sèment pas les semences mélangées. Les femmes qui allaitent prennent les graines non mélangées et elles partent semer. Il y a des femmes qui allaitent, elles sèment les semences mélangées mais chez nous elles ne sèment pas.

Bintou, 30 ans : D'autres, si elle est seule chez son mari, qu'elle soit enceinte ou qu'elle allaite, si elle amène la nourriture aux champs, elle peut aider son mari. Si la femme a été intelligente elle peut enlever (prendre) la semence qui n'a pas été mélangée, mais les femmes enceintes peuvent semer aussi. » (Causerie, village, 18.03.2017)



Figure 29. Doigts bleus enduits de pesticide, 2016 Servais

Pendant que le mari pulvérise un mélange de deux herbicides qu'il a lui-même préparé, ses co épouses et ses enfants sèment les graines de coton à proximité. Nous pouvons voir leurs doigts empreints de la poudre bleue dont sont enduites les graines (figure 29). L'une des coépouses a tenu son bébé éloigné à l'ombre d'un arbre, non loin du champ où le mélange d'herbicide est appliqué (Extrait carnet de terrain, dans les champs, à proximité du village, 25.06.2016).

³¹⁴ Le problème est d'autant plus prégnant que les femmes n'ont pas toujours accès à l'eau quand elles travaillent dans les champs. Elles amènent des bidons d'eau principalement pour boire.

L'exposition des femmes aux pesticides peut se poursuivre et se majorer pendant l'ensemencement comme nous avons pu l'observer sur le terrain. Certains cultivateurs pulvérisent de l'herbicide, souvent un mélange de deux herbicides, pendant que les femmes sèment. Certaines femmes peuvent avoir le bébé au dos, ou bien ceux-ci sont déposés non loin d'elles comme nous pouvons le voir sur la photo. Les producteurs de coton ont tendance à mélanger les herbicides totaux (dont la matière active est le glyphosate), prévus après le labour, avec les herbicides de pré-levée (ce qu'ils appellent *colle*, utilisé avant la levée de la culture et des mauvaises herbes). Ceci leur évite un second passage avec le deuxième herbicide. Ils ont en effet un autre herbicide dit de post levée à pulvériser une fois que la culture a germé.



Figure 30. Epandage dans le champ à proximité des bébés, 2016 Servais



Figure 31. Bébé dans les champs pendant l'épandage, 2016 Servais

Nous pouvons voir au troisième plan de la première photo (figure 30), sous l'arbre, deux femmes bédouines au dos. Chacune tient un petit panier contenant les graines de coton traitées et une petite daba. Au deuxième plan, un homme est en train de pulvériser le mélange d'herbicides pendant qu'un autre pulvérise un peu plus loin dans le même champ. Au premier plan, deux bédouines sont installées chacune dans une bassine en plastique bleue (seconde photo, figure 31) (Extrait carnet de terrain, dans les champs, à proximité du village, le 16.06.2016).

D'autres sources d'exposition des femmes aux pesticides ont été également relevées sur le terrain. Celles-ci se rendent régulièrement dans les champs alors qu'ils sont en cours de traitement ou déjà traités. Cette présence dans les champs est liée aux travaux agricoles qui leur sont dévolus comme la cueillette, le désherbage et la récolte du coton.

En milieu rural, dans la zone étudiée, la culture sous parc (néré et karité principalement) est traditionnelle et omniprésente dans le paysage. La cueillette des noix de karité coïncide avec les travaux des champs et en particulier avec l'étape de pulvérisation des herbicides³¹⁵. C'est pourquoi il est possible d'observer des femmes ramasser les noix pendant que des cultivateurs pulvérisent dans les champs à proximité. De même, elles entrent quelques jours plus tard dans les champs qui ont été traités, pour désherber, puis plus tard pour effectuer la récolte. Selon elles, il suffit que la pluie « batte » les cultures pour évacuer les pesticides qui ont été pulvérisés. Elles ne portent aucune protection lorsqu'elles travaillent dans les champs traités.

De même, certaines d'entre elles se rendent aux champs pour apporter l'eau (qui sert à diluer les pesticides) à leur mari. Elles évoquent l'odeur des produits dont elles cherchent à s'éloigner quand elles sont dans le champ. Parfois, ce sont les jeunes filles de la cour qui sont commissionnées et que l'on peut croiser sur les chemins.

De plus, la plupart des femmes rencontrées lavent les vêtements imprégnés de pesticides que les maris ont portés quand ils ont pulvérisé les cultures³¹⁶.

En plus du mélange des semences qui peut s'effectuer dans la cour, les pesticides peuvent aussi être préparés, notamment le mélange d'herbicides, et versés dans le pulvérisateur, directement dans la cour de la concession plutôt que dans les champs. De même, les pesticides sont fréquemment entreposés dans les habitations, voire dans la chambre à coucher, pour les préserver du vol.

³¹⁵ Des récits font ainsi état d'accidents d'enfants qui ont été malades, voire qui sont décédés, après avoir mangé des noix de karité ramassées dans des champs traités. Les femmes et les hommes rencontrés mentionnent parfois l'instauration d'un signe qui informe que le champ a été pompé ; celui-ci consiste à retourner le bidon de pesticide vide usagé sur un bâton planté dans le champ traité. Cette mesure concerne en particulier les champs de haricots dans lesquels les femmes ont l'habitude de prélever les feuilles de cette légumineuse pour faire la sauce.

³¹⁶ Les femmes qui pulvérisent elles-mêmes lavent leurs habits.

III. La procréation face aux pesticides au Burkina Faso : un risque sanitaire négligé ?

A partir des usages et des perceptions des pesticides par les hommes et les femmes que nous avons rencontrée, nous allons à présent préciser le risque que représente l'utilisation de ces pesticides pour la santé reproductive des femmes. Il s'agit de caractériser les formes d'exposition auxquelles sont soumises les femmes. Puis, nous montrerons comment des chercheurs, relayés par les médias et le milieu associatif, se mobilisent pour alerter et sensibiliser les populations, de même que les fabricants et distributeurs de pesticides informent des utilisateurs, ce qui atteste d'une forme de gestion du risque³¹⁷. Ensuite nous examinerons la présence ou l'absence de cette thématique dans les politiques sanitaires nationales, en tentant de comprendre les motifs de l'appréhension incomplète du problème lié aux pesticides chez certains de ces acteurs nationaux.

1. Les risques autour de la procréation liés aux pesticides

A partir de nos données de terrain présentées plus haut, nous pouvons identifier trois types d'exposition auxquelles les femmes sont soumises : les expositions indirectes en tant que consommatrices de denrées alimentaires et d'eau, les expositions directes en tant que résidentes et celles liées aux activités agricoles. En nous basant sur la littérature, nous allons montrer que ces types d'exposition leur font courir de nombreux risques pour leur santé. Dans le cadre de cette recherche nous n'aborderons que les risques qui concernent la procréation, d'autant plus importants que les expositions peuvent se combiner.

1.1 Les expositions indirectes aux pesticides

Cet usage des pesticides que l'on retrouve aussi bien pour diverses variétés culturales qu'au niveau des différentes étapes du travail agricole (depuis la préparation des semis jusqu'à la conservation des denrées alimentaires cultivées) multiplie les formes d'exposition pour les individus, et notamment pour les femmes. L'exposition qui suscite le plus l'intérêt des scientifiques et des médias concerne le risque toxique par les pesticides pour le consommateur (Jas 2010) via les résidus de pesticides contenus dans les aliments et l'eau. Même si cette forme d'exposition n'est pas spécifique puisqu'elle affecte tous les individus, elle nous intéresse parce qu'elle met en évidence les risques de toxicité liés aux pesticides qui peuvent affecter la procréation.

³¹⁷ Bien que les objectifs poursuivis puissent différer par certains aspects.

a. La chaîne alimentaire et l'eau de boisson

Comme nous avons pu l'observer et l'entendre, l'exposition via la chaîne alimentaire et l'eau de boisson est omniprésente sur le terrain. Elle l'est d'autant plus que des études réalisées au Burkina Faso confirment l'accroissement et la généralisation de l'usage des pesticides dans les cultures céréalières et maraîchères et les risques que cette utilisation peut engendrer sur l'environnement et la santé humaine (Nébié, Yameogo, et Sie 2002) (Bassolé et Ouedraogo 2007) (Congo 2013) (Naré et al. 2015) (Son et al. 2017). Les manipulations comme l'usage de produits très toxiques et non adaptés destinés souvent à la seule culture cotonnière, les surdosages dépassant les normes internationales recommandées, le mélange de plusieurs produits, le non-respect des délais avant la consommation ou la mise en vente des céréales et légumineuses sur le marché³¹⁸, ou encore la réutilisation des bidons usagés à des fins alimentaires sont décrits à maintes reprises dans différentes régions du Burkina Faso (Gomgnimbou et al. 2009) (Congo 2013) (Toé 2010) (Zongo 2015) (Ouedraogo et al. 2016) (Son et al. 2017). L'ensemble de ces études souligne le risque sanitaire encouru par les consommateurs au regard de la toxicité des produits utilisés et des conditions de leur utilisation. Selon les études mentionnées, les normes de dosage ne sont pas respectées, ce qui peut impliquer des intoxications aiguës ou chroniques par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. En effet, afin d'éviter ces risques, des limites maximales de résidus de pesticides autorisées ont été fixées pour les denrées végétales, animales et pour l'eau. Ces limites impliquent pour chaque substance chimique utilisée de se conformer aux normes concernant la dose journalière admissible et la dose de référence aiguë, selon le produit. De même pour la question de la réutilisation des bidons de pesticides, alors que celle-ci est problématique pour la santé humaine ; non seulement dans le cas des intoxications aiguës mais aussi d'intoxications chroniques. Le risque est d'autant plus grand quand le lait de zébu est conditionné dans ces bidons qui conservent des résidus de pesticides dont certains ont la propriété d'être liposolubles et ainsi de contaminer le lait puis l'humain.

La situation est identique avec l'eau. Plusieurs études récentes portant sur la pollution des plans d'eau, des puits et des forages montrent une contamination par les pesticides des eaux de surface. Dans une étude portant sur l'évaluation de la qualité de l'eau au Burkina Faso, 14 substances actives de pesticides ont été

³¹⁸ Cette question du non-respect des délais se retrouve aussi bien pour la conservation des denrées alimentaires que pour l'épandage. Un jardinier rencontré dans l'un des potagers de Bobo Dioulasso raconte qu'il ne respecte pas strictement les délais avant commercialisation et consommation recommandés après l'épandage des pesticides (3 au lieu de 7 jours par exemple) dans le cas où des acheteurs, en l'occurrence des femmes qui revendent ensuite sur le marché, se portent immédiatement acquéreur de la planche (carré de culture) qu'il a cultivée. Pour lui, ce sont les impératifs économiques qui priment pour sa propre subsistance et celle de sa famille.

identifiées dans 39 plans d'eau sur 40. La présence d'Atrazine, herbicide interdit en France depuis 2003³¹⁹, et de ses composés a été relevé, dépassant de 3 fois, dans certains cas, la norme de l'OMS.

De faibles doses de deux autres herbicides ont été également observées; l'Alachlore, interdit depuis fin 2006 en Europe³²⁰ et un composé du DiuronTM (Cecchi 2014). De même une étude sur les puits, les forages et un lac à proximité de cultures maraîchères a relevé la présence de 8 pesticides³²¹ à des doses potentiellement dangereuses pour le consommateur (Lehmann et al. 2018). Sur les échantillons de légumes et d'eau collectés autour d'un plan d'eau, les limites maximales de résidus ont été dépassées dans 36 % des échantillons pour sept pesticides. Selon les auteurs, ce dépassement suggère un risque pour les consommateurs et limite les possibilités d'exportation. En outre, des risques d'exposition aiguë et chronique à 4 pesticides ont été détectés pour les enfants et les adultes, dont un neurotoxique perturbateur endocrinien, le Chlorpyrifos (Lehmann et al 2017). La culture cotonnière est également une source de pollution des eaux de surface (Tapsoba Bonzi Coulibaly 2006) (Dipama 2009) (Nganoah 2009) (Toé 2010). La présence d'Endosulfan et d'Aldrine, pesticides organochlorés est relevée à des concentrations supérieures aux normes internationales fixées par l'OMS (Tapsoba et Bonzi Coulibaly 2006). Selon Toé, l'Endosulfan (interdit depuis 2007 au Burkina Faso) constitue la plus grande menace pour les eaux de surface (Toé 2010). Une étude récente a également noté une concentration élevée de Paraquat - herbicide neurotoxique interdit dans l'Union Européenne en 2007 et au Burkina Faso depuis 2011- dans les sols d'une zone de cultures intensives, « *deux mois après le début de la campagne agricole* », qui implique un risque important de contamination des eaux de surface (Ouedraogo et al. 2016).

Selon certaines études, la toxicité des produits, détectés dans les eaux de surface et les sols les puits et les forages est plus importante pendant la saison pluvieuse (Savadogo et al. 2006) (Lehmann et al. 2018) avec les crues (Cecchi 2014), particulièrement en juillet et en août (Tapsoba et Bonzi Coulibaly 2006). De même, l'eau de surface est polluée par les traitements utilisés dans les champs de canne à sucre, cultivée uniquement dans la zone de Banfora (Ouedraogo et al. 2012).

Ces études mettent ainsi en évidence non seulement une contamination par les pesticides des denrées alimentaires cultivées au Burkina Faso, mais également de l'eau. Ce phénomène concerne aussi bien le milieu rural que la ville où sont cultivés des potagers urbains (Bassolé and Ouedraogo 2007) (Cecchi 2014) (Naré et al.

³¹⁹ Un article publié en juin 2017 dans le magazine Science et Avenir dévoile que l'Atrazine est toujours en circulation en Afrique via des exportations françaises depuis 2004, année suivant son interdiction en France. https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-france-exporte-un-pesticide-interdit-sur-son-sol-vers-des-pays-en-developpement_113493

³²⁰ <https://www.anses.fr/fr/system/files/EAUX2013sa0187.pdf>

³²¹ L'Atrazine, l'Azadirachtine, le Carbofurane, le Chlorpyrifos, la Cyperméthrine, la Dieldrine, l'Imidaclopride et le Profénofos.

2015) (Son et al. 2017). En plus du risque d'intoxication aiguë en cas d'ingestion, ce sont les phénomènes de bioaccumulation et de bioamplification de certains produits qui pourraient conduire à une intoxication chronique et avoir des conséquences délétères sur les femmes burkinabè et leur capacité à mener une grossesse à son terme et, donner la vie à un enfant en bonne santé. Des études ont en effet montré des corrélations entre une contamination des eaux potables aux pesticides, notamment l'Atrazine, et des problèmes liés à la procréation. Ainsi la consommation d'eau potable contaminée par les herbicides, en particulier l'Atrazine, sur le lieu de résidence peut entraîner un retard de croissance intra utérine (Munger et al. 1997; Ochoa-Acuña et al. 2009) (Chevrier et al. 2011). Par ailleurs, des concentrations plus élevées d'atrazine dans l'eau potable ont été associées à des anomalies abdominales (Brender and Weyer 2016). Or en milieu rural, la population consomme l'eau des puits et des forages, voire l'eau de surface comme nous avons pu l'observer au moment de la saison des pluies avec la rivière sur notre terrain de recherche.

A cela s'ajoute la multiplicité des pesticides utilisés, dont certains sont reconnus pour leur grande toxicité, et les mélanges de produits dont les effets ne sont pas connus. Aucune étude n'est disponible au Burkina Faso, néanmoins des chercheurs ont trouvé des molécules de pesticides dans le lait maternel (Skaare 1981; Somogyi and Beck 1993; Pohl and Tylenda 2000; Landrigan et al. 2002). Des études réalisées en Afrique ont aussi mis en évidence des résidus de pesticides dans le lait maternel au Kenya (Kanja et al. 1986; Kinyamu et al. 1998), en Ouganda (Ejobi et al. 1996), au Zimbabwe (Chikuni et al. 1991 ; Chikuni et al. 1997) et en Afrique du sud (Bouwman et al. 1990). Parfois les concentrations sont élevées (Ntow 2001). Ces traces ainsi relevées indiquent qu'il y a bien un phénomène d'accumulation dans le corps humain et montrent que les populations du continent africain, en l'occurrence les femmes et leurs enfants, ne sont pas épargnées par le phénomène de contamination par les pesticides.

En revanche, nous manquons de données sur la présence de résidus de pesticides dans les dérivés alimentaires du coton, culture qui nécessite de nombreux traitements dont certains lui sont strictement réservés, étant donné leur toxicité. Or, la graine de coton est aussi utilisée pour la fabrication d'huile de consommation ou transformée en farine pour l'élaboration d'une sauce appelée « graine de coton » qui accompagne les plats. Les tiges de coton ont en outre remplacé celles de mil dans la production de la potasse dont l'un des usages est alimentaire. Les résidus de coton servent aussi à l'alimentation du bétail (tiges, déchets de coton et tourteaux). Alors que le système d'homologation des pesticides fait abstraction des usages alimentaires du coton et considère la production de fibres textiles comme seule fonction de la culture du coton, l'absence de données sur les résidus de pesticides hautement toxiques -et souvent interdits pour les cultures alimentaires- est particulièrement problématique.

b. L'exposition résidentielle

Comme nous avons pu le relever sur le terrain, la pulvérisation des cultures par des pesticides est aussi pratiquée dans des zones habitées, aussi bien en milieu rural qu'en ville ; ce qui expose fortement les populations qui résident à proximité. L'exposition résidentielle a été également observée dans une zone cotonnière à l'Est du pays où selon les chercheurs « *l'air est pollué et est chargé de particules d'aérosol qui seraient inhalées par les habitants au voisinage des champs de cotonnier* » (Gomgnimbou et al. 2009 : 504). En outre, une étude récente a mis en évidence une forte exposition résidentielle, désignée sous la terminologie « exposition environnementale indirecte » dans une zone de maraîchage dans la région de Ouagadougou. Cette étude basée sur l'analyse des échantillons de cheveux a été réalisée auprès des jardiniers maraîchers et des individus sélectionnés sur la base de leur domiciliation dans ce même secteur. Selon les auteurs, les concentrations de pesticides³²² relevées ont dépassé les niveaux signalés dans la littérature exceptés le DDT et ses métabolites. 17 classes de produits chimiques ont ainsi été détectées. Cette étude s'est attachée à distinguer l'exposition des hommes de celle des femmes. Le Chlorpyrifos-ethyl a ainsi été détecté plus fréquemment chez les femmes ainsi que des concentrations plus élevées de lambda-cyhalothrine par rapport à l'ensemble de la population participant à l'étude (Lehmann et al. 2018).

Nos observations de terrain, ainsi que les études au Burkina Faso abordant l'exposition résidentielle confirment les risques qu'encourent les femmes enceintes burkinabè qui résident à proximité de zones d'application des pesticides. Cette exposition est en effet associée à des risques d'anomalies congénitales pour leur bébé (Rappazzo et al. 2016) voire de mort fœtale due à ces anomalies (Pastore, Hertz-Picciotto, et Beaumont 1997) (Bell, Hertz-Picciotto, et Beaumont 2001). Le risque augmente pour les femmes avec une plus grande proximité avec les cultures traitées. Les périodes vulnérables pour le bébé concernent surtout le premier mois avant la conception et le premier trimestre de la grossesse (Bell, Hertz-Picciotto, et Beaumont 2001). D'autres atteintes ont été associées à la proximité résidentielle des femmes par rapport aux applications de pesticides, notamment des risques élevés d'anomalies du tube neural et de sous-types d'anencéphalie ou de spina-bifida (Rull, Ritz, et Shaw 2006).

³²² Les pesticides néonicotinoïdes étaient les plus fréquemment détectés, avec au moins un résidu dans 95 % des échantillons. Des pesticides organochlorés, pyrèthroïdes et organophosphorés ont été détectés respectivement dans 64 %, 52 % et 18 % de la population. La triazine et le carbamate ont été trouvés dans moins de 10% de la population (Lehmann et al. 2018).

1.2 L'exposition liée à l'activité agricole

« De par leur emploi, généralement en circuit ouvert, et de par leur capacité à se disperser au-delà de la cible visée, les pesticides constituent un risque pour les organismes « non cibles ». L'Homme est évidemment concerné, et en premier lieu les utilisateurs de pesticides dans un contexte d'usage professionnel » (INSERM 2013 : 20).

D'après nos données de terrain qui mettent en exergue le travail des femmes dans les champs en milieu rural, et urbain avec les journalières, nous pouvons considérer que celles-ci font partie de la catégorie ainsi désignée par le rapport de l'INSERM, ce qui signifie qu'elles encourent également des risques élevés pendant leurs activités.

« La notion d'« exposition » désigne le contact entre l'homme et un contaminant, ici les « pesticides », à une concentration donnée pendant une période de temps donnée. L'exposition peut se faire par ingestion, inhalation ou encore par voie cutanée. L'exposition peut s'avérer directe comme lors d'un traitement, ou indirecte comme lors de la réentrée dans une zone traitée » (Anses 2016 : 4).

Dans le secteur des activités liées aux travaux des champs, nous avons montré une exposition directe des femmes aux pesticides. Il s'agit de situations où elles manipulent les pesticides, lorsqu'elles pulvérisent et traitent les graines dans les champs. Dans le cas du traitement des semences, les femmes ne se protègent pas ou très peu. Elles sont alors en contact avec les pesticides qui se présentent sous forme de poudre par inhalation, et par voie cutanée. Or, comme le souligne le rapport de l'INSERM, *« [E]n milieu professionnel agricole, l'exposition cutanée est démontrée comme la voie majeure³²³ de pénétration des pesticides »* (INSERM 2013 : 10). La voie cutanée peut représenter parfois plus de 90% de la contamination (Baldi et al. 2006) (Garrigou et al. 2011). La voie de contamination dépend aussi des caractéristiques du produit utilisé et *« le risque d'exposition respiratoire est accru pour une poudre »* (INSERM 2013 : 10). Ainsi les femmes qui traitent les semences risquent de se contaminer non seulement par la peau mais également par le fait d'inhaler le produit toxique dont la forme en poudre augmente le risque.

Par ailleurs, au cours de leur activité d'ensemencement, elles sont en contact avec des graines enduites de pesticides qu'elles tiennent en main sans protection. Nous sommes alors dans le cas d'une « contamination indirecte » qui correspond à *« toutes les phases de contact du corps et en particulier des mains avec des surfaces préalablement contaminées par des pesticides »* (Anses 2014 : 61). De plus, nous avons eu l'occasion d'observer des situations où, pendant qu'elles sèment, les cultivateurs pulvérisent de manière concomitante des pesticides essentiellement un mélange d'herbicides, dans le même champ. Elles sont ainsi

³²³ La voie cutanée peut représenter parfois plus de 90% de la contamination d'après un rapport d'expertise collective de l'Anses qui cite (Baldi et al. 2006) et (Garrigou et al. 2011) (Anses 2014).

exposées à un risque d'exposition aux pesticides par l'inhalation des herbicides ainsi épanchés. Cette phase du travail dans les champs est importante parce qu'elle sollicite beaucoup les femmes, même celles qui sont enceintes ou qui allaitent. De même, leur présence dans les champs pour effectuer leurs activités agricoles (désherbage manuel, cueillette, portage de l'eau aux hommes) les expose également aux pesticides dans la mesure où les cultivateurs sont en train de pulvériser des herbicides mais aussi les pesticides destinés à la culture du coton, dans les champs voisins. Une étude réalisée en milieu rural qui comprend la région de Bobo Dioulasso, confirme cette présence des femmes et les risques qu'elles encourent ainsi que les enfants. Selon Ouedraogo, « *[p]rès de la moitié (45,77 %) des applicateurs reconnaissent avoir de la présence d'autres personnes pendant les applications. Ces personnes sont composées d'hommes, de femmes et d'enfants. La présence de personnes à proximité des zones de traitement les expose fortement à des risques d'intoxication* » (Ouedraogo et al 2016 : 48-49). Diakitè a étudié les pratiques culturales en milieu de bas fond (culture du riz) dans la région centre Est du Burkina Faso. Il a également observé les paysans pulvériser leurs produits (herbicides) sur les cultures pendant que, « *les femmes [qui] viennent aux champs, accompagnées de leurs enfants et très souvent même de bébés, couchent ces derniers lorsqu'ils ont sommeil dans le champ, juste un pagne et non couvert. Ces enfants se retrouvent eux aussi exposés aux produits toxiques que contiennent les herbicides ce qui fragilise leur santé et peut entraîner des conséquences graves* » (Diakitè 2013 : 18). Bien qu'il mentionne seulement l'exposition des enfants, nous pouvons relever celles des femmes.

D'autres activités sont également des expositions potentielles comme récolter dans les champs qui ont été traités (Naidoo 2011) ainsi que laver le linge contaminé, c'est-à-dire porté lors de la manipulation des pesticides (Mrema et al. 2017).

Nous manquons de données spécifiques sur les effets des expositions professionnelles sur la santé des femmes travaillant dans l'agriculture. Certaines relèvent les cas d'intoxications aiguës et viennent par conséquent confirmer les risques encourus par les femmes. Ainsi, Mancini s'est intéressée aux risques d'intoxications aiguës³²⁴ en Inde dus à l'utilisation des pesticides sur la santé des paysans et en particulier des femmes qui aident dans les champs de coton. Celles-ci assurent le mélange de pesticides concentrés et le remplissage des réservoirs de pulvérisation. L'auteur montre que ces tâches se révèlent aussi dangereuses que l'application directe de pesticides (Mancini et al. 2005). Dans une étude au Burkina Faso, sur les intoxications dus aux pesticides agricoles, la majorité des victimes étaient des femmes³²⁵ (70,37% des cas) lorsque les cas d'empoisonnement étaient

³²⁴ Empoisonnement moyen à sévère avec des effets neurotoxiques (Mancini 2005).

³²⁵ Ce phénomène peut aussi s'expliquer par le fait que les femmes sont plus promptes que les hommes à se rendre dans un centre de santé. Ce chiffre met néanmoins en évidence l'exposition des femmes.

enregistrés par les centres de santé selon le sexe et l'âge. Néanmoins les circonstances de l'empoisonnement n'étaient pas précisées (Toé 2010 : 42).

En outre des études se sont attachées aux atteintes potentielles sur la procréation, liées à l'exposition agricole des femmes. A partir de leur histoire de vie, Greenlee a établi un lien entre l'infertilité féminine et l'exercice d'une activité agricole par les femmes (participation au mélange, à l'application d'herbicides ou encore à l'exposition à des fongicides avant la tentative de conception) (Greenlee, Arbuckle, et Chyou 2003). Une autre étude suggère un lien entre l'exposition aux pesticides et certaines anomalies congénitales chez les enfants des femmes rurales sud-africaines qui travaillent la terre (Heeren, Tyler, et Mandeya 2003). De même selon Pastore, l'exposition professionnelle des mères aux pesticides peut entraîner des morts-nés dus à des anomalies congénitales lors des deux premiers mois, puis des complications avec le cordon, le placenta et les membranes au 1^{er} et 2^{ème} trimestre (Pastore et al 1997). Dans son étude sur les problèmes de santé parmi les femmes soumises à l'exposition aux pesticides dans l'industrie horticole en Tanzanie, Mrema constate aussi le manque de données à ce sujet :

« Studies among women on associations between occupational exposure to pesticides and health problems are scarce » (Mrema 2017 : 7).

2. La gestion du risque au Burkina Faso

Au Burkina Faso, les pesticides constituent actuellement un véritable problème de santé publique et environnementale mis en exergue par certains acteurs et des organisations de la société civile qui mettent en place des systèmes d'alerte voire des outils de prévention.

2.1 Les alertes médiatiques sur un problème impératif

Le phénomène lié à l'usage des pesticides au Burkina Faso fait l'objet d'une grande attention de la part des médias qui s'emparent régulièrement de la question, le présentant comme un « phénomène », et « inquiétant » de surcroît. Dans ce contexte médiatique, deux chercheurs burkinabè (un toxicologue de l'environnement et un biochimiste de l'université de Ouagadougou) se sont exprimés dans les médias pour alerter du danger qui menace l'environnement et la santé humaine dans le pays. Deux longs articles³²⁶ ont été publiés dans le journal en ligne Fasonet les 26 septembre 2016 et 17 janvier 2017. Le journal télévisé de

³²⁶ Le premier est intitulé « *Réurrence des incidents environnementaux au Burkina Faso : Comment faire face aux enjeux de la pollution ?* », <http://lefaso.net/spip.php?article73333> ; le second, a été publié sous le titre « *Usage incontrôlé des pesticides et impact sur l'environnement et la santé des populations* », <http://lefaso.net/spip.php?article75218>

20 h à la RTB2 Radio Télévisée Burkinabè³²⁷ a consacré le 21 août 2016, plus d'un tiers de son émission à la thématique des pesticides avec 3 reportages sur le terrain, réalisés dans des régions différentes du Burkina Faso et un entretien avec un scientifique burkinabè. Le premier reportage portait sur « *la nouvelle méthode culturale en vogue* » chez les paysans de petites et grandes exploitations agricoles qui consiste à utiliser massivement les herbicides à la place du labour, utilisation qui se propage dans les villes pour « *nettoyer les allées*³²⁸ ». L'autre s'est focalisé sur « l'ignorance » des cultivateurs à propos des manipulations erronées (surdosage) des produits qu'ils utilisent et de leurs effets sur l'environnement et la santé humaine. Le troisième a fait état de la prolifération des points de ventes de pesticides, le considérant comme « *un phénomène jamais égalé au Burkina Faso* ». Au-delà de la prise de conscience de l'ampleur du phénomène, toutes ces interventions s'accordent à dire qu'on assiste, au Burkina Faso, à une généralisation de l'utilisation des pesticides, évoquant même une « *inondation du marché* » par ces produits très toxiques, la plupart n'étant pas homologués, difficilement identifiables. D'après elles, cette utilisation « massive » est devenue incontrôlable, malgré une loi de 1998 qui règlemente la circulation et le commerce des pesticides. Par ailleurs chacun alerte sur les conséquences de ces utilisations hors contrôle sur l'environnement et la santé humaine.

Il est à ce sujet rappelé à deux reprises un fait qui a récemment défrayé la chronique au moment où se déroule ce journal télévisé. Une dizaine de bovins ont été retrouvés morts en 2016 dans la région Est, vers Fada n'Gourma ; de fortes présomptions portent sur une intoxication par les pesticides. Ces animaux décédés peuvent être rapprochés des « animaux sentinelles » définis comme des organismes non humains qui peuvent réagir à un contaminant environnemental³²⁹ (Hamlin et Guillette 2010)³³⁰. Ils opèrent dans ce cas comme des bioindicateurs dans la mesure où, par leur mort brutale et en nombre, ils « informent sur les milieux dans lesquels ils vivent » (Rivière 1993). Etant donné l'espèce concernée, des bovins, et la réaction d'intoxication, leur mort laisse supposer de fortes concentrations de pesticides dans l'environnement, si l'hypothèse de ces contaminants se vérifie. Ainsi, la mort de ces animaux constitue une véritable alerte en matière de santé publique (Reif 2011). D'autre part, les auteurs émettent de fortes inquiétudes concernant les effets sur la santé humaine, notamment sur la santé reproductive et plus précisément sur les femmes enceintes. Néanmoins sur

³²⁷ Le journal aborde la thématique à partir de 15'35, <http://www.rtb.bf/2016/08/it-de-20h-du-21-aout-2016/>

³²⁸ J'ai également observé ce phénomène identique de « l'herbicide qui remplace la daba » jusque dans les villes, en particulier dans ma rue de domiciliation pendant le temps de ma recherche.

³²⁹ Sur le modèle des canaris utilisés dans les mines de charbon pour détecter la présence de monoxyde de carbone, un gaz très toxique pour l'être humain (Rivière 1993).

³³⁰ Ils citent (Stahl 1997).

l'ensemble de ces interventions, c'est essentiellement la contamination par la chaîne alimentaire qui est pointée.

La médiatisation de ce phénomène agit comme un mode d'alerte et aussi de sensibilisation sur la dangerosité des produits et son caractère incontrôlable. Souvent, des recommandations viennent en conclusion de ces interventions. De même, il y a quelques années³³¹ à Bobo Dioulasso, un journaliste a réalisé une émission radiophonique en langue dioula à l'attention des paysans au sujet des pesticides, choqué de voir lors d'un reportage en milieu rural les bidons de pesticides vides côtoyer les femmes et les enfants (Entretien, Bobo Dioulasso, 16.05.2016). Cette émission qu'il a diffusée plusieurs fois³³² visait à sensibiliser les paysans sur les dangers des pesticides pour la récolte et pour la santé des utilisateurs. C'est pourquoi au cours de l'émission, sous forme de monologue, une voix s'adresse au paysan et égrène au fur et à mesure les dangers pour la santé (plutôt sous forme de symptômes, ou sous le nom générique « la maladie »), les pratiques adaptées à la manipulation des pesticides, les précautions et mesures de protection à prendre pour soi-même et vis-à-vis des enfants (gestion des bidons vides). Dans cette émission de sensibilisation les préconisations s'adressent uniquement aux utilisateurs supposés, c'est-à-dire dans ce cas, les hommes.

2.2 Les études scientifiques sur les problèmes engendrés par les pesticides

Comme nous l'avons exposé dans la partie précédente de ce travail, les recherches réalisées au Burkina Faso sur les pesticides, dont certaines très récentes, ont démontré les multiples contaminations (eau, sol, alimentation) dans plusieurs régions du Burkina Faso dues à l'utilisation des pesticides dans les cultures maraîchères, du coton et de la canne à sucre.

Cependant, la plupart de ces études se focalisent sur les questions environnementales et/ou la santé du consommateur, mettant notamment en avant la menace que constituent ces produits pour la santé reproductive. Même si les risques liés aux pesticides sur la santé des producteurs font souvent partie des conclusions, les études consacrées prioritairement à la santé des personnes sont rares. En outre, l'exposition spécifique des femmes dans le contexte du travail agricole n'a fait l'objet jusqu'à présent d'aucune recherche au Burkina Faso. Bien que certaines études aient constaté leur présence dans les cultures ou relevé des cas d'intoxication (Toé 2010). Dans l'étude de Congo, 49,66 % des maraîchers sont

³³¹ Juste avant le passage aux bandes son numériques (2012-2013) selon ses souvenirs (Entretien, Bobo Dioulasso, 16.05.2016).

³³² Son émission sur les pesticides est enregistrée sur une bande son analogique que nous avons traduite et transcrite.

des femmes (Congo 2013). 54% des maraîchers à Ouagadougou sont des femmes (Naré et al. 2015).

Ainsi, si nous comparons deux études sur l'impact des pesticides sur la santé environnementale et humaine, qui comprennent les zones agricoles des Hauts-Bassins, des Cascades et de la Boucle du Mouhoun à 6 ans d'intervalle, la première conclut que « *L'application des pesticides semble être une activité essentiellement masculine dans la zone d'étude. En effet, 98,3% des applicateurs enquêtés étaient de sexe masculin. Seulement 1,7 % de femmes ont fait partie de l'étude* » (Toé 2010 : 19). Tandis que la seconde confirme les conclusions antérieures « *L'application des pesticides semble être une activité majoritairement masculine dans la zone d'étude. En effet, 94,10 % des applicateurs enquêtés étaient de sexe masculin. Seulement 5,86 % de femmes ont fait partie de l'étude* » (Ouedraogo et al. 2016 : 36). Sur la page de garde de ce rapport, figurent 3 photos parmi lesquelles une photo (que nous retrouvons page 36) représentant une femme en train de pulvériser un champ avec un appareil sur le dos et sans aucune protection. Dans la même étude une photo illustrant un échange entre un enquêteur et un chef d'exploitation, montre également une femme à la tête de l'exploitation (Ouedraogo et al. 2016 : 9). En revanche, alors que la première étude avait pu relever auprès des centres de santé les cas d'intoxications aiguës par sexe, montrant au passage que selon cette répartition les cas d'intoxication chez les femmes étaient plus nombreux, cet aspect n'est pas abordé dans la seconde. Dans une autre étude, Lehmann, en travaillant à partir des échantillons de cheveux distincts d'hommes et de femmes, conclut que le sexe (féminin) était un facteur pertinent par rapport aux expositions résidentielles et celles liées au travail agricole (maraîchage) (Lehmann et al. 2018).

Ainsi, depuis quelques années, des équipes de chercheurs burkinabè, principalement des biologistes et des toxicologues, travaillent sur l'impact sanitaire et environnemental des pesticides au Burkina Faso. A notre connaissance, l'exposition des femmes n'a à présent fait l'objet d'aucune recherche spécifique au Burkina Faso. Nous n'avons pas relevé non plus d'études épidémiologiques les concernant, en particulier sur les questions de la santé reproductive.

2.3 Les outils éducatifs destinés aux femmes dans la culture du coton

« On n'a pas fait de distinction (dans l'étude). Je dis que peut-être c'est là la limite. Nous, nous sommes allés avec l'idée que les femmes ne font pas du coton. Même si tu prends l'échantillon national, c'est vraiment minime. [...] Vous voyez maintenant le lien que je fais dans notre étude. Il n'y a pas d'écrit. La femme est dans les champs. Mais au Burkina Faso vous allez parcourir les littératures, il n'y a rien. Non seulement elle est dans les champs, elle sème. Mais aussi il y a même des cultures de gombo qui sont dans les champs de coton. [...] La femme, elle-même, c'est elle qui fait tous les travaux dans le champ. Donc vous voyez le lien que nous, nous voulons faire ressortir d'abord ça, pour montrer que : 1. La femme joue un rôle dans le champ de coton. Si elle joue un rôle, quel est ce rôle ? Donc ça veut dire qu'elle a le nom du

titre de chef d'exploitation. Sinon en réalité, c'est la femme qui fait tous les travaux dans les champs avec les enfants. [...] Mais vous allez parcourir la littérature, ce n'est pas écrit. » (Entretien, chercheur d'un institut de recherche sur le coton, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 02.02.2016)

Au cours d'une étude récente sur l'impact sanitaire (sur les producteurs) des cultures cotonnières, ce chercheur a pris conscience, avec son équipe, du travail des femmes dans les champs de coton ; certaines étant chef d'exploitation, au sein des GPC que nous avons mentionnés dans les parties précédentes. L'équipe a observé qu'elles manipulaient les pesticides et les pulvérisaient sur les cultures, en adoptant des pratiques considérées comme inappropriées et dangereuses, c'est-à-dire sans aucune protection. C'est pourquoi cette équipe a développé un outil de sensibilisation à leur attention sous la forme de boîte à images dessinées³³³. Cet outil en cours d'élaboration présente plusieurs rubriques, comportant chacune plusieurs images. Deux rubriques concernent l'utilisation des pesticides et montrent les bonnes pratiques d'application (BPA). L'une est intitulée « Bien utiliser les pesticides ». Elle met en scène d'abord une femme équipée prête à pulvériser son champ. Nous la voyons porter des lunettes, un casque, un chapeau, des gants et des bottes. Elle est habillée de telle façon qu'aucun de ses membres n'est exposé. Puis, elle nettoie son pulvérisateur, et rejoint ensuite sa concession après avoir entreposé son matériel et ses vêtements de protection dans une habitation située à l'écart. L'autre rubrique porte le titre « Bien pulvériser les pesticides » ; elle présente une femme qui vérifie son matériel (son pulvérisateur), puis dose et mélange les produits dans son appareil, et enfin pulvérise son champ.

Cette initiative à l'égard des femmes qui travaillent dans les champs montre que l'exposition des femmes liée aux activités agricoles est prise en compte par le secteur cotonnier qui cherche à limiter leur exposition. Cependant, comme le suggère l'outil élaboré, seule l'étape de la pulvérisation est présentée comme une situation exposante pour les femmes, omettant toutes les autres que nous avons décrites auparavant.

2.4 Les formations dispensées par les distributeurs et les fabricants

Dans le cadre du commerce des pesticides, certains vendeurs, dont les commerces sont agréés pour la vente, participent à des formations organisées par le promoteur d'un nouveau produit ou encore les distributeurs eux-mêmes, dont l'Association des Grossistes et Détaillants d'Intrants Agricoles du Burkina Faso (AGRODIA³³⁴). C'est au cours de l'une de ces formations qu'un vendeur a appris la consigne d'écartier les femmes enceintes des pesticides pour les préserver : « *Elles ne doivent pas s'approcher des produits car ça peut avorter* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, devant

³³³ Au moment de l'entretien, je n'ai vu que les maquettes de cet outil qui doit être amélioré et n'est pas encore diffusé auprès des productrices de coton.

³³⁴ <http://agrodia.org/>

la boutique, 02.02.2016). Ce même vendeur a reçu lors d'une formation³³⁵, un manuel (figure 32) qui reprend la législation en vigueur au Burkina Faso sur la vente des pesticides, les informations sur ces produits ainsi que sur la gestion des boutiques qui les vendent. Dans la partie qui aborde les pesticides, figurent les effets sanitaires sur l'être humain à court, moyen et long terme, parmi lesquels les conséquences sur la procréation avec des photos explicites de malformations chez les enfants (figure 33).

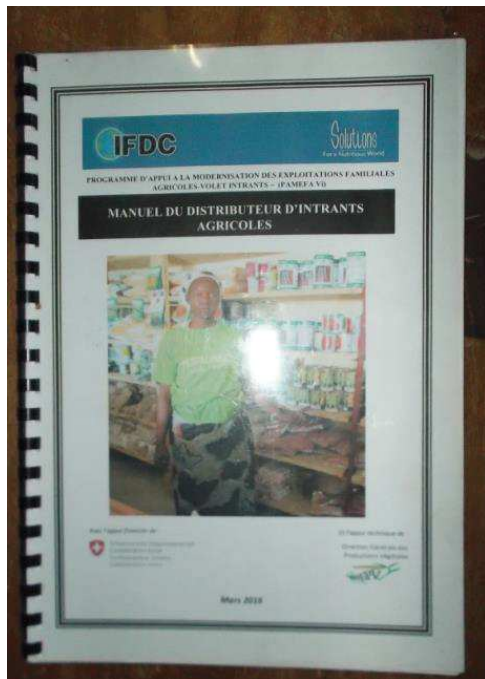


Figure 32. Manuel du distributeur d'intrants agricoles, 2016 Servais

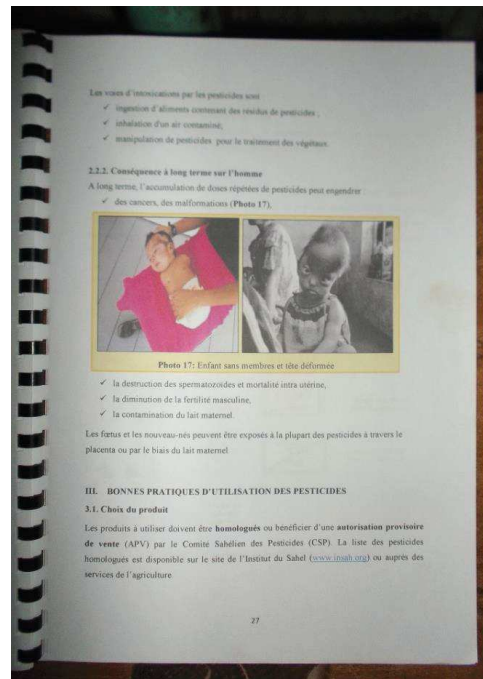


Figure 33. Photos de malformations d'enfants, 2016 Servais

Le manuel est intitulé « Manuel du distributeur d'intrants agricoles » (figure 32). Il a été édité en mars 2016 par l'ONG américaine, International Fertilizer Development Center, l'IFDC³³⁶ et financé par la confédération helvétique. Il a été conçu dans le cadre du Programme d'appui à la modernisation des exploitations familiales agricoles, dans le volet « intrants » (PAMEFA Vi).

A la page 27 de ce guide, les photos montrent deux enfants nés avec des malformations pour illustrer les effets à long terme des pesticides sur l'être humain (figure 33). Les effets sur la procréation sont énumérés comme suit : « *les cancers, les malformations, la destruction des spermatozoïdes et la mortalité intra utérine, la diminution de la fertilité masculine , la contamination du lait maternel* ». Une phrase

³³⁵ Qu'il a eu du mal à comprendre parce qu'elle se déroulait en français ; étant lui-même dioulaphone (Extrait carnet de terrain, Bobo Dioulasso, 13.05.2016).

³³⁶ <https://ifdc.org/>

énonce que « *les foetus et nouveau-nés peuvent être exposés à la plupart des pesticides à travers le placenta ou par le biais du lait maternel* ».

Ces éléments montrent que les risques autour de la procréation sont connus des distributeurs et diffusés auprès des vendeurs, en l'occurrence pour ceux qui comprennent le français et savent lire. Néanmoins, il n'est nullement fait mention de l'exposition des femmes. Les situations d'exposition montrent en effet uniquement des hommes en train de pulvériser.

Par ailleurs, d'autres formations sont prodiguées directement aux utilisateurs de pesticides par les fabricants eux-mêmes, en particulier ceux qui vendent leurs produits aux sociétés cotonnières. Celles-ci leur demandent en retour de former les cultivateurs de coton sur leur utilisation comme Sidiki qui a suivi la formation « Applique bien » dispensée par un fabricant de pesticides (figure 34) (Extrait carnet de terrain, région Bama, 28.07.2016).



Figure 34. Certificat de participation au Programme « Applique bien », 2016 Servais

L'une des entreprises contactées forme non seulement les producteurs mais aussi les « techniciens de l'Etat », et « les techniciens des producteurs d'autres associations ou d'autres organisations » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 29.07.2016). A leur initiative, deux d'entre elles dispensent des formations auprès des producteurs grâce à leurs animateurs qui se déplacent en milieu rural et dans les jardins potagers de la ville de Bobo Dioulasso. Selon l'un des directeurs rencontrés, ces formations ont un triple intérêt pour l'entreprise : pédagogique, technique et commercial. Elles visent « *à tirer la technicité par le haut, placer les produits de l'entreprise et éviter les intoxications par voie respiratoire et par contact* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 17.06.2016).

En général, ces formations s'adressent aux hommes, les femmes étant peu représentées comme l'explique cet employé d'une autre entreprise de pesticides :

« [O]n n'a jamais fait de formation spécifique pour les femmes. Nous avons fait une formation pour une association de femmes qui nous a demandé. [...] Ce n'était pas prévu comme ça. On a souvent un tout petit nombre de femmes qui viennent dans les formations. Mais c'est toujours très petit. On sait que les applications des produits phytosanitaires, en général, sont faites par les hommes. Même quand une femme produit, elle appelle les gens pour l'appliquer. C'est vrai que le choix, l'achat des produits est fait souvent par les femmes. Mais on n'arrive pas forcément à être en contact. Parce que dès qu'on parle de formation, immédiatement les associations, ils envoient les chefs de propriété plus que ceux qui sont vraiment sur le terrain. Que ça soit des femmes que ça soit des hommes. »

Concernant les cultures maraîchères :

« Il y a beaucoup de femmes qui y travaillent. Mais pour les formations, il y a un blocage, comme s'il faut que le propriétaire de la terre vienne mais pas forcément la personne qui est sur le terrain. Ça, c'est dommage. C'est difficile d'accéder, de développer. »

De plus, le contenu des formations aborde de manière générale les risques autour de la procréation et apportent des préconisations succinctes :

« Nous rappelons seulement que pour tout le monde c'est dangereux. Et qu'il peut y avoir des effets sur leur reproduction si on ne se protège pas, que ça soit des femmes, que ça soit des hommes. Ça aussi c'est quelque chose qui est beaucoup dans la tête des gens. [...] Donc on essaie de rappeler que les femmes enceintes et enfants doivent se tenir très éloignés de tous les produits. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 29.07.2016)

En définitive, ces formations, montrent que des actions de sensibilisation concernant les effets sur la reproduction, même succinctes, existent, mais elles sont réalisées par les fabricants et les distributeurs eux-mêmes à l'attention des utilisateurs de pesticides. En outre, elles ne s'adressent pas directement aux femmes ou très rarement et ne prennent pas en compte la réalité qui se joue sur le terrain.

Nous pouvons noter que deux émissions radiophoniques sont diffusées dans la région de Bobo-Dioulasso de façon hebdomadaire en langue dioula. Elles s'adressent aussi aux cultivateurs et peuvent parfois aborder la question des pesticides et de leur manipulation ; l'une des deux est animée par la société cotonnière, l'autre par un consortium d'ONG³³⁷.

2.5 Les actions portées par la société civile

De nombreuses initiatives de cultures agroécologiques sont mises en place comme alternative aux cultures conventionnelles qui nécessitent l'usage des pesticides. Elles sont souvent menées par des groupements de femmes pour plusieurs raisons. L'opportunité d'accéder à la terre, en passant par des sols dégradés qu'il est nécessaire de restaurer, est une des raisons invoquées, comme l'explique ce

³³⁷ Je n'ai pas approfondi faute de temps.

chercheur qui travaille au Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST) sur un programme de culture agroécologique :

« [O]n a découvert que les femmes sont impliquées (dans l'agro écologie). Mais en réalité, quand on regarde, ce n'est pas seulement dans le cas de la culture maraichère, il y a d'autres cas comme le coton biologique. Si je prends le cas de l'Est, il y a des femmes qui sont impliquées. Mais en réalité, le problème c'est quoi ? Si je prends le cas du coton, c'est une activité génératrice de revenus qui va demander que tu aies de la terre. Ensuite, quand on regarde, ça demandait beaucoup d'intrants chimiques. Alors que ceux-là qui sont exclus du système d'accès aux crédits, ne peuvent pas avoir d'intrants pour pouvoir faire une bonne production. On s'est rendu compte que la culture biologique était simplement une alternative qui permettait à des gens qui sont exclus de la culture conventionnelle de pouvoir avoir une activité économique. Parce que la culture biologique, au-delà des aspects d'équité et autres, étaient souvent pratiqués par ces femmes sur des terres dégradées. Dans ces contextes, il faut restaurer ces terres-là, donc ça va demander de produire beaucoup d'amendements organiques. Ça permettait à ces femmes d'abord d'avoir des espaces qui sont délaissées par les hommes et ça permettait à ces femmes de saisir l'opportunité et de faire la culture biologique. » (Entretien, Bobo Dioulasso, 13.01.2017)

Hormis cet aspect foncier, la question sanitaire est également mentionnée dans certains groupements de femmes, comme celui des cultivatrices et étuveuses de riz de la région de Bama. Elles sont 700 femmes environ dans le groupement, 80 d'entre elles détiennent des parcelles. Elles ont été formées à l'agroécologie par la Fédération Nationale des Organisations Paysannes (FENOP³³⁸). Depuis, elles n'utilisent plus aucun pesticide, elles cultivent et étuvent du riz biologique³³⁹. Elles se servent de l'engrais organique et fabriquent elles-mêmes le produit pour lutter contre les insectes. Ce produit est fabriqué à partir d'un mélange de plantes : ail, oignons, graines de neem, savon à base d'huile de coton appelé communément « savon CITEC »³⁴⁰, feuilles de papayer, piment. Dans le cadre de cette formation, elles ont été également sensibilisées aux risques environnementaux et sanitaires, dont ceux autour de la procréation.

Une autre initiative menée par une ONG a consisté à monter une pièce de théâtre dans la région cotonnière de Koudougou sur la thématique des pesticides afin de sensibiliser les populations, en particulier les cultivateurs, hommes et femmes, sur les dangers sanitaires et environnementaux que ces produits leur faisaient courir. Le metteur en scène s'est rendu préalablement sur place mener « son enquête » avant d'écrire la pièce. Il a constaté que les vieilles femmes étaient accusées d'être

³³⁸ <http://www.fenop.org/>

³³⁹ Pour l'anecdote, leur riz se vend très bien auprès des personnels qui travaillent sur les programmes cotonniers.

³⁴⁰ Appellation tirée du nom de l'entreprise qui le produit, la Société Nouvelle Huilerie et Savonnerie CITEC (SN CITEC).

des sorcières car tenues responsables des nombreux problèmes de santé des populations, en l'occurrence des nombreuses fausses couches :

« Les femmes perdent leurs enfants, pas des avortements mais des fausses couches plutôt que des avortements et on accuse les vieilles femmes d'être auteures [...] Et quand je suis parti, c'étaient des zones où on cultivait le coton et [...] on utilisait beaucoup de pesticides et les gens ne se protégeaient pas. Parce qu'au Burkina ce n'est pas parce qu'une femme est enceinte qu'elle ne va pas cultiver. Elle cultive. Et maintenant... Si on utilise les pesticides dans un champ ici, à 10 km autour c'est contaminé ! Et on boit l'eau qui ruisselle jusqu'au puits. Donc il y avait ce problème. Et quand j'ai mené mes enquêtes, j'ai compris qu'on accuse ces femmes pour rien. Parce que si une femme enceinte travaille dans un champ de pesticides, elle est exposée et donc il y avait tout ça. Il y avait les enfants qui sont beaucoup plus vulnérables que les adultes, il y avait les enfants qui tombaient malades etc... Et c'était dû aux pesticides. » (Entretien avec un metteur en scène de théâtre, Ouagadougou, 18.02.2017)

A partir de ces observations de terrain, il a écrit et monté la pièce « Si j'avais su » qu'il a mise en scène à destination des populations rurales dans la région concernée. Nous reproduisons ci-dessous le synopsis.

| | |
|---|--|
| <p>Titre : M'Bangin ou Si j'avais su Synopsis³⁴¹</p> | <p>Théâtre de sensibilisation Ouagadougou le 20 août 2015 Auteur : Thierry OUEDA</p> |
| <p><i>Dans le village Zannga, Bila et sa famille cultivent plusieurs variétés de céréales, dans plusieurs champs. Malheureusement ce dernier utilise les pesticides et les herbicides. Koszanga, un grand marchand du village, et revendeur de produits chimiques (pesticides, herbicides, etc.) se promène de maison en maison à l'approche de la saison des pluies pour vendre sa marchandise.</i></p> <p><i>Nabiga cultivateur de coton et de sésame dont les champs sont à proximité de la fontaine d'eau et des puits du village, utilise beaucoup les produits chimiques pour faciliter son travail et augmenter le rendement.</i></p> <p><i>Samogo enseignante du village tente par tous les moyens de faire entendre raison sur le danger des produits chimiques utilisés dans les semences, mais cette dernière a du mal à se faire comprendre des villageois. Un jour Bila envoie ses femmes sans aucune protection arroser les herbes de son champ avec de l'herbicide, parmi ses femmes, une enceinte et une portant un enfant de cinq (05) mois au dos. A la fin de leur travail, les enfants ramassent les boîtes et boivent de l'eau avec. Quelques jours plus tard, plusieurs enfants de Bila tombent malades, ce dernier accuse les vieilles femmes du village de sorcellerie.</i></p> | |

Ces exemples illustrent la manière dont les associations de la société civile s'emparent du problème de santé publique lié aux pesticides et à la santé des femmes, et mettent en place leurs propres modes d'action.

³⁴¹ Présenté avec l'autorisation de l'auteur.

2.6 Les constats empiriques de médecins cliniciens

Dans la profession médicale, certains médecins de Bobo Dioulasso ont observé de manière empirique certains faits médicaux en augmentation, tels que des malformations congénitales chez les nouveau-nés ou encore des cas d'infertilité chez les hommes. Ils émettent l'hypothèse d'un lien potentiel avec l'usage des pesticides. Mais selon eux, ces questions nécessiteraient d'être approfondies.

Ainsi ce médecin exerçant dans une clinique privée disposant d'un équipement de radiologie relève une fréquence plus élevée de cas de malformations congénitales qu'auparavant :

« [...] [D]epuis un certain temps il ne se passe pas trois mois sans que j'aie une anencéphalie, une hydrocéphalie, en tout cas une malformation quelque part. [...] [M]ais moi en tant qu'échographiste je ne peux pas attacher ça à une origine X ou Y. Il aurait fallu que ce soit une équipe pluridisciplinaire, que les gens travaillent. Mais est-ce peut être que les gens viennent de plus en plus faire des échographies ? Je ne sais pas. Est-ce parce que le phénomène est plus fréquent, je ne peux pas vous le dire. Mais sachez qu'une fois tous les trois mois j'en rencontre. [...] Ça va poser un problème plus tard. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 11.10.2016)

Un médecin du CHU de Bobo-Dioulasso a fait le même constat :

« On s'est rendu compte qu'on avait pas mal de malformations congénitales qui arrivaient dans nos consultations. Aussi bien en médecine physique qu'en pédiatrie. Nous, on s'est dit pourquoi ne pas initier une étude pour voir tout simplement les enfants qui naissent avec ces malformations, quel est leur profil ? [...] Et c'est là, en faisant l'interrogatoire, on se rend compte qu'une bonne portion était liée à des familles qui manipulaient les pesticides. [...] A travers les revues de la littérature on se rend compte que les Chinois ont écrit là-dessus parce qu'ils ont essayé les pesticides bien avant nous. [...] Même les Américains, ils ont écrit des articles là-dessus. Et nous on s'est dit, si ça se trouve ailleurs, pourquoi nous, on ne pourrait pas vérifier cette hypothèse. Donc on est parti de là et on a commencé à recenser tous les patients qui arrivaient et on leur posait des questions systématiquement pour savoir quel était leur lien avec les pesticides. Soit c'est le mari qui fait le coton, c'est la femme qui manipule les pesticides. Là on établit le lien de cause. Enfin, on ne peut pas être certains, mais on voit déjà [que] ceux qui cultivent le coton ont un taux de malformations dans la famille légèrement supérieur aux autres familles. Mais de là, nous, on ne peut pas tirer une conclusion. Ça ouvre une piste à la recherche. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 27.07.2016.

A partir de ce constat empirique, un étudiant a réalisé sa thèse de médecine sur cette augmentation de malformations chez les nouveau-nés (Youl 2011) à partir de laquelle un article a été publié (Gandéma et al. 2012). Cette étude a pu dégager certains facteurs étiologiques dont les pesticides à usage agricole (Youl 2011). La notion d'utilisation des pesticides a été en effet retrouvée dans 18,2% des cas (Gandéma et al. 2012). Les auteurs soulignent que leur échantillon provient de l'unique service de néonatalogie de la région (au moment où s'est déroulée l'étude) et « *pourrait donc être considéré comme représentatif de la zone d'étude* » d'autant

plus qu'elle est implantée dans une zone cotonnière, culture forte consommatrice de pesticides (Gandéma et al. 2012 : 65).

Par ailleurs, un médecin gynécologue³⁴² s'interroge sur le lien entre l'infertilité et l'exposition des hommes aux pesticides. Pour avoir travaillé en tant que médecin en milieu rural, dans une zone cotonnière, il a pu constater empiriquement de nombreux cas d'infertilité chez les couples qui se sont révélés être des infertilités masculines. Il a pu observer de nombreux cas d'anomalies des spermatozoïdes par rapport à ses consultations en ville et se demande s'il n'y a pas un lien avec l'usage des pesticides dans la culture du coton. Depuis cette expérience en milieu rural, il demande systématiquement à son patient s'il est en contact avec les zones cotonnières (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 22.06.2016). Le même constat à propos de la qualité des spermatozoïdes (taux extrêmement bas) chez des hommes venus consulter, émane de la part d'un médecin qui travaille sur les spermogrammes au CHU. Suite aux dix huitièmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB)³⁴³, il déplore que ni la profession du patient, ni sa provenance géographique ne soit précisée ou rarement dans le dossier (Extrait carnet de terrain, Bobo Dioulasso, 06.05.2016). Une étude récente sur l'infertilité des couples au Burkina Faso montre que l'origine de l'infertilité reste majoritairement inexpliquée (62,5% des cas), néanmoins les auteurs observent une augmentation constante de l'infertilité masculine au cours des dernières années de l'étude ; celle-ci étant davantage associée à la qualité du sperme (morphologie, motilité et vitalité) qu'au nombre de spermatozoïdes ou au volume. Les hypothèses avancées relèvent de manière générale des pollutions environnementales, mais les auteurs notent que des études plus approfondies sont nécessaires (Somé et al. 2017).

Ces observations empiriques relevées par ces médecins, et les prémices d'études à ce sujet, invitent à penser que nous sommes probablement face à deux événements sentinelle de santé : une augmentation des malformations congénitales d'une part, et de l'infertilité masculine d'autre part. Ces événements définis comme « *an unusual pattern of health in a population that signals changes in avoidable factors* »³⁴⁴ (Davis, Gottlieb, et Stampnitzky 1998), sont considérés comme les indicateurs possibles d'une contamination environnementale de la zone concernée (Shy, Greenberg, et Winn 1994). Dans les cas évoqués à Bobo

³⁴² Dans le cas d'une infertilité dans un couple, bien souvent ce sont d'abord les femmes qui consultent chez le gynécologue ; celui-ci demandant alors d'emblée un spermogramme pour le mari.

³⁴³ A la suite de ma communication orale que j'avais intitulée : « Les pesticides : une menace pour la grossesse au Burkina Faso ? », présentée aux 18^{èmes} Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB)

³⁴⁴ « *Un phénomène de santé inhabituel au sein d'une population qui indique des changements dans les facteurs évitables* ». Nous pouvons donner un exemple considéré comme un événement sentinelle de santé, la modification du sex-ratio notamment une diminution des naissances de garçons par rapport à celles des filles dans un environnement donné et qui tend à révéler dans ce cas précis une exposition aux pesticides de la part des parents au moment de la conception (Davis, Gottlieb, and Stampnitzky 1998).

Dioulasso, les évènements affectent directement la santé reproductive et supposent une exposition des hommes et des femmes à des produits toxiques pendant la période de conception.

3. Le risque lié aux pesticides dans le système de santé

Les pesticides sont institués comme un problème sanitaire dans les cas des intoxications aiguës dont la prise en charge est décrite dans le « Guide des stratégies de diagnostic et de traitement des affections prioritaires au premier échelon », délivré par le Ministère de la santé aux Centres de Santé et de Promotion Sociale ; ceux-ci constituent le premier accès aux soins de santé pour les populations en milieu urbain et rural. Dans ce cadre de soins, les agents de santé suivent ces protocoles. Des études³⁴⁵ sur les intoxications par les pesticides en milieu rural montrent que le protocole le plus couramment utilisé consiste à administrer un traitement d'atropine et du charbon³⁴⁶ (Toé 2010). En outre, une étude relève que dans les centres de santé de la zone étudiée, les intoxications aiguës dues aux pesticides ne sont pas systématiquement enregistrées ou alors de manière très incomplète, d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours reconnus comme la cause de la pathologie observée (Toé 2010). De même, les auteurs constatent un faible niveau de connaissance des pesticides chez les personnels de santé. Cette étude révèle également que les femmes sont les plus touchées lorsqu'une analyse avec distinction par sexe est effectuée (Toé 2010).

Par ailleurs au cours de nos observations de terrain dans un CSPS urbain situé en périphérie de la ville, le risque lié à l'exposition aux pesticides n'est pas abordé par les agents de santé lors des Consultations Périnatales, alors que des cultivatrices des villages environnants viennent consulter ainsi que les femmes qui travaillent comme journalières dans les champs environnants. De même, les campagnes de sensibilisation aux questions de santé à l'égard des femmes ne mentionnent pas ce risque potentiel vis à vis de la santé des femmes et de l'enfant à venir, ni celui lié à la contamination alimentaire.

De plus, l'exposition aux risques liée à une activité, en particulier agricole, n'est pas toujours identifiable au regard des informations sur les patientes enregistrées lors des consultations. Nous avons en effet remarqué à plusieurs reprises que dans les registres, à la rubrique profession, les agents de santé ont tendance à noter « ménagère » lorsque la patiente ne déclare pas une activité précise (telle que commerçante, couturière, coiffeuse). Sur le carnet de santé, seule la profession du

³⁴⁵ Dont un document interne qui concerne l'impact sanitaire du coton OGM, élaboré en 2013 après un travail d'enquête (Extrait carnet de terrain, Bobo Dioulasso, 02.02.2016).

³⁴⁶ Certains malades peuvent recevoir « un lavage gastrique à l'aide d'adsorbant » et d'autres traitements comme l'hydrocarbisonne, l'hydroxide d'aluminium, et le SGI 5% (document interne, extrait carnet de terrain, Bobo Dioulasso, 02.02.2016).

père apparaît parfois, mais elle n'est pas non plus considérée comme un élément important à relever lors des consultations.

Au Burkina Faso dans le cadre des programmes de maternité à moindre risque et de la santé maternelle et néonatale, des dispositifs sanitaires ont été développés pour éviter certains risques autour de la procréation. Les consultations prénatales recentrées, les programmes de Planification Familiale et de prévention du Paludisme sont ainsi mis en place afin d'éviter les risques infectieux (IST et VIH, tétanos, paludisme), ceux liés à la drépanocytose, aux carences en fer (anémie), à l'hypertension, et aux grossesses rapprochées ou précoces. De même, les Soins Obstétricaux et Néonataux de Base et d'Urgence font partie des priorités sanitaires afin de diminuer les décès maternels et néonataux (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2011b) (Ministère de la Santé du Burkina Faso 2011a) (Servais 2013).

Par conséquent, hormis le protocole de prise en charge des intoxications aiguës qui concerne les effets immédiats de l'exposition aux pesticides, il n'existe pas de dispositif d'informations, ni de recueil de données sanitaires concernant ce risque toxique et ses effets à court, moyen et long terme sur la procréation et la santé des femmes et de leur progéniture.

La non prise en considération du risque lié aux pesticides par le système de santé risque d'être dommageable notamment dans le cadre des programmes de prévention du paludisme à travers notamment la distribution des moustiquaires imprégnées aux femmes enceintes. Des études récentes montrent en effet que l'usage des pesticides (les insecticides) provoque des effets de résistances sur les moustiques au Burkina Faso parce que certains produits utilisés dans le traitement des cultures (notamment celles du coton) possèdent la même composition que ceux utilisés en santé publique (Namountougou et al. 2012) (A. S. Hien et al. 2017). Ce problème de résistance liée aux pesticides est connu et confirmé par l'OMS :

« Les actions locales en matière de gestion des pesticides dans les secteurs de la santé publique, de l'agriculture et de l'environnement laissent souvent à désirer. Pour illustrer cette situation, on peut citer le développement d'une résistance aux insecticides chez les moustiques, provoquée ou exacerbée par l'utilisation en agriculture d'insecticides ayant des modes d'action identiques. Ce développement a été attesté dans divers pays d'Afrique tels que le Burkina Faso, le Bénin et le Cameroun, mais est probablement beaucoup plus répandu encore » (WHO 2011).

En définitive, comme nous avons pu l'observer sur le terrain l'exposition des femmes aux pesticides constitue une menace pour leur propre santé, leur capacité à mener une grossesse à son terme et à donner la vie à un enfant en bonne santé. Ce phénomène est connu à certains niveaux dans la population. D'une part, parmi celles et ceux qui travaillent dans le milieu agricole (en ville et à la campagne) ou qui ont une proximité avec ce domaine (géographique, familiale). Certaines femmes et leur entourage ont en particulier développé certains savoirs sur ces produits et

leur dangerosité, en particulier la toxicité aigüe mais aussi des interrogations sur leurs effets à moyen et long terme sur la procréation. D'autre part, les multiples actions et mobilisations émanant d'une pluralité d'acteurs au sein de la société burkinabè, montrent que le phénomène des pesticides et les risques qu'ils représentent pour la santé humaine, et en particulier pour la procréation sont connus et présents au Burkina Faso. Néanmoins, certains organismes comme les entreprises de pesticides qui organisent des formations ratent leur cible puisqu'ils s'adressent uniquement aux hommes. De plus les formes d'exposition des femmes aux pesticides ne sont pas précisément identifiées, en particulier dans le champ du travail agricole féminin (en ville et à la campagne).

Le phénomène d'exposition constitue ainsi un problème de santé publique majeur dans la mesure où il risque d'affecter nombre de femmes burkinabè ainsi que les générations suivantes. Or, ces risques ne sont pris en compte que très partiellement au niveau du système de santé où seuls les cas d'intoxication aigüe, c'est-à-dire les effets immédiats, sont identifiés comme des problèmes sanitaires à prendre en charge. Mais les effets à moyen et long terme ne sont pas pris en compte notamment parce que les risques leur correspondant ne sont pas identifiés ni reconnus par le système de santé, bien qu'ils le soient sur le terrain, par des personnes concernées et des professionnels et ONG, comme nous avons pu l'observer.

Dans le domaine des politiques publiques de santé, vues d'en bas, c'est-à-dire à partir du terrain, Olivier de Sardan et Ridde ont mis en évidence, en Afrique de l'Ouest, ce qu'ils nomment les « problèmes négligés des systèmes de santé³⁴⁷ ». Selon eux, ces problèmes relevés sur le terrain constituent ce qu'ils appellent les « *angles morts* » des études épidémiologiques et des analyses en santé publique à propos de la « *gouvernance concrète des systèmes de santé* » (Olivier de Sardan et Ridde 2014). En ce sens, notre enquête de terrain a révélé des « angles morts » à propos des risques autour de la procréation définis par les programmes de la Maternité à Moindre Risque et de la santé maternelle et néonatale. C'est pourquoi nous pouvons considérer le risque toxique dû aux pesticides comme un risque sanitaire négligé, en particulier dans le domaine de la santé de la femme, la santé environnementale et la santé au travail.

³⁴⁷ Ces problèmes concernent « six thématiques » : « les supervisions, les sages-femmes, les dossiers médicaux, les interruptions de grossesse, le départ des ONG médicales et le rôle des communes dans la santé » (Olivier de Sardan et Ridde 2014 : 30).

CINQUIEME PARTIE

Perceptions et expositions au risque lié au système de soins

Maltraiter signifie « faire subir de mauvais traitements à quelqu'un (ou à un animal), avec plus ou moins de violence, physique ou non ³⁴⁸». Dans notre travail, nous utilisons l'expression « mal traite » composée de deux termes pour rendre compte à la fois des maltraitances, c'est-à-dire des mauvais traitements voire des violences à l'encontre des femmes, et aussi des soins qui sont dispensés par les professionnels de santé dans des conditions sanitaires qui peuvent être inappropriées. Olivier de Sardan a également utilisé cette expression dans la question qu'il posait « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité ? » ». Celui-ci renvoyait alors principalement aux comportements des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients (Olivier de Sardan 2003: 266).

Nous abordons à présent, dans cette partie, les risques autour de la procréation liés à la prise en charge sanitaire des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum dans le système biomédical de soins.

Dans un premier temps, nous montrons comment ce système fait l'objet de perceptions ambiguës de la part des femmes et de leur entourage. Considéré comme la référence en tant que recours, il peut être perçu comme pouvant représenter des risques et est de surcroît contesté. Cette contestation émane des populations et vise le système de soins et ses dysfonctionnements, ainsi que les professionnels de santé. Elle se traduit sous différentes formes que nous allons décrire.

Dans un deuxième temps, nous examinerons les risques liés aux violences et aux dysfonctionnements du système de santé à partir d'une définition récente des violences faites aux femmes dans les structures de santé ; cette définition repose sur les droits humains. En nous appuyant sur cette définition, nous établirons à partir des données de terrain recueillies les aspects de cette violence autour de la procréation dans les maternités du système de santé.

Enfin, nous nous arrêterons sur le cas particulier de la PTME et du nouveau dispositif à l'œuvre et nous établirons comment le nouveau dispositif à l'œuvre peut générer des vulnérabilités mais également des « mal traitances » à l'égard des femmes séropositives enceintes ou qui allaitent.

³⁴⁸ Selon la définition du CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/maltraiter>

I. Le système sanitaire vu par les populations

Le système de santé biomédicale représente le principal recours pour les femmes et leur entourage en matière de santé maternelle et néonatale, qu'il s'agisse des consultations prénatales et postnatales ou des maternités. Néanmoins, la référence que constitue le système biomédical en matière de procréation est vivement contestée. Différentes formes de contestation sont à l'œuvre mettant en évidence l'émergence d'un phénomène de plaintes émanant des patients dans un contexte politique très revendicatif.

1. Le système de soins de santé biomédical comme référence

En milieu urbain, le système biomédical de soins de santé est la référence en matière de prise en charge autour de la procréation chez les femmes rencontrées, quels que soient les âges. Les femmes avec une expérience récente de grossesse, ont quasiment toutes suivi les consultations prénatales dans les structures sanitaires publiques c'est-à-dire dans les CSPS, excepté certaines qui ont fait leur suivi en clinique (c'est-à-dire les femmes qui ont des ressources économiques suffisantes) ou au service de Santé Maternelle et Infantile, appelé plus communément « la caisse » ou « la SMI »³⁴⁹. Excepté 4 femmes³⁵⁰, les autres ont donné la vie dans une structure de santé. Elles ont suivi les CPN, plus communément appelées « pesées³⁵¹ » parce qu'elles ont fait comme leur mère, ou encore comme les femmes de leur âge. Elles suivent les CPN pour « être regardée », « connaître la position de l'enfant » c'est-à-dire s'assurer qu'elles sont en bonne santé ainsi que leur bébé. Les propos de Julienne, 25 ans, qui attend son deuxième enfant, illustrent les raisons ainsi invoquées par les femmes :

« Lorsque tu tombes enceinte, tu ne sais pas la position de l'enfant dans le ventre. Comme c'est eux qui sont des agents de santé, ils connaissent leur travail. Donc si nous partons pour les pesées, ils écoutent la respiration de l'enfant. Ils mettent un appareil sur notre ventre pour écouter la respiration. Des fois ils mesurent la longueur du ventre. Si nous ne partons pas, nous ne pouvons pas savoir si l'enfant est un être humain ou bien s'il n'est pas un être humain. Est-ce qu'il respire ou est-ce qu'il ne respire pas ? Tu ne peux pas le savoir. Il faut que tu ailles pour voir tout cela. [...] Nous avons vu nos mamans qui partaient faire les pesées lorsqu'elles étaient enceintes. Donc lorsque nous nous sommes mariées, nous disons aussi à notre mari

³⁴⁹ Il s'agit du service de santé maternelle et infantile qui propose un suivi de la femme enceinte (consultations prénatales) et du nourrisson jusqu'à 24 mois (consultations postnatales). Il est rattaché à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et est situé au centre-ville de Bobo-Dioulasso.

³⁵⁰ L'une d'entre elles a accouché dans le champ où elle travaillait comme travailleuse journalière, deux ont accouché à domicile, et une dans le taxi qui la conduisait à la maternité.

³⁵¹ Ce terme est utilisé en référence à l'un des actes systématiques de la CPN qui est de relever le poids des femmes enceintes.

de nous donner de l'argent pour qu'on aille faire les pesées. Comme les autres femmes partent faire les pesées, donc moi aussi je vais y aller. » (Entretien, Bobo Dioulasso, non loti, à son domicile, 15.02.2016)

Parmi les femmes plus âgées rencontrées au cours de l'étude, la plupart ont accouché de leurs enfants dans une structure sanitaire. Celles-ci, notamment les matrones³⁵², conseillent aux plus jeunes d'aller dans les structures sanitaires pour faire suivre leur grossesse, et accoucher parce que les grossesses sont devenues plus difficiles. Les matrones affirment qu'elles ne peuvent plus gérer les complications qui se présentent aujourd'hui chez les femmes qui accouchent. De plus, elles ont peur des représailles de la part des autorités mais aussi des familles en cas de problème. Néanmoins, l'une d'entre elles continue à exercer dans de rares cas³⁵³. Elle a notamment aidé sa voisine à accoucher à la maison. Celle-ci avait perdu les eaux en pleine nuit et n'avait aucun moyen pour se rendre au CSPS. Elle habite dans un *non loti* en périphérie de la ville, qui n'est pas accessible pour les voitures (son quartier est constitué d'un dédale de ruelles étroites qui ne laisse pas la place pour le passage d'un véhicule). Elle est, de plus, éloignée de la voie goudronnée principale où il est rare de trouver un taxi qui circule de jour sur cette route et encore moins de nuit.

Quelques femmes, âgées d'une quarantaine d'années, ont réalisé les CPN et accouché dans une structure sanitaire, après plusieurs grossesses sans suivi et accouchements à domicile. Le manque de moyen financier ne permettait pas, selon elles, de se rendre dans les structures de santé. Néanmoins, elles se sont adressées aux structures sanitaires suite à un accouchement à domicile qui ne se passait pas bien et qui nécessitait de l'aide comme Adja qui a eu 9 enfants dont 6 sont nés à la maison et 3 dans un centre de santé :

« 6 grossesses, moi j'ai accouché ici à la maison. Mais je n'ai pas connu la souffrance, je n'ai pas connu la souffrance. Mais pour la 7^{ème} grossesse je suis allée à l'hôpital. En ce moment la fatigue venait donc ma force n'a pas pu tenir comme ça, je suis allée à l'hôpital. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 31.03.2015)

Par ailleurs, d'autres évoquent les messages sanitaires qui ont participé à la promotion des centres de santé auprès des femmes enceintes. Nicole, 37 ans, se souvient de programmes³⁵⁴ qui incitaient les femmes, ayant accouché récemment,

³⁵² Ce sont des femmes au sein de la communauté qui sont reconnues pour aider les femmes à accoucher à domicile. Ce ne sont pas les accoucheuses villageoises qui ont reçu une formation par le système de santé biomédical. Dans le cas de cette étude, les matrones rencontrées sont des vieilles femmes dont certaines (3) sont issues de la caste des forgerons dans la communauté Bobo.

³⁵³ Quand une femme accouche à domicile, il n'est pas rare d'entendre qu'une vieille femme issue du voisinage est venue aider à l'accouchement.

³⁵⁴ Une professionnelle de santé me raconte qu'à l'époque de sa mère, il existait des programmes ponctuels dans les centres de santé à l'occasion desquels du lait, des céréales et de la farine étaient distribués aux femmes allaitantes.

à se présenter au centre de santé en distribuant des compléments alimentaires pour le bébé :

« Tu voyais quand les bébés on les pesait, c'était du lait, des farines enrichies, voilà. Donc c'était beau tu vois. Si tu veux manger, t'étais obligée de prendre une grossesse aussi, voilà ! » (Entretien, Bobo Dioulasso, non loti, à son domicile, 08.01.2017)

D'autres qui exercent une activité salariée et sont déclarées par leur employeur à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), peuvent suivre leur CPN aux consultations du Service Maternel et Infantile qui est rattaché à la CNSS³⁵⁵ ou bien dans le CSPS de leur secteur. Dans les deux cas, ces femmes salariées bénéficient de congés maternité si elles suivent leurs consultations. Ce sont en général des fonctionnaires ou bien des femmes qui travaillent dans le privé. Mais parmi les femmes rencontrées au cours de ma recherche, très peu de femmes se trouvaient dans ce cas de figure.

Avec l'instauration de la politique de gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, les structures sanitaires ont connu rapidement une grande affluence de la part des femmes pour le suivi de leur grossesse et leur accouchement. Cette affluence révèle combien les difficultés financières constituaient un véritable obstacle à l'accès aux structures de santé pour les femmes plutôt qu'une non acceptation de leur part de s'y rendre. Les propos d'un médecin responsable d'un service de maternité public fait part des effets immédiats qu'il a observés :

Pour lui la gratuité est « un progrès » parce que ça facilite l'accès aux soins pour les femmes. Il reconnaît qu'en tant que professionnel, il ne se rendait pas compte combien les coûts des soins constituaient un obstacle très important à l'accès aux soins. Actuellement, les femmes viennent et ce qui est remarquable c'est qu'elles viennent pour des choses simples. Elles n'attendent pas, ne vont plus attendre que les choses se soient aggravées pour consulter. Dès qu'elles ont un problème, elles viennent consulter et c'est un « réel progrès ». D'après lui, les professionnels de santé auront moins de complications à gérer à la longue (Entretien, dans son bureau, Bobo-Dioulasso, 18.10.2016).

En outre, bien que je n'aie pas investigué précisément cette question en milieu rural, il est intéressant de noter que j'ai été interpellée par les villageoises à deux reprises dans deux villages distincts. Celles-ci déploraient en effet l'absence de centre de santé dans leur village. Les femmes ont ainsi décrit comment les conditions pour se rendre au CSPS dans le village voisin, éloigné et avec une route d'accès difficile, peuvent constituer un risque pour les femmes enceintes sur le point d'accoucher. Dans chacun de ces villages, celles-ci sont tenues de faire plusieurs kilomètres afin de se rendre au CSPS le plus proche, souvent à vélo ou à moto, pour consulter ou bien accoucher. Le récit de Sanata décrivant le parcours de soins de sa fille au moment de l'accouchement illustre bien les difficultés rencontrées en milieu rural.

³⁵⁵ Il en est de même pour les femmes dont c'est le mari qui est déclaré à la CNSS.

Sanata : « C'est celle-là qui était enceinte. Lorsque le travail a commencé, comme moi j'étais en brousse, on a dit à celle-là de l'accompagner au dispensaire. Nous n'avions pas de dispensaire ici. Le dispensaire dont nous relevions, est distant de 7 kilomètres. Donc on a remorqué ces deux femmes sur des mobylettes. Ensuite, on a envoyé quelqu'un venir me chercher en brousse (c'était en pleine période des cultures, elle était dans un campement à proximité des champs). On est venu me chercher en brousse et moi je les ai rejoints au dispensaire. Nous avons passé toute la nuit, elle n'a pas accouché. C'était au CSPS de (nom du village). D'ici (nom du village), cela fait 7 kilomètres. Le lendemain à 8h, lorsque le major est venu, il a dit qu'il faut qu'on la réfère à l'hôpital de Bobo. Ils ont fait appel à l'ambulance qui est venue nous prendre. On nous amenés au CMA de Dafra. Lorsque nous sommes arrivés là-bas, eux aussi ils ont dit qu'ils ne peuvent pas. Qu'il faut qu'elle accouche par césarienne. Ce jour-là, il y avait coupure de courant au CMA. Comme ils ne peuvent pas faire l'opération sans le courant, ils nous ont dit d'aller au CHU. Ils ont fait appel à une autre ambulance qui est venue nous chercher au CMA de Dafra pour nous amener au CHU. Là-bas, après la consultation, ils ont vu qu'elle peut accoucher normalement. Mais qu'est ce qui fait qu'elle n'arrivait pas à accoucher ? Ils ne savaient pas. Donc ils ont décidé de faire une césarienne. C'est comme cela que les choses se sont passées. » (Entretien, village région Satiri, 17.02.2016)

Ce récit montre premièrement que le CSPS est le lieu de référence pour accoucher. Deuxièmement, la jeune femme a pris des risques pour s'y rendre. Troisièmement, les CSPS ne disposent pas des moyens (équipements, personnel qualifié) pour prendre en charge des complications de grossesse et il devient alors impératif de référer la parturiente dans le centre de référence le plus proche, qui dans ce cas était défaillant (sur un plan matériel) et impliquait une seconde référence.

Zongo au cours de son enquête³⁵⁶ auprès des femmes qui ont accouché à domicile en milieu rural et en zone urbaine met en évidence que ces accouchements ne sont pas dictés par des choix mais plutôt par des contraintes que nous avons également retrouvées sur le terrain telles que « l'ignorance de la date du terme de la grossesse », la non reconnaissance des signes précurseurs de l'accouchement, les difficultés d'accès géographique aux centres de santé (non loti et milieu rural)³⁵⁷ (Zongo 2016). Néanmoins, la prise de risque des femmes enceintes ou sur le point d'accoucher pour rejoindre un CSPS en milieu rural n'est pas documentée.

³⁵⁶ Cette enquête faisait partie du « Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement », appelé plus communément « AQUASOU », il a débuté au Burkina Faso en 2002 et s'est terminée en 2006. Un ouvrage publié en 2016 restitue le contexte et déroulement du programme et ses résultats. Ce programme s'est appuyé sur une collaboration entre des professionnels de la Santé Publique et des anthropologues (Ouattara, Gruénais, et Richard 2016).

³⁵⁷ Elle mentionne également les frais inhérents à l'accouchement, la crainte d'être perçue comme n'ayant pas de courage de la part de la femme sur le point d'accoucher et la peur de la césarienne (Zongo 2016).

2. Les stratégies des femmes pour minimiser les risques

Bien que le système biomédical constitue une référence pour les femmes, il peut leur apparaître, sous certains aspects, comme dangereux ou pouvant constituer un risque notamment au cours de l'accouchement. C'est pourquoi certaines femmes préfèrent se rendre dans une structure sanitaire qu'elles estiment plus sûre ou retarder leur venue le plus tard possible.

2.1 Choisir le lieu de l'accouchement

Certaines adoptent des stratégies qui consistent à choisir le lieu de l'accouchement afin de limiter les risques liés aux conditions de prise en charge au sein des structures sanitaires. Ainsi, certaines femmes ne se rendent pas à la CSPS de leur secteur et préfèrent se diriger directement vers l'échelon sanitaire supérieur, c'est-à-dire le CMA mais surtout le CHU, pour accoucher. Elles sont nommées par certains professionnels de santé du CHU les « venues moi-mêmes ». Ces femmes s'adressent directement au CHU parce que selon elles, le personnel est plus qualifié que dans les CSPS, et l'hôpital dispose de moyens techniques en cas de complications pendant l'accouchement. Elles font ce choix également par anticipation d'une éventuelle évacuation au moment de leur accouchement vers un échelon sanitaire supérieur. Ce qui laisse entendre que les évacuations peuvent constituer un risque pendant l'accouchement, notamment celui de faire perdre un temps précieux.

Ainsi, Pénélope, 27 ans, a fait toutes ses consultations prénatales à la SMI au centre-ville. Pour ses deux accouchements, elle a préféré se rendre directement à la maternité du CHU, alors qu'elle ne présentait aucune difficulté particulière. Elle a fait ce choix parce qu'elle estime qu'au CHU, « *les gynécologues, les maïeuticiens et les sages-femmes font plus souvent les accouchements* ». Selon elle, ils ont plus de pratique, sont plus qualifiés et « *tu es sûre de les trouver* ». Elle ajoute qu'au CSPS de son secteur, il y a surtout des accoucheuses et leur niveau scolaire est bas tandis que les sages-femmes sont souvent absentes. Son choix est ainsi guidé par le fait qu'il y a plus de « *sécurité* » au CHU, et qu'elle s'épargne une éventuelle évacuation : « *Moi je n'épuise pas mes forces dans les CSPS. Quand ils t'ont bien fatiguée, ils t'évacuent au CHU* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 07.06.2016).

D'autres se sont dirigées vers le CHU parce qu'elles ont considéré que leur accouchement pouvait présenter des difficultés comme Fadila, 33 ans, dont c'était la première grossesse :

« Comme je suis âgée, c'est pour cette raison que je suis allée à l'hôpital car je ne savais pas quel est le problème qui pouvait m'arriver. Si je pars au petit hôpital et un problème m'arrive là-bas, c'est grave. C'est à cause de cela que je suis allée là-bas. [...] On m'a demandé pourquoi je suis venue ici. Moi j'ai dit : « personne ne m'a dit de venir ici. Mais c'est moi-même qui voit

que mon âge est dépassé pour le premier accouchement. Raison pour laquelle je suis venue ici. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 29.12.2016)

Ou encore Clémence qui est partie accoucher au CHU, « *par sécurité* » sur les conseils d'une « *infirmière* » du CSPS. Celle-ci lui a en effet expliqué, suite au test de l'électrophorèse, qu'elle faisait partie « *du camp des drépanocytaires* » et qu'il faudrait peut-être l'oxygéner pendant son accouchement. C'est pourquoi, selon cet agent de santé, il valait mieux que la jeune femme s'adresse directement au CHU pour accoucher parce que le CSPS ne dispose pas d'oxygène. Clémence a une amie sage-femme qui travaille à la maternité. Cette dernière lui a donné rendez-vous à l'hôpital à 18h30 et l'a référée vers une collègue sage-femme qui était de garde et qui s'est occupée d'elle (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 18.05.2016).

D'autres femmes sont suivies pendant leur grossesse en clinique³⁵⁸ par un gynécologue et sont ensuite orientées par celui-ci au CHU au moment de leur accouchement. Dans ce cas, le médecin travaille également à l'hôpital et réalise l'accouchement dans ce cadre. Comme Zénabe suivie pendant sa grossesse en clinique par le médecin qui l'avait opérée pour un fibrome :

« Au moment de mon accouchement, je n'ai pas eu de difficulté. J'ai fait mes examens à la clinique de (nom du docteur). (Nom du docteur) a remis son numéro de téléphone à mon mari et il lui a dit que si mon ventre commence à me faire mal, de l'appeler, que d'aller directement dans le grand hôpital (CHU). Quand je suis allée, il m'a confiée à quelqu'un qui s'est occupé de moi jusqu'à mon accouchement. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de l'une de ses amies, 28.12.2016)

Parfois dans le cas de référence vers l'échelon sanitaire supérieur, les femmes préfèrent le CHU au CMA du secteur parce que le CHU est plus proche géographiquement. De même, à plusieurs reprises, des femmes ont dit préférer l'hôpital plutôt que le CMA du secteur qui est situé dans le district sanitaire de Dafra parce que son accès en périphérie est difficile. De plus, cette structure était connue à l'époque pour ne pas disposer des meilleures conditions³⁵⁹ sanitaires pour accueillir les femmes en cas de complication. La situation vécue et racontée par Mathilde, 33 ans, est une illustration des risques que peuvent encourir les femmes sur le point d'accoucher ; ceux-ci étant provoqués par une succession de dysfonctionnements du système de santé :

« Nous sommes allés à la maternité (nom de la maternité). L'infirmière que je suis partie trouver, a dit qu'elle doit descendre à 12h pour aller à la maison. J'ai demandé à l'infirmière comment elle peut m'aider afin que je puisse accoucher vite. Elle a dit qu'il y a une injection

³⁵⁸ Il s'agit de cliniques privées. Parmi les femmes qui ont un suivi en clinique pendant leur grossesse, certaines vont également faire la CPN dans le CSPS de leur secteur.

³⁵⁹ Nous apprendrons au cours de l'étude que sur les 9 médecins qui travaillaient dans ce CMA, 8 sont partis en 2014 en formation de spécialisation. Il ne restait alors plus qu'un seul médecin dans la structure sanitaire au moment de l'étude.

qu'on peut faire et je vais vite accoucher. Que si mes parents seront d'accord, elle va prescrire cette injection. Je lui ai dit de prescrire cette injection. Elle a prescrit et mon mari est parti payer l'injection. Elle a fait cette injection. Quand elle a fini de faire l'injection, peu de temps après, la douleur s'est accélérée et j'ai appelé l'infirmière de venir. Quand elle est venue, je lui ai dit que je ne peux plus car la douleur est très forte. Elle a dit qu'on ne devrait pas faire l'injection de cette manière car le col n'est pas encore ouvert. Selon elle, la dose de l'injection a été très forte. Donc, elle nous a dit d'aller au CMA de Dafra car le col est fermé et la douleur est intense. Que si elle s'amuse, la douleur va jouer sur l'enfant. Quand nous sommes arrivés au CMA de Dafra, il n'y avait ni de gaz, ni tout le matériel d'opération au complet³⁶⁰. Ils ne nous ont pas dit cela. Ils ont dit qu'ils vont nous coucher pour attendre un peu. Peu de temps après, le sang coulait beaucoup. Comme ils ont vu que le sang coulait beaucoup, ils ont appelé l'ambulance de venir m'amener au CHUSS. Qu'ils ne peuvent pas m'opérer au CMA. [...] Quand nous sommes arrivés au grand hôpital (CHUSS), dès qu'on m'a descendu de l'ambulance, directement on m'a amené au bloc. La vérité est bonne à dire, au grand hôpital (CHUSS), l'opération (la césarienne) n'a pas été difficile. » (Entretien, Bobo Dioulasso, dans la cour familiale, 09.01.2016)

Dans l'histoire de Mathilde, nous pouvons noter qu'elle a subi une erreur médicale de la part d'une agent de santé qui lui a administré une injection dans une situation qui n'était pas appropriée³⁶¹ (col non ouvert). Ce qui a entraîné une première évacuation vers l'échelon sanitaire supérieur (le CMA). Le CMA en question est éloigné du CHU, difficile d'accès et situé complètement à l'opposé de l'hôpital. Puis, face aux dysfonctionnements de la structure de référence (absence de personnel et de matériel) elle a été évacuée vers le CHU, multipliant ainsi les trajets alors qu'elle nécessitait une intervention. Ces difficultés ainsi décrites, relatives au manque de compétences de l'agent de santé dans le CSPS, aux évacuations successives, au manque de matériel, conduisent certaines femmes à rechercher plus de « sécurité » en se rendant directement au CHU pour accoucher.

Choisir son lieu d'accouchement, en l'occurrence le CHU, est surtout le fait de femmes qui ont un certain niveau scolaire ou qui disposent de revenus suffisants. En revanche, les femmes du *non loti* qui ont souvent un faible niveau d'instruction et vivent en général dans des conditions économiques précaires, se dirigent essentiellement vers le CSPS pour accoucher. Lors d'une *causerie*³⁶² avec des femmes dans un non loti, celles-ci ont souligné que l'accès à l'hôpital leur était

³⁶⁰ Son mari qui l'avait accompagnée pour l'accouchement me précisera qu'elle a été référée au CHU parce qu'il n'y avait pas d'anesthésiste et pas d'oxygène au CMA.

³⁶¹ Le récit concernant l'injection rappelle les situations de racket par les sages-femmes décrites par Olivier de Sardan où celles-ci vendent du Syntocinon aux parturientes « pour augmenter le rythme et la force des contractions ». Ce qui permet d'accélérer l'accouchement mais peut aussi comporter des risques (notamment une rupture utérine) si elle est prescrite en dehors de toute indication médicale (Olivier de Sardan 2001 : 63).

³⁶² Cet échange a eu lieu au cours d'une réunion informelle suite à l'annulation du monitoring prévu avec les habitants du secteur (Causerie, Bobo-Dioulasso, *non loti*, place à côté de la mosquée, 31.05.2016).

refusé si elles se rendaient au CHU « sans autorisation » (c'est-à-dire sans bulletin de référence) de la part du CSPS.

En effet, l'orientation d'un patient vers un échelon sanitaire supérieur repose sur le principe de référence³⁶³ par les agents de santé qui font suivre dans ce cas le dossier de la patiente. Néanmoins comme l'ont fait remarquer les professionnels de santé au cours de l'enquête de terrain, le choix du lieu de l'accouchement est désormais laissé aux femmes ; ce qui amène certaines d'entre elles à délaisser les échelons sanitaires inférieurs pour se rendre directement au CHU. Ce qui provoque selon les personnels soignants et les médecins l'encombrement des urgences de la maternité. Cet encombrement peut avoir des conséquences sur le bon déroulement des accouchements. Certaines femmes accouchent en effet dans la cour du service des urgences qui sont saturées, ne disposant plus de lits ni de places pour accueillir les femmes à l'intérieur de leurs locaux.

Ouedraogo a étudié le système des évacuations sanitaires des femmes enceintes en milieu urbain au Burkina Faso. Elle s'est intéressée particulièrement aux logiques sous-jacentes des évacuations tardives qui peuvent être préjudiciables pour les femmes. Elle montre comment le processus de décisions successives pour évacuer la femme enceinte peut entraîner un retard dans l'évacuation (Ouedraogo 2016). La difficulté de la part des professionnels de santé à évaluer l'urgence (par manque de compétence notamment), ou la nécessité pour ceux-ci de négocier l'évacuation avec les accompagnants sont les principaux freins dans le processus de décision. Pour ces derniers, l'évacuation peut générer des coûts supplémentaires ou bien être l'annonce d'une mort imminente (Ouedraogo 2016 : 125-126). Nous retrouvons à Bobo-Dioulasso les mêmes observations que Ouedraogo. L'auteure montre que le CHU de Ouagadougou est préféré au CMA parce que les professionnels de santé et les femmes concernées considèrent que l'hôpital réunit de meilleures conditions de prise en charge (Ouedraogo 2016 : 128).

2.2 Ne pas partir tôt

Quelques femmes disent « ne pas partir tôt » au centre sanitaire quand elles ressentent les douleurs qui annoncent l'accouchement. Elles préfèrent en effet attendre un peu avant de s'y rendre à cause des conditions d'accueil qui ne sont pas toujours réunies (proximité avec les autres femmes, manque d'intimité) comme Mathilde, 33 ans :

³⁶³ Ouedraogo a travaillé sur les évacuations des femmes enceintes. Pour définir une évacuation, elle s'appuie sur les travaux de De Brouwere et Jahn qui distinguent l'évacuation ou référence d'urgence qui est réalisée par des professionnels de santé dans un contexte d'urgence, et la référence qui consiste à orienter le patient vers un autre service ou structure sanitaire dans un contexte qui ne relève pas de l'urgence (Ouedraogo 2016 : 114) (De Brouwere et Jahn 2001). Nous n'avons pas pu faire clairement la distinction au cours de notre enquête de terrain.

« Parce que si tu pars vite alors que l'heure de ton accouchement n'est pas encore arrivée, on te dit de te promener dans la cour de la maternité. Donc, tu te promènes dans la cour de la maternité jusqu'à ce que l'heure de ton accouchement arrive. C'est pour cette raison que j'ai dit à mon mari d'attendre un peu avant d'y aller. Quand je suis arrivée, on m'a dit de me promener dans la cour car l'heure n'est pas encore arrivée. Je suis sortie pour me promener dans la cour de la maternité. Tant que le col n'est pas ouvert, on te dit de te promener dans la cour de l'école. Mais, lorsque tu marches, il y a certaines femmes qui sont fatiguées, tu les déranges. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 09.01.2016)

Ou encore Djénéba, 24 ans :

« Tu vas aller t'asseoir là-bas (centre de santé), tu vas te promener. Tu en auras marre de l'hôpital. Si l'heure de ton accouchement n'est pas arrivée, tu vas souffrir. Donc si le travail commence, il faut traîner avant d'y aller. Tu peux faire les 100 pas. Ça te fait mal et puis ça se calme aussi. Si la douleur s'accélère, toi-même tu sais que le bébé veut venir. Il ne faut pas que tu te précipites pour rien. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 04.03.2016)

Les raisons invoquées concernent également la surveillance avant l'accouchement qui peut, selon certaines femmes, se traduire par la pratique de touchers vaginaux répétés pour voir l'état du col. Pour elles, ces touchers vaginaux sont douloureux et gênants. Ainsi, Alizéta raconte qu'elle est restée chez elle quand elle a ressenti les premières douleurs qui annonçaient son accouchement. Elle a en effet attendu de rompre les eaux pour se rendre au CMA. Elle a préféré attendre « *parce qu'à la fin, si tu pars, ils (les stagiaires) vont faire « les attouchements » (touchers vaginaux) jusqu'à ils vont te fatiguer* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de ses parents, 30.05.2016).

Nous observons aussi l'attitude inverse dans le sens où certaines femmes se dirigent rapidement vers le centre de santé dès qu'elles ressentent des douleurs et pensent qu'elles vont accoucher. Or, celles-ci peuvent se voir refouler par les agents de santé si ceux-ci estiment qu'il est trop tôt. Certaines femmes tiennent bon face aux agents de santé et refusent de quitter le centre de santé, contrairement à Salimata, 27 ans, dont la grossesse était arrivée à terme. Celle-ci a parcouru environ 4 km à pied pour rejoindre le CSPA le plus proche (et où elle avait réalisé toutes ses CPN) à cause de douleurs au niveau du ventre. L'agent de santé a considéré que l'accouchement n'était pas imminent et l'a renvoyée chez elle. Salimata est retournée à pied chez elle. Dans la nuit, elle a senti les contractions. Habitant dans un *non loti* éloigné de la voie principale, elle n'a pas pu appeler un taxi. Elle a finalement accouché chez elle avec l'aide de sa voisine, conseillère psychosociale dans une association de PvVIH. Celle-ci l'a surtout aidée à expulser le placenta comme elle avait vu le faire dans la maternité où elle intervient et l'a accompagnée avec le bébé le lendemain au CSPA (Entretien, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 25.08.2016).

Ainsi le système de santé biomédicale considéré comme une référence pour les femmes enceintes et qui accouchent est également l'objet d'une certaine méfiance envers son offre de soins, en particulier dans les centres de santé de premier

échelon. Ce qui amène les femmes, selon leur situation socio-économique, à rechercher prioritairement la sécurité et à s'adresser aux établissements des échelons supérieurs, en particulier le CHU. Cette méfiance fait partie d'un ensemble plus vaste de récriminations de la part des femmes et leur entourage vis-à-vis des structures sanitaires et des agents de santé.

3. La contestation populaire du système de soins

Le système de soins de santé est l'objet de la part des femmes et de leurs accompagnants de nombreux griefs. Cette contestation n'est pas un fait isolé, provenant seulement de quelques individus. Elle se traduit par des formes multiples individuelles et collectives et s'inscrit dans un contexte politique très tendu. La mobilisation autour du CHU est ainsi emblématique non seulement des griefs portés par la population envers le système de santé mais également de ses dysfonctionnements qui dépassent le seul champ de la santé maternelle et néonatale.

3.1 Les griefs des femmes et de leur entourage envers le système de santé

Au cours de l'étude, les plaintes à l'encontre du système de santé sont nombreuses de la part des femmes et de leur entourage. Elles concernent principalement l'attitude des personnels soignants, même si l'arrivée de la politique de gratuité a fait émerger des critiques envers le nouveau dispositif. Nous devons considérer en effet un « avant » et un « après » la mise en place de la politique de gratuité.

Avant l'application de la politique de gratuité des soins, la plainte principale et récurrente portait sur les frais inhérents aux soins pendant la grossesse, l'accouchement, mais également à ceux prodigués au nouveau-né pris en charge dans le service de néonatalogie³⁶⁴. Avec l'arrivée de la politique de gratuité, les plaintes ne se focalisent plus autant sur les coûts. Néanmoins, les ruptures des médicaments génériques dans les centres de santé provoquées par la mise en place rapide sur le terrain de la politique de gratuité ont conduit les agents de santé à prescrire des spécialités vendues uniquement dans les pharmacies de la ville. Cette situation fait apparaître de nouvelles contestations sur la question des coûts comme l'illustre cette observation dans un centre de santé :

Un homme vient avec sa femme enceinte qui ne fait que vomir. L'accoucheuse fait une ordonnance et envoie le mari vers une pharmacie privée. En revenant, il m'interpelle. Ce

³⁶⁴ Les familles se plaignaient beaucoup avant la politique de gratuité des frais occasionnés par l'hospitalisation (surtout si elle durait) du nouveau-né en néonatalogie malgré la distribution d'un kit de soins gratuit à son admission. De même les CPN étaient gratuites et les accouchements et les césariennes bénéficiaient de subvention, ce qui avait permis de réduire les coûts qui néanmoins restaient encore trop élevés par rapport aux revenus des populations.

monsieur m'explique qu'il est allé tout payer sauf les gants. Il me montre le sachet de médicaments qu'il vient de payer. Il en a eu pour 10 700 FCFA à la pharmacie. « Où est la gratuité ? [...] Il n'y a que les gants qui sont gratuits ! ». Et il interroge de nouveau « où est la gratuité ? [...] Le gouvernement a dit que tout est cadeau pour les femmes enceintes. Il a dit ça à la télé, à la radio. C'est faux ! » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 26.10.2016)

De plus, la gratuité a généré beaucoup d'affluence et de temps d'attente dans les structures sanitaires ; ce qui peut perturber l'organisation des consultations comme le décrit Zénabe :

« Des fois ils ne prennent que 15 femmes enceintes par jour. Ils ne dépassent pas ce nombre. [...] Tout cela est dû à la gratuité. Avant la gratuité, quand les femmes payaient³⁶⁵, même si les femmes enceintes étaient au nombre de 50, ils prenaient tout le monde en consultation. Même s'ils vont descendre jusqu'à 14h, ils vont prendre toutes les femmes. Mais le fait que c'est gratuit, ils limitent le nombre à 15 ou 20 femmes soi-disant qu'ils écrivent beaucoup et que c'est fatigant³⁶⁶. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de l'une de ses amies, 28.12.2016)

Par ailleurs, l'attitude des soignants est régulièrement critiquée et remise en question. Selon les femmes, leur comportement n'est pas adapté, leur accueil « *n'est pas intéressant* ». Comme le souligne une femme, agent de santé communautaire, « *Tes paroles peuvent guérir la maladie mais tes paroles peuvent aggraver la maladie* » (Causerie, Bobo-Dioulasso, *non loti*, place à côté de la mosquée, 31.05.2016). D'autres font la distinction entre les agents de santé : « *Ça dépend des agents de santé. D'autres sont bons. D'autres ne sont pas bons. D'autres se lèvent le matin avec des problèmes de famille et les déversent sur les femmes* » (Causerie, Bobo-Dioulasso, *non loti*, place à côté de la mosquée, 31.05.2016).

Les femmes et leur accompagnants ont de nombreux griefs envers les agents de santé tels que le racket³⁶⁷, le manque de surveillance et de soutien auprès des femmes qui accouchent. Adjida, 55 ans, souligne au cours d'une causerie dans la cour d'une parente, certains de ces points :

³⁶⁵ En général, les femmes payaient un ticket de consultation de 100 FCFA (0,15 centimes d'euros).

³⁶⁶ Les agents de santé ont vu en effet leur charge de travail augmenter tandis que les ristournes obtenues (dont une partie leur était ensuite reversée comme une sorte de prime) sur les tickets de consultation ont disparu.

³⁶⁷ Dans le rapport du Réseau national de lutte anti-corruption (REN-LAC) publié en 2016 au Burkina Faso, le domaine de la santé figure au 12^{ème} rang (sur 17) dans le « classement des services selon le degré de corruption perçu par les enquêtés ». Les actes concernés par la corruption sont les suivants : « facturations illégales » pendant les consultations ; « vol/vente de médicaments, racket des malades » au niveau des soins ; « détournement de matériel et de patients vers le privé » (REN-LAC, 2016 : 32). Dans ce rapport, les femmes ont le plus cité le domaine de la santé comme étant le plus exposé, selon elles, à la corruption (REN LAC 2016 : 33-34). http://renlac.com/download/rapports/Rapport_2016_sur_letat_de_la_corruption.pdf

« Ils (Les professionnels de santé) nous prennent comme les gens du village, ils nous arnaquent, ils nous escroquent. [...] Et puis même tu amènes une femme enceinte, toi qui l'as amenée tu t'arrêtes à son chevet (tu la surveilles). [...] Si c'est la nuit, ils partent dormir, ils partent dormir. Si tu ne t'arrêtes pas au chevet de ton enfant, l'enfant là va naître, tomber à terre. Personne même ne va s'approcher de toi. » (Causerie, Bobo-Dioulasso, dans la cour de sa parente, 31.03.2015)

De même Pénélope, 27 ans se plaint de l'absence de surveillance médicale quand elle était sur la table d'accouchement : *« On nous laisse seule surtout quand la douleur vient »*. Elle raconte qu'elle s'est retrouvée seule sur la table d'accouchement alors qu'elle avait mal, au point qu'elle se tenait à la potence qui porte la perfusion. Elle se souvient, c'était vers midi, l'heure de la descente, quand elle s'est mise à crier. La sage-femme est venue en lui disant *« Et pourtant je voulais aller manger »*. Pénélope dit que *« crier est une bonne tactique »*. *« Si tu restes trop tranquille, on ne va pas s'occuper de toi »*. Pour elle, *« cette situation n'est pas normale »* (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 07.06.2016).

Djénéba exprime sa colère contre l'agent de santé qui n'a pas été attentive à son état, alors qu'elle était prête à accoucher manquant d'expulser le bébé avant de monter sur la table d'accouchement :

« Quand ça a commencé net, j'ai dit : « madame, ça fait mal. Là où je suis là, ça fait très mal. Maintenant il est l'heure ». Elle dit : « Ah bon ! Qu'il est l'heure ? » Je dis « oui ». « Que si c'est comme ça que de venir monter (sur la table d'accouchement) ». Je pars, je ne peux pas monter. Je dis : « Je ne peux pas monter. Je vais faire comment ? » Donc que de rester là-bas. Que qui va m'aider pour que je puisse monter. Que de rester là-bas. Moi j'ai vu, ça fait mal. Je reste ici, ça va faire mal. Je n'arrive pas à monter, ça fait mal aussi. Elle ne va pas m'aider. Je vais faire comment ? Je me suis débrouillée et je suis montée. Quand je suis montée net là, je dis « madame, il faut venir dè. Le bébé est là, il vient ». Que de laisser elle va porter les gants et autre. Avant de porter l'autre gant-là, le bébé commence à venir. Que pourquoi j'ai poussé ? J'ai dit que ce n'est pas moi qui ai poussé. Et pourtant c'est normal de pousser. Ou bien ? C'est normal. Si le bébé vient, c'est normal de pousser non ? Oui. Avant qu'elle ne porte l'autre gant, la tête de l'enfant est venue. [...] A ce moment-là on dit « il fait chaud ». Tu as envie de respirer plus fort. Tu vois. Moi je n'ai pas poussé. Je n'ai rien fait. Je suis montée me coucher, le bébé commence à venir. Qu'elle m'a dit d'attendre. Je vais attendre comment ? Ça est là en train de venir, on peut attendre comment. On a eu la chance ce jour-là. Si l'enfant était tombé, j'allais l'enfermer là-bas. Elle allait faire dix ans là-bas. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 04.03.2016)

Nawa, 27 ans, a dû subir récemment une césarienne pour sa quatrième grossesse. Elle a été de nouveau hospitalisée 17 jours parce que sa plaie s'est infectée. Sa mère, Adja, incrimine les services de santé qui n'ont pas fait leur travail correctement : *« Quand on l'a opérée, on n'a pas lavé sa plaie. On lui a donné rendez-vous dans 9 jours avant de la libérer. La veille du jour où on devrait raser la tête du bébé, les saletés sont montées sur la plaie de l'opération. Elle a eu des vertiges et elle s'est évanouie. On l'a amenée à l'hôpital. Quand on l'a amenée, elle*

a fait 17 jours à l'hôpital ». Elle ajoute qu'en général « C'est chaque trois jours qu'on donne rendez-vous aux femmes pour venir laver leur plaie ». A côté des récriminations de sa mère, la jeune femme décrit les relations houleuses avec une sage-femme au point qu'elle en avait « peur ». Celle-ci lui administrait des soins qu'elle avait visiblement du mal à supporter :

« Les cris ne peuvent pas finir. Moi-même j'ai fait la bagarre avec une femme. Quand on vient pour te piquer, je sens une chaleur sortir dans ma bouche. Cette chaleur a blessé mes lèvres. Quand on te pique, lorsque tu ouvres ta bouche, tu sens de la chaleur qui sort. Quand je l'ai vue venir, j'ai dit : « la sage-femme vient me piquer encore. Aaah ! » Elle a dit que je l'ai insultée. Je lui ai dit : « Je ne t'ai pas insultée. Moi je suis malade, donc je me cherche. Ce n'est pas la bagarre, ma mère ». Elle a dit : « Ce n'est pas la bagarre, mais pourquoi tu m'as insultée ». J'ai dit que je ne l'ai pas insultée. Depuis ce temps, jusqu'à ce que je sorte de l'hôpital, cette femme a eu toujours la mine serrée avec moi. Si elle vient vers moi, elle me menace. Si je la vois venir, j'ai peur comme cela. Mon cœur bat fort. Le jour où elle est de garde, j'ai peur. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, au domicile de ses parents, 28.10.2016)

Le sentiment de méfiance se développe également parmi les femmes et leur entourage face à l'absence d'information et de dialogue avec les professionnels de santé ; en particulier quand il s'agit des soins donnés au nouveau-né dans le service de néonatalogie³⁶⁸. Dans le cas de Mawa et son mari, ce manque de communication a amplifié leurs doutes par rapport à la nature et la qualité des soins prodigués à l'égard de leur bébé. A tel point que cette méfiance s'est traduite par une contestation silencieuse dans le sens où le couple a préféré « fuir » avec le bébé³⁶⁹.

« Je veux que si on enlève le sang d'un enfant, qu'on donne les résultats des examens de ce sang avant d'enlever un autre sang. Sinon ce n'est pas bien d'enlever le sang de l'enfant chaque fois sans donner le résultat. Parce qu'on ne peut pas savoir si l'enfant est malade ou pas. Ils nous ont donné une seule ordonnance depuis le matin. C'est ce traitement qu'ils sont en train de faire depuis longtemps. C'est seulement de l'eau (perfusion) qu'on met à l'enfant. Depuis qu'ils ont enlevé le sang, on ne nous a pas donné ni de résultats ni d'ordonnance. C'est seulement une ordonnance qu'on a donnée d'aller prendre de l'eau. A part cette ordonnance, on ne nous a plus donné d'autre ordonnance. Personne ne nous a communiqué les résultats des examens de sang. Ils ne faisaient qu'enlever le sang de l'enfant sans rien nous dire, sans nous donner des ordonnances. C'était : enlever le sang de l'enfant et lui mettre de l'eau, enlever le sang de l'enfant et lui mettre de l'eau. Le vendredi, ils voulaient pour la troisième fois, enlever le sang de l'enfant. Comme nous avons vu que l'enfant tète, il fait tout, nous avons décidé de fuir. L'enfant faisait pitié. Le jeudi, c'est trois personnes qui sont venus piquer l'enfant. Premièrement c'est une femme qui est venue le piquer. Elle n'a pas eu de sang. Un

³⁶⁸ Une autre mère (qui a fait des études supérieures) raconte qu'elle vérifiait le soir sur internet avec son mari les prescriptions que faisait le médecin pour leur bébé (Entretien, Bobo-Dioulasso, 30.05.2016).

³⁶⁹ Avant la politique de gratuité, l'une des responsables du service de néonatalogie, parlait des « évasions » des familles, c'est-à-dire qu'elles partaient avec le bébé sans prévenir, interrompant ainsi les soins. Ces attitudes étaient liées à leur impossibilité de supporter les frais. La même responsable a remarqué que les « évasions » avaient baissé depuis la mise en place de la gratuité dans le service.

autre est venu le piquer avec une aiguille et à tirer sans avoir de sang. C'est une troisième personne qui est venue, elle avait plus de connaissances que les deux autres. C'est elle qui a pu tirer le sang de l'enfant. Quand il a tiré le sang, l'enfant n'a pas pu pleurer tellement que la douleur était forte. Parce que l'aiguille était trop enfoncée. Il a tellement pleuré qu'il n'avait plus de force pour pleurer encore. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 28.12.2016)

Les plaintes et griefs ainsi formulées restent en général dans le cercle restreint de la famille, et du voisinage, mais elles peuvent être aussi prononcées directement, de manière plus ou moins violente, contre les agents de santé. Ainsi, les femmes rencontrées ne se sont pas adressées auprès d'une autorité supérieure, exceptée Maï qui est allée interpeler le médecin à propos de la maltraitance qu'elle avait subie alors qu'elle participait à une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus à Bobo-Dioulasso en 2013 ou en 2014 elle ne se rappelle plus très bien :

« Le rang était long comme ça. On est parti vers les 9h. mais le temps que nous, on passe, il était vers 14h-15h comme ça. Arrivée à mon tour, on m'a dit : « étale toi, déshabille-toi. Ça ne fait pas mal, ça ne te fera rien ». Ils ont mis le spéculum, tout tout. Ils avaient un produit, je ne connais pas le nom du produit. C'est avec un sérum qu'ils ont utilisé le produit. Avec du coton, ils ont mis dedans. Ils ont essayé de nettoyer. Mais quand ils ont mis le produit, ça m'a extrêmement brûlée. J'ai crié. La femme dit : « ha, toi aussi, petite chose seulement, tu cries. Ça n'en vaut pas la peine ». J'ai dit : « madame, vous m'avez brûlée ». Elle dit : « ça fait combien de jours on fait ça ici. Aucune femme ne s'est plainte. Toi tu es trop fragile. Petite chose, tu cries ». J'ai dit : « ça m'a brûlé, ça me fait mal à l'intérieur ». J'ai insisté. Elle a commencé à dire : « il y a des femmes qui sont compliquées ici ». Elle a commencé à me gronder. Mais moi, je savais que j'avais mal à l'intérieur. J'ai supporté jusqu'à ce qu'elle finisse. Je suis partie. Elle ne m'a pas fait de prescription malgré mes plaintes. Puisqu'elle croyait vraiment à son produit. [...] C'est la nuit maintenant que je ne pouvais plus m'asseoir, je ne pouvais plus marcher. Je suintais du sexe. J'étais obligée d'appeler Docteur [nom du docteur] [...] Quand il a vu, il a crié : « qui t'a fait ça ! Mais tout a brûlé » Et les lèvres étaient tout blanches comme ça. Tu sais quand la peau s'enlève là. Tout a brûlé. De l'intérieur jusqu'à l'extérieur, tout a brûlé. Lui, il a pris de la Bétadine et il a bien lavé ça. Et puis, il m'a fait des prescriptions. Je suis allée prendre des comprimés à la pharmacie. J'ai payé tout un tas de produits pour me soigner. Le lendemain matin, je me suis levée très tôt, je suis allée directement à l'hôpital. J'ai dit : « je veux voir telle dame ». Je l'ai décrite. Elle était là. Je l'ai appelée et je lui ai dit : « hier, vous m'avez dit que je suis comme ça ». [...] Je lui ai dit qu'elle n'a qu'à venir voir ce qu'elle m'a fait. Vous avez dit hier que c'est moi qui me plaignait de tout, que je suis mesquine, je suis fragile. Elle a dit : « madame, c'est sérieux ». J'ai dit : « viens voir. Je n'ai pas honte à te montrer mon sexe. Tu es femme, donc toi tu dois être à mesure de comprendre ce que je ressens. Tu ne vas pas le voir toute seule. Appelle l'autre équipe. Je veux que vous tous vous voyez ce que vous m'avez fait. Parce qu'il y a beaucoup de femmes qui ont subi comme ça. » Et c'est ça même qui m'a motivée à aller. Puisque le dépistage n'a pas commencé ce jour. C'était au moins le troisième ou le quatrième jour de dépistage. Et ce même produit a brûlé beaucoup de femmes qui ne se sont pas plaintes. Comme je suis de la santé, je sais que tant qu'il n'y a pas quelqu'un qui a le courage de dévoiler le secret, ça va toujours continuer. Moi je me suis portée cobaye. Donc ils se sont appelés trois, quatre

personnes. Je dis : « est-ce que le médecin est là ? ça va lui servir de leçon ». Ils ont voulu refuser et j'ai dit : « dans le cas contraire, j'amène l'affaire en justice ». C'est là ils sont allés appeler docteur qui ? Je ne me rappelle plus. Il est sorti. Je me suis couchée. J'ai dit : « mettez le spéculum, regardez tout ce que vous voulez et vous verrez ce que vous m'avez fait. De l'extérieur à l'intérieur, regardez ». Le médecin, il a crié : « haaaa ! Qu'est-ce qui t'a fait ça ? Qui a fait ça ? Qu'est-ce qui s'est passé ? » J'ai dit : « hier, j'ai dit à la dame que son produit n'était pas bien dilué ». Elle a dit que c'est moi qui suis comme cela ou comme-ci. J'ai dit : « hier, je n'ai pas dormi. Vous voyez, c'est une grande plaie que vous m'avez créée. Vous avez fichu tout mon sexe. J'ai peur maintenant que le col ne soit obligé de devenir autre chose ». Ils ont eu peur. Le médecin, il m'a bien examinée. J'ai dit : « Je ne veux plus de vos produits. Moi j'ai déjà payé mes produits. Je vais me soigner avec ça. C'était pour que vous voyez ce qui s'est passé réellement. Ça veut dire que le produit n'est pas bien ». Ils disent qu'effectivement, le produit n'a pas été bien dilué. C'était plus acide [...] »

Elle ajoute :

« Personne n'a eu le courage de se plaindre. Parce que, la plupart des femmes ce sont des illettrées, elles ont peur de l'hôpital. Même s'il y a des intellectuelles, elles vont penser que c'est comme ça. Et moi je sais que ce n'est pas comme cela. Puisque le même test, je l'ai déjà fait à l'ABBEF³⁷⁰ il y a deux ans de cela avant d'aller chez eux. Je n'ai pas eu de douleur. [...] Je voulais qu'ils sachent que le produit qu'ils ont utilisé là, n'était pas bien. Il faut qu'ils soient convaincus qu'ils sont en train de brûler les femmes en ville. Moi j'ai eu le courage d'aller leur dire : « voilà l'erreur de l'hôpital ». Tant qu'ils n'avaient pas vu ça, ils ne pouvaient pas savoir qu'ils sont en train de faire de mal aux gens. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son bureau, 28.12.2016)

La démarche engagée par Maï dans la situation qu'elle rapporte, peut paraître plus facile pour elle dans la mesure où elle travaille dans le domaine de la santé. Mais nous pouvons également estimer qu'en travaillant dans la santé, Maï aurait pu aussi préférer se taire et ne pas prendre le risque de s'exposer dans le domaine où elle intervient. Même si cette situation ne relève pas directement de la santé maternelle et infantile³⁷¹ elle est révélatrice des pratiques soignantes et du risque iatrogène qui en découle. De plus, elle s'inscrit dans les prémices d'un changement à l'œuvre dans le rapport que les femmes entretiennent à l'égard du système de santé. Dans le sens où les interpellations sont plus fréquentes de leur part et de celle de leurs accompagnants et qu'elles peuvent faire irruption dans la sphère publique comme nous allons l'aborder à présent.

3.2 Emergence des plaintes dans la sphère publique

Deux types de plaintes provenant des individus sont en effet en train d'émerger, l'un relève plus de l'ordre du témoignage largement diffusé dans la sphère publique

³⁷⁰ Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial (ABBEF).

³⁷¹ Elle relève néanmoins de la santé de la femme et de la santé de la reproduction.

grâce aux médias et aux réseaux sociaux. L'autre s'inscrit dans une dimension plus juridique initiée à travers le dépôt de plaintes en direction des ordres professionnels.

a. Témoignages dans les médias et réseaux sociaux

Pendant l'enquête de terrain, les médias et les réseaux sociaux se sont fait le relais de deux drames qui se sont passés dans des services de maternité en milieu urbain. Les témoignages de chacun des maris ont ainsi été relayés. Chacun a rapporté les circonstances des décès qui sont survenus des suites de l'accouchement de leur femme : le décès de la mère et du bébé à l'hôpital pour l'un, et la mort du bébé dans une clinique privée pour l'autre. Les deux événements se sont passés à Ouagadougou, les deux hommes affichent chacun leur profession. Le premier est policier municipal bénéficiant d'une notoriété parce qu'il est aussi acteur. Le second se présente comme communicateur et journaliste.

Le policier décrit de manière très détaillée dans une interview³⁷² accordée au journal L'Observateur Paalga et publiée le 21 mars 2016 sur internet, les circonstances du décès de sa femme survenue après l'accouchement le 16 mars 2016 et de celui du bébé le jour suivant sa naissance, au CHU de Yalgado. Dans son témoignage, le policier met en avant toute une série de dysfonctionnements qui ont conduit au drame, incriminant les conditions sanitaires dans le service et les professionnels de santé. Sa femme est décédée peu après avoir fait une chute de la table d'accouchement alors qu'elle était en travail. D'après lui, la table qui s'est cassée n'était pas adaptée pour supporter le poids de son épouse qui pesait plus de 100kg. Il décrit des conditions sommaires dans la prise en charge de l'accouchement de sa femme qui perdait selon lui beaucoup de sang et a été allongée après la naissance du bébé sur une natte (faute de place) où elle est décédée. Il raconte également que le bébé nécessitait une réanimation mais le service de maternité ne disposait pas de kit de réanimation. De plus, il partage son incompréhension des raisons qui empêchaient le transfert du bébé du service de la maternité vers le service de réanimation. Le nourrisson est mort le jour suivant à l'hôpital. Dans cet interview, le mari reproche aux professionnels de santé d'avoir notifié dans les dossiers de sa femme et du bébé, qu'ils étaient chacun décédé de leur maladie alors que selon lui les décès ont été provoqués suite à l'accouchement. Par ailleurs, le mari précise qu'il n'a pas l'intention d'aller en justice parce qu'il n'a pas les moyens financiers d'engager une procédure contre le CHU et qu'il est suffisamment atteint par le deuil. En revanche, il expose les raisons de cette interview : témoigner de ce qui se passe au sein des hôpitaux. Le 30 mars 2016, Burkina 24 publie sur son site³⁷³ l'hommage que ce même monsieur a dédié à sa femme sur Facebook. Nous apprenons dans cet article que le CHU a diligenté une enquête sur cette affaire. La veille, le 29 mars

³⁷²<http://www.lobservateur.bf/index.php/editorial/item/5012-adama-pamtaba-epoux-de-la-defunte-zourata-elle-avait-pourtant-dit-que-la-table-ne-supporterait-pas-son-poids>

³⁷³ <http://www.burkina24.com/2016/03/30/zourata-pamtaba-aurait-fete-ses-40-an-s-ce-mercredi/>

2016, le site de radio Oméga a relayé la marche organisée par les « femmes des corps habillés » à Ouagadougou en lien avec le décès de la femme du policier. Au cours de cette manifestation, elles ont demandé à la ministre de la Promotion de la Femme « le respect de la femme malade, de la femme enceinte et des enfants dans [les] hôpitaux ³⁷⁴».

Dans le second témoignage, le bébé est décédé après sa naissance dans une clinique privée. Le père interpelle dans la version en ligne du quotidien Sidwaya directement le médecin³⁷⁵ propriétaire de la clinique qu'il tient pour responsable du décès de son enfant. Il met en doute la prise en charge reçue par sa femme atteinte de paludisme pendant sa grossesse, s'interroge dans l'article sur le bien-fondé de la césarienne qui avait été décidée par le médecin. Il raconte que le bébé a nécessité une réanimation mais qu'ensuite son état s'est dégradé avant qu'il ne décède dans la clinique. Il pointe alors l'attitude des professionnels de santé qui, selon lui, ont fait montre de négligence vis-à-vis du bébé et n'ont pas été à la hauteur dans l'accompagnement des parents. Dans son interpellation, il affirme que ce sont les intérêts commerciaux qui priment dans les cliniques privées et prend l'exemple des césariennes qui rapportent plus que les accouchements par voie basse. Il estime que « le service rendu n'est pas à la hauteur des frais payés ». Il joint un montage de photos qui montrent des détritiques et des déchets sanitaires aux abords immédiats de la clinique. Il précise qu'il ne veut pas non plus porter plainte mais il souhaite contribuer à l'amélioration du système de santé en apportant son témoignage. A la suite de cette publication, le médecin propriétaire de la clinique a porté plainte pour diffamation contre ce monsieur et les journaux qui ont publié son témoignage.

Ces deux témoignages fortement relayés par les médias et les réseaux sociaux montrent comment l'émergence d'une contestation du système de soins de santé maternelle et infantile prend des formes nouvelles et se propage, en particulier dans les milieux connectés. Le service public aussi bien que le service privé sont visés. Faisant du cas de cette femme décédée en couches un cas emblématique de ce que vivent les femmes et leur bébé dans les structures sanitaires. Ces histoires tragiques ainsi révélées à travers des témoignages diffusés dans la sphère publique, rendent plus visibles encore le drame des femmes qui meurent en donnant la vie ainsi que les dysfonctionnements dans les structures sanitaires. Ceux-ci étaient jusqu'alors relevés de manière comptable par les institutions

³⁷⁴<http://netafrique.net/deces-de-pamtaba-zourata-a-lhopital-yalgado-ouedraogo-les-femmes-des-corps-habilles-marchent-pour-que-plus-rien-ne-soit-comme-avant/>

³⁷⁵ Le nom du médecin est cité ainsi que celui de la pédiatre. Il a également ajouté deux photos de la clinique qui la rendent repérable. L'une montre le bâtiment dans son ensemble, l'autre le panneau avec les services proposés et les coordonnées de l'établissement.

internationales et dénoncés par des organisations comme Amnesty International qui avait pu le faire lors de sa campagne médiatique en 2010³⁷⁶.

b. Les plaintes auprès des ordres des professions médicales

La contestation du système de santé dans la sphère publique se manifeste également sous la forme de plaintes émises par les patients dans la sphère juridique et les ordres des professions médicales, en l'occurrence l'ordre national des médecins et l'ordre national des sages-femmes et des maïeuticiens³⁷⁷. Ce phénomène n'a pas atteint une grande ampleur au cours de l'étude. A Bobo-Dioulasso par exemple, les deux ordres régionaux concernés (médecins et sages-femmes) n'ont pas été interpellés pour intervenir dans des cas précis portés devant la justice. Contrairement à Ouagadougou où comme le fait remarquer le responsable de l'ordre régional des médecins, l'apparition de ces plaintes est concomitante avec la création de l'ordre professionnel et la visibilité que ses membres ont voulu lui donner :

« Pour la région de Ouagadougou, depuis que nous sommes à la tête du conseil régional, nous nous sommes organisés de sorte à ce que l'on soit visible sur nos missions. C'est ce qui a fait que nous avons commencé à recevoir maintenant depuis deux ans des plaintes des usagers des services de santé, que ça soit dans le public ou dans le privé, avec des médecins au centre des accusations. Donc, nous avons reçu des plaintes contre les cliniques privées, des plaintes des gens qui sont allés dans les services publics aussi [...] Mais toutes les plaintes que nous avons reçues ici contre les médecins dans le cadre de l'offre de santé, ce n'est pas passé au niveau du tribunal. Nous les avons réglés à l'amiable à travers des audiences dites disciplinaires à but pédagogique pour faire en sorte que les deux parties puissent se comprendre et que l'interface puisse être améliorée et que les gens puissent continuer à donner les soins. Ça permet d'une part d'attirer l'attention du médecin sur un certain nombre de choses c'est-à-dire le respect de la déontologie et des règles de l'éthique en la matière. Et

³⁷⁶ Amnesty International est connue pour sa défense des prisonniers politiques. Cependant, en 2010, face aux conditions sanitaires mettant en péril la santé des mères au Burkina Faso, cette organisation a mis en place une campagne pour lutter contre la mortalité maternelle dans ce pays basé sur un rapport annonçant « plus de 2000 femmes meurent par an de complications liées à la grossesse et à l'accouchement ». <https://www.amnesty.org/download/Documents/AFR600012009FRENCH.PDF>

Le rapport 2017-2018 de cet organisme montre que les dysfonctionnements sont toujours en cours et continuent à menacer la vie des mères : « En raison de la pénurie de matériel médical, de médicaments et de personnel dans les hôpitaux, les femmes et les nouveau-nés étaient exposés à de graves risques de complications obstétricales, d'infection et de mort. Au moins 100 décès maternels ont été recensés au cours des six premiers mois de l'année dans l'un des deux principaux hôpitaux publics de Ouagadougou. Dans l'un de ces hôpitaux, les sages-femmes, débordées, pratiquaient jusqu'à 25 césariennes par jour et, faute de moyens, certaines patientes dormaient à même le sol, parfois sans draps ». <https://www.amnesty.org/fr/countries/africa/burkina-faso/report-burkina-faso/>

³⁷⁷ L'ordre unique des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes du Burkina Faso a été fondé en 1992. L'ordre national des médecins du Burkina Faso a été créé par une loi adoptée en 2012 comme l'ordre national des sages-femmes et des maïeuticiens. Il existe également un ordre national des infirmiers et infirmières du Burkina Faso, créé également en 2012, mais je n'ai pas pu rencontrer l'un des responsables de cet organisme.

d'autre part aussi de rassurer l'usager des services de santé et aussi lui faire savoir que l'ordre des médecins est là pour veiller à ce que les médecins puissent exercer dignement selon les règles de l'art. Et d'ailleurs, notre règlement le dit, qu'il faut toujours privilégier le règlement des conflits à l'amiable au lieu de passer par la voie judiciaire qui finalement n'arrange personne. » (Entretien, Ouagadougou, bureau de l'ordre régional des médecins au CHU, 05.10.2016)

Le président de l'Ordre Régional des médecins à Ouagadougou précise que le domaine de « *[l]a santé maternelle, c'est très sensible* ». Il raconte que l'ordre s'est impliqué dans l'affaire concernant le décès du nouveau-né dans une clinique privée³⁷⁸ en tant que médiateur. Selon lui, son organisation tente de résoudre ce conflit à l'amiable afin d'éviter qu'elle ne passe devant la justice (Entretien, Ouagadougou, bureau de l'ordre au CHU, 05.10.2016).

De même la responsable de l'ordre national des sages-femmes et des maïeuticiens a perçu des changements depuis les 5 dernières années. Selon elle, « *jusque-là il n'y avait pas de plainte qui remontait au niveau des organisations des sages-femmes*³⁷⁹ *mais ça change à présent* ». Actuellement, « *quelques plaintes ont été enregistrées au niveau de l'ordre* ». Elle en dénombre 5 au moment de l'entretien. Pour elle, les plaintes sont apparues avec la mise en place de l'ordre des sages-femmes. Elle affirme que les patients (jusqu'à présent) ne savaient pas où adresser leurs plaintes, ils ne connaissaient ni l'association, ni l'ordre des sages-femmes. Selon elle, les patients avaient l'habitude de se plaindre auprès du responsable du centre de santé (médecin, infirmier chef de poste). Elle décrit l'itinéraire actuel d'une plainte. Désormais, une plainte déposée par un patient contre un agent de santé est gérée par le Médecin Chef de District qui décide ou non de la référer à la Direction Régionale de la Santé qui évalue si le problème peut être résolu. Si tel n'est pas le cas, la plainte est transférée auprès du Ministère de la Santé qui saisit le Conseil de l'ordre des sages-femmes et des maïeuticiens qui consulte un conseiller juridique qui va auditionner le professionnel de santé concerné par la plainte afin de comprendre la situation. Au cas où l'affaire est traduite en justice, le conseiller ainsi que l'ordre des sages-femmes et des maïeuticiens (niveaux national et régional) soutiennent l'intéressé (Entretien, Ouagadougou, 27.02.2017).

A Bobo Dioulasso, le responsable de l'ordre régional des médecins déplore le fait que les patients ne déposent pas « officiellement » plainte à l'encontre des professionnels de santé :

« Officiellement les gens ne déposent pas plainte ici même quand vous les incitez avec les conférences, avec les émissions à la radio parce que nous avons un partenariat avec une radio de la ville. Tous les jeudis à 15h ils ont une émission de santé où nous intervenons pour des

³⁷⁸ Il s'agit de l'une des affaires parues dans les médias et les réseaux sociaux que nous avons relatée précédemment.

³⁷⁹ L'ordre national des sages-femmes et des maïeuticiens a été créé le 28 mai 2012. L'existence de l'association des sages-femmes est antérieure à celle de l'ordre des sages-femmes et des maïeuticiens.

« sujets divers et à chaque fois qu'on a l'occasion on demande à la population lorsque vous avez des problèmes allez au conseil régional de l'ordre pour en parler. Mais les gens ici ne viendront jamais vous dire : « je viens officiellement me plaindre de... » (Entretien, Bobo-Dioulasso, bureau du médecin, 11.10.2016)

Pour lui, les gens préfèrent s'adresser aux médias. Pour illustrer son propos, il donne l'exemple d'une « affaire » récente d'un patient qui a déclaré dans les médias avoir été escroqué par un médecin au CHU de Bobo-Dioulasso. Le patient s'est plaint en effet d'avoir déboursé 100 000 FCFA³⁸⁰ pour des soins qui consistaient en 4 points de suture :

« C'est suite au problème qu'on a eu avec la suture de 100.000. Nous avons dit ce monsieur ou son accompagnant s'est adressé à la presse directe. S'il y avait un service d'info ou de contentieux au sein de l'hôpital il serait venu poser le problème et il ne l'aurait pas posé d'abord au niveau d'une radio. Parce que l'explication que j'ai reçue du chirurgien, il aurait pu l'avoir aussi. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, bureau du médecin, 11.10.2016)

Néanmoins, pour un médecin responsable d'un service de gynécologie à Bobo-Dioulasso, les plaintes dans le domaine de la santé sont une réalité à considérer³⁸¹ : « la justice a commencé à Ouagadougou, elle vient aussi à Bobo ». Selon lui, « il y a des médecins qui ont des dossiers en justice, dans le privé aussi ». Parmi ces dossiers, « certains concernent la gynécologie ». Il ajoute que « quelques médecins ont eu leur dossier en justice à cause des gens qui sont allés en justice ». Il précise : « des gens qui ont fait des études ». Il mentionne toutefois le cas d'un confrère « qui aurait dû passer en justice et aller à la prison de Bolomakoté³⁸² » mais l'affaire a pu se régler en évitant l'intervention de la justice (Entretien, Bobo-Dioulasso, Bureau du médecin, 10.03.2017).

Même si les plaintes des patients ne sont pas encore très nombreuses, la question juridique imprègne progressivement le champ de la santé comme nous pouvons le percevoir dans les propos de cet infirmier chef de poste dans un CSPS de Bobo-Dioulasso. Celui-ci a en effet tenu à former ses agents de santé au partogramme non seulement parce qu'il est utilisé comme un outil de surveillance et d'aide à la décision lors des accouchements. Mais il s'agit également d'un outil officiel de documentation de soins qui a une valeur juridique en cas d'expertise, par exemple dans le cadre d'une plainte d'une patiente auprès de la justice :

« Par exemple nous avons fait une formation, moi j'ai exprimé le besoin chez le gynécologue de faire la formation sur le partogramme. J'ai vu qu'il y a des accoucheuses qui ne maîtrisent

³⁸⁰ Environ 152 euros.

³⁸¹ Lors des 18^{ème} Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB), devant une assemblée nombreuse, il avait déjà abordé la question au cours des échanges avec la salle : « Dans nos pays, on pense que l'accouchement est un jeu d'enfant. Tout est banal. On banalise tout parce qu'on n'amène pas les gens en justice, mais un jour viendra où les gens vont y aller » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Centre Muraz, 06.05.2016).

³⁸² Il s'agit de la prison à Bobo-Dioulasso. Bolomakoté est le nom du secteur où elle est située.

pas bien le partogramme. Alors que c'est un document médico-légal. Donc il faut que ça soit bien renseigné. »

Il précise en effet que certains agents de santé en particulier ne savent pas se servir de cet outil : *« Il y en a même pour remplir, ils n'arrivent pas. [...] Ils ne savent même pas remplir le partogramme »*. Il insiste sur la fonction médico légale de cet outil :

« C'est très utile. Puisque je vous dis que c'est un document médicolégal. Si par exemple une femme se plaint, elle part en justice, c'est ça qu'il faut sortir. [...] Au Burkina, ça n'est pas encore arrivé. Mais il se peut que ça arrive. Donc il faut pouvoir utiliser ce document-là. »
(Entretien, Bobo-Dioulasso CSPS, 12.02.2016)

Au service statistique du Ministère de la Justice, un statisticien souligne que peu de plaintes à l'encontre des professionnels de santé sont relevées parce que le type d'infraction auquel elles appartiennent n'est pas documenté à proprement dit. Elles sont en effet confondues avec d'autres plaintes dans une rubrique intitulée « crimes et délits contre les particuliers ». Autrement dit les données ne sont pas désagrégées³⁸³. Cependant, ayant participé à la collecte des données sur le terrain³⁸⁴ en 2015, ce statisticien affirme que les plaintes à l'encontre des professionnels ne sont pas nombreuses. Il ajoute qu'il peut y avoir également des plaintes déposées auprès de la gendarmerie. Celles-ci peuvent être réglées à ce niveau et ne sont pas par conséquent transmises au Parquet (Entretien, Ouagadougou, Ministère de la Justice, dans son bureau, 17.01.2017).

Ainsi les plaintes et les recours juridiques bien que peu nombreux font partie des formes de la contestation émergente à l'encontre du système de santé. Dans ce cas elles visent principalement les professionnels de santé, médecins, sages-femmes et maïeuticiens parce qu'ils sont aussi précisément représentés par les ordres de leur profession respective. Ces ordres professionnels sont alors amenés à désamorcer les conflits entre les soignants et les soignés. Ainsi les professionnels de santé s'organisent, en l'occurrence les médecins, les sages-femmes et les maïeuticiens³⁸⁵, et tentent de servir de médiateur face à la colère latente des populations à l'encontre du système de santé.

3.3 Les manifestations de violences à l'encontre du système de santé

La contestation du système de santé par les populations peut en effet prendre différentes formes et parfois se traduire par des manifestations de violence à

³⁸³ On peut retrouver les données dans l'annuaire statistique édité et publié chaque année par le Ministère de la justice, des droits humains et de la promotion civique.

³⁸⁴ Le système de collecte de données n'est pas informatisé (d'après les propos de ce statisticien recueillis le 17.01.2017).

³⁸⁵ Y compris les infirmiers et les infirmières dans le sens où leur profession est également régie par un ordre national au Burkina Faso.

l'encontre des structures sanitaires mais aussi contre les professionnels de santé ; ceux-ci se retrouvant en première ligne.

Le 1^{er} septembre 2011, la maternité du CSPS public du secteur de Belleville (21) de la ville de Bobo-Dioulasso est brûlée par des habitants du quartier, suite au décès d'une femme et de son bébé dans la salle d'accouchement de cette structure sanitaire³⁸⁶. Les agents de santé qui étaient de garde ce jour-là, et s'occupaient de la parturiente lors de son accouchement ont fait l'objet d'une plainte en justice de la part de la famille de la défunte. L'absence de surveillance pendant que la femme était en travail, et le défaut d'évacuation vers l'échelon sanitaire supérieur alors qu'il s'agissait d'une grossesse à risque ont été retenus. Les deux agents de santé, une accoucheuse et une agent itinérante de santé ont écopé chacune respectivement de six mois de prison ferme et six mois de prison avec sursis, ainsi qu'une amende de trois millions de francs CFA³⁸⁷.

Céline, 36 ans, a assisté au procès et décrit comment cet évènement opposait « les sages-femmes » à « la société civile ». Selon elle, à travers ce jugement, il s'agissait pour la population de mettre un terme à certains agissements des agents de santé, c'est-à-dire les pratiques qui mettent en danger la vie des femmes :

« J'ai assisté à ça. Toutes les sages-femmes de chaque district ont fait délégation pour aller au tribunal pour aider leurs collègues. « Qu'on ne peut pas les enfermer, que c'est un accident de travail, ils n'ont qu'à les libérer. Waye, la salle là était chaude ! (rires) [...] Eux (les agents de santé) n'ont pas accepté que ça arrive, que c'est un accident de travail. Donc que même si les sages-femmes doivent payer des amendes, qu'elles vont payer ces amendes puis continuer leur travail même si ce n'est pas dans ce CSPS là. Ils n'ont qu'à les affecter quelque part pour qu'elles continuent à travailler. [...] Les civils n'ont pas accepté hein. La population aussi a refusé parce que si on laisse ça, ça sans punir, elles vont continuer, elles vont continuer à faire ce même travail là. Il faut qu'on les punisse. [...] Si c'est moi, ils n'ont qu'à enlever les téléphones dans les CSPS depuis et les laisser travailler comme ça, sinon...ça... Tu vas aller regarder feuilleton et puis laisser les gens mourir, ce n'est pas raisonnable. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans mon bureau, 13.10.2016)

Pour le représentant du SYNDICAT des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale (SYNTSHA), le véritable problème dans cette affaire réside dans le fait que les agents de santé, une accoucheuse et une agent itinérante de santé ne sont pas qualifiées pour les fonctions qu'elles occupaient mais selon lui la population l'ignore :

« En 2011 la maternité qui a été brûlée de l'autre côté, qu'est-ce qu'il faut voir en cela ? Les gens ont trouvé que c'est inacceptable qu'une femme qui vienne pour donner la vie, perde la vie. Pour eux, c'est inacceptable. On ne doit pas perdre la vie en voulant donner la vie. Donc la population a réagi sous le coup de la colère. Mais en fait, ils n'ont pas cherché à analyser

³⁸⁶ <http://lefaso.net/spip.php?article43780>

³⁸⁷ <http://lefaso.net/spip.php?article44540>

comment le décès a pu se faire. Parce que ce jour-là qu'est-ce qui s'est passé ? Il y avait une accoucheuse auxiliaire qui était de garde avec une femme agent itinérant de santé. C'était ces deux femmes qui étaient de garde. Il y a une qui est accoucheuse et l'autre qui est agent itinérant de santé. Il n'y avait pas de sage-femme, il n'y avait pas de maïeuticien, il n'y avait même pas un infirmier. Dans une ville comme Bobo-Dioulasso qui est la deuxième ville du pays où les formations sanitaires, les maternités doivent être dotées en personnel qualifié. Cela aurait été une sage-femme qui était là ce jour, à un moment donné, elle aurait dû découvrir qu'il y a un problème et référer la femme au CMA. Mais le niveau de formation de l'accoucheuse auxiliaire ne lui permettait pas de voir le danger venir. [...] Ils (la population) ont commencé à s'en prendre aux agents de santé, parce que pour eux, tous ceux qui sont là-bas, ont le niveau pour occuper le poste. Eux, ils ne savent pas. Mais nous, nous savons qu'une accoucheuse auxiliaire ne peut pas remplacer une sage-femme. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 10.03.2017)

Pour le responsable de l'ordre régional des médecins, la population a condamné les pratiques des agents de santé qui ne correspondaient pas à la déontologie médicale :

« A partir de ce moment la population s'est fâchée parce que la population locale là-bas estimait que les agents de services ne pratiquaient plus leur métier de façon déontologique. »

Il reprend également l'argument concernant le manque de qualification des agents de santé et invoque la responsabilité de l'Etat :

« Si vous suivez le procès, vous vous rendez compte que c'étaient des AIS (Agents Itinérants de Santé) et des accoucheuses auxiliaires. Je suis désolé, chez vous en France ça ne fait pas partie du corps médical. Ils n'ont pas la formation qu'il faut, il y a une grosse responsabilité de l'Etat qui place à des postes stratégiques des agents qui n'ont pas la formation. Voilà la réalité. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 11.10.2016).

Cette forme violente de contestation a manqué de se répéter, à Bobo Dioulasso, au cours de l'étude, en mai 2016, à l'encontre cette fois d'une clinique privée suite au décès d'un homme provoqué selon les rumeurs par une perfusion glucosée qui lui aurait été administrée alors qu'il était diabétique. La clinique devant son état critique l'a référé au CHU où il est décédé. A la fin de l'enterrement, un groupe d'hommes présents avaient décidé de se rendre à la clinique demander des comptes. La famille est intervenue pour calmer les esprits.

Ces manifestations de violence ne sont pas propres à Bobo-Dioulasso, ni au milieu urbain. Elles peuvent en outre viser directement les agents de santé, comme l'illustrent les deux cas suivants. Le premier cas s'est passé le 5 octobre 2015, au cours d'une campagne de vaccination qui se déroulait le jour de marché à Kombissiri³⁸⁸, deux agents de santé, un homme et une femme, ont été pris à partie par la population présente, alors qu'ils tentaient de convaincre une femme qui

³⁸⁸ Kombissiri est située dans la région centre sud du Burkina Faso, à une quarantaine de kilomètres de Ouagadougou.

refusait de faire vacciner son enfant. La situation a dégénéré, les agents de santé ont été lynchés, l'homme a été frappé à la tête tandis que la femme s'est vue déchirer ses vêtements et a dû s'enfuir quasiment nue dans les rues du village. A la suite de cet incident le chef de village est intervenu pour réhabiliter les agents de santé en général³⁸⁹.

Le second cas constitue l'un des motifs de la grève des professionnels de santé qui aura lieu du 14 au 17 mars 2017. Parmi les 13 points de revendication figurant dans le préavis de grève³⁹⁰, deux points, les 5 et 6, mentionnent les « agressions » à l'encontre des agents de santé. Le point 6 se focalise sur la situation d'une infirmière violemment agressée par la famille d'un patient :

« Point 5 : L'arrêt des agressions des travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions, de l'impunité de leurs auteurs et de l'indifférence totale des autorités face à la situation : exemples : région du Centre : CHU- Yalgado et district sanitaire de Bodogo ; région du plateau central : Boéna (Ganzourgou) ;

Point 6 : La prise en charge totale des soins de l'infirmière Zoubga Zalissa et ses conséquences de cette agression sur sa santé physique ainsi que des dommages et intérêts pour l'atteinte à son honneur et des préjudices subis aux plans moral et matériel. »

Le représentant du SYNTSHA s'arrête sur la situation vécue par cette infirmière dont le nom est cité dans le préavis de grève :

« L'infirmière était à son poste, elle travaillait. Il y a des gens qui sont venus avec des patients. La file était longue. Il y a un patient pour lequel elle a regardé, elle a trouvé que ça dépassait ses compétences. Elle a appelé son infirmier chef de poste pour venir s'il n'y a pas lieu de référer à l'échelon supérieur. Ceux qui l'ont agressée, lui ont posé la question. Elle a dit : « j'ai fait appel à mon supérieur qui va venir pour voir le patient parce que son cas est beaucoup plus sérieux ». Effectivement, son chef de poste est venu regarder. Pendant que lui examinait le malade pour faire un billet d'évacuation, ils ont commencé à insulter la femme. Elle a dit : « non, vous ne pouvez pas venir m'insulter dans mon service. Ce n'est pas possible ». Ils ont voulu porter la main sur elle. Le matin, les gens (l'infirmière) ont porté plainte à la gendarmerie qui ont interpellé les gens qui l'ont agressée. On les a gardés 72h à la gendarmerie. Et après on les a libérés. Quand l'infirmière a quitté sa maison pour aller au service, ils l'ont interceptée en cours de route, ils l'ont frappée jusqu'à casser son pied. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 10.03.2017)

Cette contestation du système de santé qui s'est manifestée par des actes de violence, comme la destruction d'une maternité en 2011, ou encore la brutalisation de professionnels de santé révèle une véritable remise en question du système

³⁸⁹ La presse s'en est fait l'écho : <http://226infos.net/?p=7278> néanmoins le terme « molestés » sous-estime la violence des faits qui m'ont été rapportés par un couple d'expatriés résidant à Kombissiri. Ceux-ci connaissent personnellement l'infirmier qui a été passé à tabac. Selon ce couple, l'infirmier est traumatisé par ce qui lui est arrivé et ne fait quasiment plus de consultations. Sa collègue, quant à elle, a obtenu une affectation dans un autre centre de santé (Extrait carnet de terrain, Ouagadougou, 02.10.2016).

³⁹⁰ Datant du 6 février 2017 et adressé par le Secrétaire Général du SYNTSHA à « Son Excellence Monsieur le Président du Faso, Président du Conseil des Ministres ».

sanitaire par les populations. Dans ses travaux, Chouli évoque l'incendie de la maternité à Bobo-Dioulasso, et le resitue dans le contexte social et politique général de l'année 2011 (Chouli 2012). Cette année a vu en effet le Burkina Faso traversé par un mouvement multiforme de contestation sociale et politique. Celui-ci s'adressait au pouvoir en place qui, face à cette crise de légitimité, a répondu d'abord sur un mode répressif³⁹¹ (Chouli 2012) puis a tenté d'apaiser la situation qui est devenue incontrôlable (Hilgers et Loada 2013). Néanmoins ces différents mouvements appelaient ensemble « à une meilleure gestion du politique » (Hilgers et Loada 2013 : 189). Ainsi nous pouvons inscrire ces manifestations de violence à l'encontre du système de santé³⁹², y compris contre les professionnels de santé, dans ces mouvements de contestations politiques qui visent l'Etat et ses dysfonctionnements ; le système de santé n'étant pas épargné. La contestation actuelle et ses formes violentes ont franchi ce que Hours avait nommé « la montée d'une muette désapprobation » en décrivant le mécontentement des patients face au système de santé³⁹³ au Cameroun dans les années 1980 (Hours 1985 : 60). Selon lui les dysfonctionnements observés, conduisaient à une détérioration du rapport social vis-à-vis de l'Etat qui se traduisait dans la relation soignants-soignés (Hours 1985). Nous pouvons dire que cette contestation n'est pas un rejet en soi du système de santé. Comme nous l'avons vu précédemment, dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, il est même la référence auprès des femmes et de leur entourage. Il est plutôt l'expression non seulement d'un mécontentement mais également d'une revendication pour des soins de qualité et une meilleure considération des patients. Hours, à propos de l'émergence de la santé publique en Afrique, évoquait une « *affirmation progressive et hésitante d'un droit à recevoir certaines prestations de la part de l'Etat* » de la part des populations (Hours 1985 : 87). La mobilisation sociale suscitée par les syndicats des professionnels de santé

³⁹¹ La mort d'un jeune collégien Justin Zongo provoquée par des violences policières a été l'élément déclencheur d'un mouvement de contestation sociale et politique qui a touché à la fois le milieu urbain et rural. Il s'est traduit par de nombreuses manifestations parmi lesquelles des marches contre la vie chère, c'est-à-dire contre la hausse des prix des denrées alimentaires de première nécessité, les mutineries militaires, les destructions de bâtiments publics, l'arrêt de la production de coton par les paysans. La liste n'est pas exhaustive (Chouli 2012). Chouli mentionne un autre événement concernant un centre de santé plus au nord du Burkina Faso, où il s'agissait cette fois pour des jeunes d'exiger l'électrification de la structure sanitaire : « À Boussé, le 9 juillet, les jeunes bloquent l'axe Ouaga-Ouahigouya¹ pour exiger l'électrification du CMA (Centre médical avec antenne chirurgicale) qui, treize mois après l'électrification de la ville, n'a toujours pas été réalisée. Devant l'établissement, ils érigent des barricades pour empêcher la circulation. Boureima Badini, ancien ministre de la Justice, qui emprunte par hasard la route ce jour-là, s'engage à aider la ville dans les plus brefs délais : les jeunes lèvent leurs barricades après avoir coupé la circulation pendant trois heures » (Chouli 2012 : 169).

³⁹² Dans le cas de la maternité, il s'agissait d'une absence de personnel qualifié au niveau de la maternité. Or depuis cet événement, des sages-femmes ont été affectées dans les maternités des CSPS. De même, les CMA ne recrutent plus d'accoucheuses. Dans le CSPS où j'ai mené mes observations, les accouchements n'étaient pas toujours supervisés par une sage-femme faute de personnel.

³⁹³ Les dysfonctionnements du système sanitaire résidaient principalement dans la pénurie de médicaments et l'état de délabrement des structures sanitaires. De même les patients étaient brimés par les agents de santé (Hours 1985).

et reprise ensuite par les organisations de la société civile autour du CHU de Bobo-Dioulasso en 2014, semble être, de la part de la population, une affirmation voire une revendication forte d'un droit à la santé et à des soins de qualité.

3.4 La mobilisation sociale emblématique autour du CHU

En 2014, alors que l'insurrection populaire éclatera quelques mois plus tard au Burkina Faso, une mobilisation populaire sans précédent autour du CHU Souro Sanou s'est déroulée à Bobo-Dioulasso. Cette mobilisation initiée par les professionnels de santé puis reprise par les organisations de la société civile reposait sur deux faits importants à l'époque. Le bloc chirurgical était en passe d'être fermé par le directeur du CHU faute de courant et d'oxygène. En outre, la morgue de l'hôpital qui était déjà surchargée, a vu ses chambres froides tomber en panne. La décomposition des cadavres a dès lors entraîné une odeur pestilentielle insupportable sur tout le périmètre où est situé de l'hôpital.

Ainsi, face à la dégradation des conditions d'accueil des patients et des conditions de travail pour les agents de santé, les organisations syndicales ont organisé sous l'égide de la CGTB, principal syndicat burkinabè, une première mobilisation le 8 avril 2014 rassemblant des organisations de la vie civile comme le Mouvement Burkinabè des Droits de l'Homme et des Peuples (MBDHP) et le Comité Contre la Vie Chère (CCVC). Puis la société civile, avec en tête du mouvement, le « Balai Citoyen »³⁹⁴, s'est emparé de la question et a organisé le 24 mai 2014 une marche citoyenne dans les rues de Bobo-Dioulasso pour finir en rassemblement devant le CHU³⁹⁵ (figures 35,36,37).

³⁹⁴ Le Balai citoyen est un mouvement de la société civile burkinabè qui réunit une partie de la jeunesse (plutôt urbaine) autour de deux figures, les artistes Sams'K Le Jah (chanteur et animateur de radio), et Smockey (chanteur). Ce mouvement s'est créé en opposition au président Blaise Compaoré et à sa volonté de briguer un nouveau mandat présidentiel. L'emblème du mouvement est le balai, « symbole de sa lutte citoyenne », à travers lequel est revendiqué la « volonté de nettoyage de la malgouvernance » (Hagberg et al. 2015 : 205).

³⁹⁵ <http://news.aouaga.com/h/27888.html>;
http://news.aouaga.com/h/27838.html?fb_comment_id=689667397755998_689891477733590#f3154acd289a2a

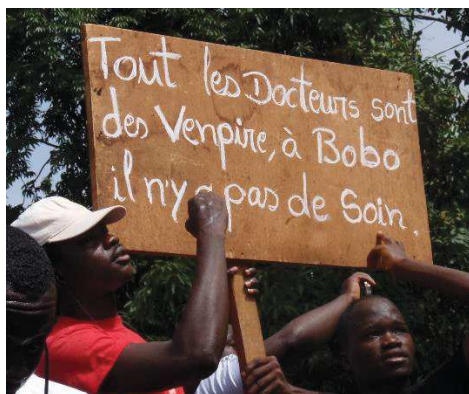


Figure 35. Photo de la marche du 24.05.2014, fournie par le Balai Citoyen



Figure 36. Photo de la marche du 24.05.2014, fournie par le Balai Citoyen



Figure 37. Photo de la marche du 24.05.2014, fournie par le Balai Citoyen

On peut lire sur la première pancarte en premier plan (figure 37) : « Non à l'absence des appareils d'opération, table d'opération en panne, scanner NON !!!! ; et sur la deuxième pancarte en second plan « L'Hôpital de Bobo est synonyme de la mort ».

Les revendications qui apparaissent sur les pancartes des manifestants mettent en évidence les différents éléments de la contestation populaire qui ont trait au système de santé. Certaines visent directement les professionnels de santé, en particulier leur attitude à l'égard des patients, d'autres les conditions sanitaires dégradées dans lesquelles s'exercent les soins (manque de ressources humaines et d'équipements, matériel défectueux). Cette mobilisation autour du CHU de Bobo-Dioulasso est emblématique du phénomène de contestation de la population et des dysfonctionnements qui étaient toujours à l'œuvre au moment de l'étude de terrain.

Le responsable du « Balai Citoyen » raconte les raisons qui ont poussé leur organisation à s'impliquer dans un mouvement de contestation touchant au CHU de Bobo-Dioulasso et comment il s'est structuré :

« La question de l'hôpital nous a été soumise par un citoyen [...] il m'a dit qu'il y avait un problème sérieux à l'hôpital. Que le bloc de l'hôpital est fermé. Les gens sont en train de mourir. Tous ceux qui ont été programmés pour être opérés, on n'arrive plus à les opérer. Il faut qu'il y ait quelque chose. [...] Le même jour nous avons tenu une rencontre. [...] Le même

soir, on a eu les contacts et nous avons rencontré un travailleur du bloc opératoire pour savoir ce qui se passait. [...] Il a confirmé, il a dit que c'est réel. Qu'ils sont souvent amenés à opérer dans des conditions pas possibles. Souvent même, ils utilisent des lampes torches pour opérer les gens quand il y a des coupures de courant. [...] Il nous a expliqué vraiment des conditions chaotiques. Souvent tu finis l'opération, pour laver les mains, le robinet ne fonctionne pas. [...] On a appelé le MJC, le Mouvement des Jeunes pour le Changement. Nous avons aussi touché les partis politiques de l'opposition pour leur dire si ça les intéresse et s'ils voulaient s'associer à nous. Moi je suis allé rencontrer le SYNTSHA, le SYNDICAT NATIONAL des Travailleurs de Santé Humaine et Animale pour discuter avec eux. [...] Ils avaient un mémorandum, ils m'en ont remis une copie. [...] Ils ont décidé de nous accompagner dans l'action. [...] En plus de cela, devant la grande porte de l'hôpital, il y avait la note de service qui était affichée, qui disait que le bloc opératoire de l'hôpital est fermé pour des raisons de défaillances techniques. [...] C'est à partir de là que nous avons décidé de marcher pour interpellier l'autorité centrale. [...] Nous avons essayé de sensibiliser la population pour les amener à s'associer à notre action. Nous sommes passés par le grand marché où nous avons sensibilisé les commerçants. Nous avons rencontré les organisations des commerçants pour leur expliquer le problème. Ça a beaucoup motivé les commerçants. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à l'Institut Français, 02.12.2016)

Il décrit comment la population a montré son adhésion au mouvement :

« Parce que quand on a commencé le véhicule annonceur, partout où on passait, les gens confirmaient : « si c'est l'hôpital, ce que vous dites, c'est vrai. Moi-même j'étais là-bas tel jour, c'était comme ça ». Je me rappelle pendant la mobilisation au grand marché, il y a des gens qui venaient et qui disaient : « prenez 5000 FCFA pour acheter l'eau ». Parce qu'ils disaient : « là vous avez touché un problème sérieux ». D'autres venaient nous donner de l'argent pour dire de payer du carburant pour mettre dans le véhicule. Nous avons senti que les gens se sont sentis interpellés par ce problème. Donc à travers les différentes sorties, les gens témoignaient que le problème était réel. Les gens nous disaient de leur donner les papiers qu'ils vont photocopier eux-mêmes pour envoyer à d'autres personnes. »

A tel point qu'ils ont obtenu la fermeture du grand marché le jour de la marche :

« Nous leur (les commerçants) avons demandé de fermer le grand marché ce jour-là. Que le grand marché reste fermé le matin et qu'on ouvre qu'à partir de 11h, parce qu'on avait programmé de finir la marche aux environs de 11h. Ils ont donné leur accord. Ils ont dit que ce jour, le marché restera fermé et qu'il ne va s'ouvrir qu'à partir de 11h. Ce qui a vraiment fait une grande mobilisation. Parce que tous ceux qui devaient aller au grand marché, sont venus d'abord devant l'hôpital pour marcher vers le gouvernorat. Comme c'était le samedi, nous avons fait beaucoup de bruit au niveau des établissements scolaires, au niveau de l'université et au niveau des travailleurs qui ne travaillent pas le samedi. Dans l'histoire, même des revendications sociales qui n'ont rien à voir avec les revendications politiques, c'est la plus grande mobilisation qu'on n'ait jamais vue à Bobo. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à l'Institut Français, 02.12.2016)

Une jeune étudiante à l'université de Bobo-Dioulasso et membre de l'association « Balai Citoyen » expose les motivations de son implication dans cette mobilisation :

« Je me sentais vraiment interpellée vu ce qui se passait à l'hôpital. On voyait vraiment que ça n'allait pas, nos frères, nos mamans, nos sœurs mouraient, y'avait rien pour leur venir au secours. [...] Je voyais nos mamans lors de l'accouchement, elles souffraient ... Tout ce qui se passait, les conditions n'étaient vraiment pas réunies et mes jeunes frères, les bébés qui souffraient. Ça déjà en tant que femme ça interpelle beaucoup puisque bon je suis appelée à être maman et à passer par là un jour, donc il faut, pour ma part, lutter pour que les conditions s'améliorent. Le temps que mon tour n'arrive, ça interpellait. [...] J'ai une amie qui a accouché dans des conditions difficiles à l'hôpital donc ce que j'ai vu là, j'étais vraiment vraiment dépassée. Au vingt et unième siècle, les conditions sont toujours précaires. A ce niveau-là je trouvais que ce n'était pas vraiment normal quoi ! Donc ça m'a motivée à sortir et à interpeller les autorités à travailler à ce que nos conditions s'améliorent pour aider nos mamans et nos sœurs qui font face à de telles situations. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 02.12.2016)

En outre, selon elle, les jeunes femmes comme elle étaient nombreuses pour organiser la mobilisation. Elles sont allées à la rencontre de la population dans les marchés, ont fait du porte à porte. Elles s'adressaient principalement aux jeunes et aux femmes. Il s'agissait de parler des problèmes de l'hôpital. *« Comme ça concerne tout le monde, les gens ont apprécié, ça les intéressait. C'était facile pour convaincre les gens. »* Selon elle, le jour de la mobilisation, il y avait beaucoup de femmes : *« C'est très rarement que les femmes sortent »* (Entretien, Bobo-Dioulasso, 02.12.2016).

Maï a participé de manière spontanée à la marche. Elle était informée de la manifestation parce qu'*« on avait affiché sur les arbres, sur les voies que le balai citoyen doit passer ici pour la cause de l'hôpital de Bobo-Dioulasso. Sur Facebook, les réseaux sociaux, ça a passé partout. Et nous, on attendait ce jour-là de pied ferme »*. Elle se souvient *« [Il y avait] des filles et des femmes, les jeunes, les commerçants. Surtout les jeunes commerçants du grand marché. Ils étaient tous mobilisés parce qu'ils disent que c'est un endroit où tout le monde passe. Soit c'est la mort ou soit c'est les soins. Tout le monde passe à l'hôpital. C'était une forte mobilisation »* (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son bureau, 28.12.2016).

Le système de santé biomédicale, bien qu'une référence en matière de santé maternelle et néonatale pour les femmes et leur entourage, est l'objet de nombreuses contestations parmi la population. Nous avons pu repérer différentes formes de contestations à l'œuvre. Celles qui s'expriment uniquement dans la sphère privée sont les plus fréquentes, et s'appuient sur une expérience négative vécue en tant que parturiente ou en tant qu'accompagnante. Elles comportent des griefs à l'encontre des structures sanitaires (sous-équipées et ne disposant pas de personnels qualifiés) et des agents de santé. Ces critiques s'accompagnent souvent d'une attitude de méfiance à l'égard du système de santé qui se manifeste chez les femmes par le choix de leur lieu d'accouchement. Ou encore comme nous avons pu le voir dans le service de néonatalogie par une surveillance accrue des gestes des soignants voire le refus de soins jugés dangereux. D'autres formes de contestation émergent, plus visibles, et se diffusent dans la sphère publique, allant

des témoignages dans les réseaux sociaux aux plaintes devant la justice jusqu'à des mobilisations sociales. Elles peuvent être également plus violentes et viser directement les institutions et les professionnels de santé. Par ailleurs, cette contestation s'inscrit dans un contexte politique revendicatif vis-à-vis de l'Etat, et dans une réalité de terrain où les femmes subissent des violences de la part du système de santé burkinabè.

II. Les violences envers les femmes dans le système de santé

La contestation des femmes et de leur entourage repose sur des expériences vécues au sein du système de soins qui relèvent pour la plupart des cas de violences. Dans un premier temps, nous allons définir de quelle violence il s'agit en nous appuyant sur des travaux récents qui se basent sur les droits humains. Puis à partir de cette définition opérationnelle nous examinerons certaines violences que nous avons pu observer au cours de notre enquête de terrain qui nous paraissent relever de cette définition.

1. Définitions de la violence envers les femmes

La violence envers les femmes a été définie par les Nations Unies, puis elle a été progressivement précisée, d'abord dans la sphère privée, familiale. Elle a ensuite fait l'objet de définitions spécifiques dans le domaine de la santé.

1.1 Définition de la violence envers les femmes selon les Nations Unies

La notion de violence envers les femmes a été reconnue, dans ses termes généraux, lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20 décembre 1993. A cette occasion la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes³⁹⁶ a été adoptée et la violence exercée sur les femmes a été définie comme suit dans l'article premier : *« les termes « violence à l'égard des femmes » désignent tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».*

L'article 2 énumère ensuite les formes de violence à l'égard des femmes : *« a) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation ;*

³⁹⁶ http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/48/104

b) La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée ;

c) La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat, où qu'elle s'exerce » (ONU 1994).

1.2 De la sphère intime...

L'OMS s'est également saisie de la problématique des violences envers les femmes mais elle s'est principalement intéressée aux violences physiques et sexuelles à l'encontre des femmes, qui, selon cette organisation, sont les plus répandues. Ces formes de violence perpétrées, dans la plupart des cas, par leur partenaire s'exercent en premier lieu dans la sphère de l'intime, au sein de leur foyer (Garcia-Moreno et al. 2005). Ces violences affectent gravement les femmes au niveau de leur santé physique et mentale, en termes de mortalité et de morbidité (Garcia-Moreno et al. 2005) (WHO 2013a) ; à tel point que cette violence envers les femmes est considérée comme « une urgence de santé publique » (Garcia-Moreno et Watts 2011).

1.3 Aux structures sanitaires

Néanmoins, il existe d'autres violences à l'encontre des femmes et qui mettent en péril leur santé voire leur vie. Ainsi, dans un article publié dans le Lancet en 2002, des auteures ont mis en évidence l'émergence d'autres formes de violence qui portent atteintes aux femmes, et qui sont commises par les agents de santé dans les services de santé maternelle et reproductive. Selon elles, le problème de la mortalité et à la morbidité des mères dans ce champ de la santé n'est pas seulement relatif à la difficulté d'accès aux structures sanitaires pour accoucher, ni à un manque de ressources matérielles ou de prestations sanitaires. La violence exercée à l'encontre des femmes dans les structures sanitaires au cours de leur accouchement (ou pour celles qui souhaitent avorter) est une partie constitutive de ce problème (d'Oliveira, Diniz, et Schraiber 2002).

Les violences envers les femmes dans les structures sanitaires ont en effet été décrites dans des études anthropologiques comme celle conduite par Jaffré et Olivier de Sardan à propos de ce qu'ils ont nommé la « médecine inhospitalière » en Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan 2003). En étudiant les relations soignants-soignés à partir de matériaux empiriques, ils ont abordé la maltraitance des patients dans les structures sanitaires ; soulignant combien les services de maternité sont « les lieux privilégiés » où elle s'exerce (Jaffré et Olivier de Sardan 2003 : 54). Cette maltraitance liée à l'interaction problématique entre les soignants et les femmes se décline selon plusieurs aspects comme le « non-respect des

normes de bienséance », les « violences verbales et physiques », mais aussi « le manque d'écoute » et « d'information du malade », et le problème de racket des patientes. Hadiza décrit les mêmes aspects dans les consultations de planification familiale au Niger (Hadiza 2003). Diarra montre comment la violence envers les femmes dans les structures sanitaires est produite au « fil des décisions » c'est-à-dire en fonction des complications qui surgissent dans l'itinéraire thérapeutique des femmes au moment de leur accouchement (Diarra 2003).

Jaffré et Olivier de Sardan ont également mentionné les risques iatrogènes pour les femmes qui accouchent dans les structures sanitaires. Ceux-ci peuvent être provoqués par la négligence des professionnels de santé qui peut être parfois fatale : « Nombre de ces comportements relèvent de fautes professionnelles parfois graves, car pouvant entraîner le décès des patients » (Jaffré et Olivier de Sardan 2003 : 70). Les dysfonctionnements du système de santé comme l'absence de sanction en cas de faute professionnelle, et la dégradation des conditions sanitaires qui entraînent un non-respect des normes médicales sont également des facteurs qui favorisent l'iatrogénie dans ce domaine de la santé maternelle et néonatale (Jaffré et Olivier de Sardan 2003 : 70).

Par ailleurs, des études ont porté sur les violences exercées par certains corps professionnels de la santé. Ainsi une étude en Afrique du Sud a montré que les pratiques des infirmières peuvent se caractériser par des négligences, des humiliations et des violences physiques à l'encontre des patientes (Jewkes, Abrahams et Mvo 1998). En outre, Olivier de Sardan a établi une analogie entre le corps professionnel des sages-femmes et celui des douaniers à partir de pratiques similaires de racket. Il décrit dans son étude comment les sages-femmes profitent du moment de vulnérabilité des femmes qui accouchent pour les forcer à accepter des injections de Syntocinon. Les sages-femmes exercent cette forme de violence sur les femmes afin d'augmenter leurs revenus (Olivier de Sardan 2001).

Ces violences issues du système de soins ont été ainsi décrites, selon des registres qui relèvent de l'interaction avec les patients ou encore de la qualité des soins.

D'autres travaux s'appuient sur une approche basée sur les droits humains pour établir une définition plus opérationnelle. Ainsi D'Oliveira et al, propose d'identifier quatre types de violence commises par les médecins et les infirmières ; considérant que chaque type de violence doit être considéré comme une violation des droits humains (d'Oliveira, Diniz et Schraiber 2002 : 1681). La première forme de violence concerne la négligence de la part des professionnels de santé. Celle-ci recouvre l'absence de surveillance des accouchements dans les structures sanitaires, c'est-à-dire que les femmes accouchent sans la présence effective d'un agent de santé à ses côtés. Ou autrement dit l'accouchement bien qu'il se déroule dans une structure sanitaire, n'est pas assisté par du personnel qualifié comme cela est

préconisé dans les recommandations de l’OMS. Le manque d’informations sur la situation de la patiente et le manque de compassion à son égard sont aussi considérés comme de la négligence. La deuxième forme recouvre la violence verbale tels que les menaces, les cris, les réprimandes, les humiliations intentionnelles et les traitements brutaux de la part des professionnels de santé à l’encontre de leurs patientes. La troisième forme est la violence physique qui comprend les coups infligés aux femmes pendant l’accouchement. Le refus de soulager la douleur avec un analgésique ou un anesthésiant au cours de l’accouchement (au moment d’une épisiotomie ou d’une suture notamment) ou dans les situations d’avortement est également considéré comme une violence physique. La violence sexuelle est la quatrième forme bien que plus rare (d’Oliveira, Diniz et Schraiber 2002). Selon les auteures, ces violences ne sont pas isolées mais elles sont liées aux conditions de travail, à la médiocrité de la qualité des soins et de leur efficacité et au contexte professionnel qui place les agents de santé dans des situations de relation de pouvoir avec leurs patientes (d’Oliveira, Diniz et Schraiber 2002). Par ailleurs, si cette typologie concerne à la fois l’accouchement et l’avortement, elle ne recouvre pas toutes les formes de violences qui se produisent dans les services de la santé reproductive tels que les traitements médicaux excessifs ou inappropriés lors de l’accouchement (d’Oliveira, Diniz et Schraiber 2002 : 1681).

Dans des travaux plus récents, la définition de la violence envers les femmes est précisée même si elle concerne principalement le temps de l’accouchement. Toutefois dans leur rapport³⁹⁷ sur les violences et le non-respect envers les femmes dans les structures sanitaires, Bowser et Hill déplorent le manque de recherches formelles sur le sujet malgré l’importance accordée à la santé maternelle et aux droits humains. Ces violences concernent tous les pays et pas seulement les pays du sud³⁹⁸. Bowser et Hill ont ainsi construit une définition opérationnelle de la violence et du non-respect des femmes au moment de l’accouchement. Celle-ci inclut les exemples de violences subies par les femmes au cours de l’accouchement tout en s’appuyant sur les droits humains et les principes éthiques : droit à des soins interpersonnels respectueux, à l’égalité et à la non-discrimination, à l’information, à

³⁹⁷ Ce rapport fait suite à une rencontre internationale organisée en mars 2010, dans le cadre du projet Translating Research into Action (TRAction), financé par l’USAID. Elle a réuni des organisations gouvernementales et non gouvernementales de santé publique et de défense des droits de l’homme actives dans le domaine de la santé maternelle pour examiner les notions de respect et de non-respect dans les soins à la naissance y compris la violence dans les soins prodigués aux mères (Bowser et Hill 2010)

³⁹⁸ Nous pouvons évoquer le phénomène récent en France concernant l’émergence des violences subies par les femmes dans les services de la santé reproductive pendant les consultations gynécologiques et lors de l’accouchement, via les réseaux sociaux et repris par les médias. Pour exemple ce compte twitter <https://twitter.com/hashtag/payetonuterus> ou encore l’émission radiophonique <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>

la vie privée et droit de recours (Bowser et Hill 2010 : 4). Elles ont identifié 7 catégories de violence et de non-respect envers les femmes au moment de l'accouchement (Bowser et Hill 2010). Certaines catégories reprennent celles développées par D'Oliveira et al mais celles-ci sont plus précises ou sont englobées dans d'autres catégories. Pour les auteures, ces catégories ainsi définies ne sont pas exclusives mais elles se chevauchent. La première catégorie décrit les violences physiques qui comprennent les coups, les gifles, les pincements, être malmenée ou encore attachée pendant l'accouchement comme cela a pu être décrit au Liban (Bowser et Hill 2010 : 9). Les gestes obstétricaux tels que l'expression abdominale, les épisiotomies inutiles ou encore l'absence d'anesthésie pendant l'épisiotomie et les sutures sont également considérées comme des violences à l'égard des femmes. Les violences sexuelles appartiennent à cette catégorie. La deuxième catégorie s'applique aux soins non consentis c'est-à-dire qui n'ont pas fait l'objet d'une information, ni d'un protocole de consentement auprès de la patiente. Il s'agit par exemple des procédures obstétricales telles que l'épisiotomie ou la césarienne qui sont effectuées sans notification auprès de la patiente et sans son consentement. Ou encore des cas de stérilisation forcée comme cela a été décrit au Chili (Bowser et Hill 2010 : 10). La troisième catégorie concerne les soins non confidentiels qui sont pratiqués pendant le travail et l'accouchement. Elle correspond au manque d'intimité non seulement physique mais aussi par rapport aux informations sensibles ayant trait à la patiente (âge, statut marital, antécédents médicaux), en particulier chez les femmes vivant avec le VIH. La quatrième catégorie désigne les soins indignes tels que les violences verbales (blâme, insulte, humiliations intentionnelles) et la révélation de données personnelles. La cinquième catégorie s'applique aux discriminations basées sur les attributs spécifiques des patientes. La sixième catégorie concerne l'abandon de soins, c'est-à-dire lorsque les femmes sont livrées à elles-mêmes et sans surveillance pendant le travail ou l'accouchement. La septième et dernière catégorie s'applique aux cas de détention des femmes (ou du bébé) quand celles-ci ne se sont pas acquittées des frais de santé. Cette situation a été aussi décrite aux Etats-Unis (Bowser et Hill 2010 : 15). La définition opérationnelle élaborée par Bowser et Hill a été reprise récemment par l'OMS dans sa déclaration concernant « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins », basée sur les droits humains. Cette déclaration précise que ces violences peuvent constituer une « menace » pour la vie des femmes (OMS 2014). Néanmoins, des chercheurs ont considéré que cette définition était limitée dans le sens où elle décrit des situations de violence dans les structures sanitaires sans donner les caractéristiques des comportements des professionnels de santé (qu'ils nomment prestataires de soins), des conditions sanitaires ou d'autres facteurs qui pourraient être interprétés comme étant irrespectueux et violents (Freedman et al. 2014). C'est pourquoi ils proposent de définir le manque de respect et la maltraitance pendant l'accouchement ainsi :

« we define disrespect and abuse in childbirth as interactions or facility conditions that local consensus deems to be humiliating or undignified, and those interactions or conditions that are experienced as or intended to be humiliating or undignified » (Freedman et al. 2014 : 916).

Pour ces auteurs, le manque de respect et la maltraitance pendant l'accouchement proviennent des interactions soignants-soignés et des conditions sanitaires que la société juge humiliantes et indignes, mais aussi les interactions et les conditions qui sont vécues par les patients comme humiliantes et indignes, ou qui avaient pour intention de l'être. Ainsi, cette définition complète et élargit celles développées précédemment dans le sens où elle prend en compte non seulement les violences émanant des interactions soignants-soignés mais aussi la maltraitance structurelle provoquée par les conditions sanitaires. Cette définition ne se focalise pas uniquement sur la faute et le comportement des professionnels de santé, même si cela peut en relever, notamment quand c'est intentionnel. Elle prend aussi en considération les conditions sanitaires, c'est-à-dire l'environnement de travail des professionnels de santé qui est aussi le lieu d'accueil et de soins des patients. Elle ouvre dès lors aux questions sur les normes professionnelles et éthiques. D'autres auteurs ont développé une typologie des violences à l'encontre des femmes pendant l'accouchement à partir d'une méta-analyse et ont repris la dimension des conditions sanitaires et des normes professionnelles. Ils ont ainsi caractérisé 7 catégories de violence : la violence physique, la violence sexuelle, la violence verbale, la stigmatisation et la discrimination, le non-respect de la norme professionnelle dans les soins, les mauvaises relations entre les femmes et les prestataires de soins, et les conditions du système de santé et ses contraintes (Bohren et al. 2015).

Ces définitions ainsi que les typologies proposées permettent de dégager une grille d'analyse sur les violences subies par les femmes dans le contexte de l'accouchement. Cette grille prend en compte les interactions soignants-soignés, les conditions sanitaires dans lesquelles sont dispensés les soins, les standards professionnels de soins et les politiques sanitaires (en termes de contraintes).

2. La brutalisation des corps dans les structures de santé au Burkina Faso

Pour évoquer les violences subies par les femmes autour de la procréation, nous nous focaliserons sur deux gestes médicaux réalisés pendant l'accouchement qui nous ont été rapportés et que nous avons eu l'occasion d'observer au cours de l'enquête de terrain. Il s'agit de l'utilisation du bassin placé sous le corps de la femme (environ au niveau de la partie du sacrum) pendant l'accouchement ainsi que les sutures réalisées à la suite d'une déchirure du périnée provoquée par l'expulsion du bébé. Nous nous attacherons également à décrire d'autres formes de maltraitements observés et dont la description et l'analyse permettent de comprendre la multiplicité des situations de maltraitements et de brutalisation du

corps des femmes. Nous examinerons en quoi la planification familiale peut constituer un lieu où s'exerce aussi de la violence envers les femmes.

2.1 Le « pot »

Claudine, 33 ans : « Quand je suis partie, lorsqu'on a su que c'était l'accouchement, on a mis le pot. Donc on a mis le pot avant que je n'accouche. [...] ça m'a aidé. Mais ce n'était pas facile. Ça me faisait mal au dos. [...] Jusqu'à présent ça me fait mal au dos. A cause du pot, j'ai des maux de dos. [...] C'est au niveau de la hanche, vers ce côté-là, qu'il y a la douleur. [...] J'ai duré là-bas (sur le pot). Ils ont dit qu'il faut que tout le sang sorte. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 14.06.2016)

Alizéta, 28 ans : « C'est quand tu es sur la table d'accouchement que la sage-femme te dit comment on pousse. Pourquoi ils mettent ce pot ? J'avais tellement mal que je ne pouvais pas descendre de la table. Ce jour-là ce n'est pas la douleur du ventre qui faisait mal mais la douleur au niveau du pot ». La mère de la jeune femme a connu ça aussi et ajoute : « ça fait très mal. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, au domicile de ses parents, 30.05.2016)

Ces deux femmes décrivent ce que beaucoup de femmes rencontrées nomment communément le « pot » (figure 38) et qui correspond au bassin en plastique (généralement de couleur blanche ou bleue) utilisé par les professionnels de santé au moment de l'accouchement pour recueillir le sang et le placenta.



Figure 38. Le « pot » ou bassin de lit, 2016 Servais

Lors des accouchements auxquels j'ai assisté, j'ai observé comment les professionnels de santé plaçaient systématiquement le bassin sous la femme en train de pousser. La pose pouvait être faite plus ou moins longtemps avant l'expulsion du bébé. Au cours de causeries avec deux groupes de femmes, certaines ont raconté que le bassin leur avait posé alors qu'elles avaient tout juste commencé le travail, et pouvaient rester ainsi plusieurs heures dans cette position devenue douloureuse à cause de cet objet. Ce bassin est connu de toutes les femmes, même les plus âgées comme le confirme Eléonore, 59 ans qui a connu elle aussi le « pot » :

« C'est ce mal de dos qu'on retrouve chez toutes les femmes aujourd'hui. [...] Une fois que tu finis d'accoucher, il faut chercher une bonne vieille femme qui va bien te masser. Elle te masse ici et ici. Sinon, tu deviens malade. On te laisse coucher sur le pot jusqu'à ce qu'ils finissent d'entretenir l'enfant. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 14.12.2015)

Cette pratique est généralisée puisque dans un rapport de fin de stage, deux internes européennes de médecine préconisent, suite à leur passage dans un Centre Médical (CM) en milieu rural de « *Retirer la « bassine » blanche installée sous le pelvis des femmes sur le point d'accoucher : beaucoup se plaignent de douleurs même des mois après l'accouchement. La salle d'accouchement est justement faite en carrelage pour faciliter le nettoyage, il ne faut pas utiliser cette bassine en plus* » (Wilberz et Accarain 2016).

Cette pratique est très ancienne parce que certaines vieilles femmes racontent qu'elle était encore plus douloureuse à leur époque dans la mesure où le « pot » était « en fer » et qu'elles pouvaient là aussi rester des heures dans cette position avec le bassin.

Cette pratique est connue des personnels soignants. Une sage-femme à la retraite membre de l'ordre des sages-femmes et qui participe à la formation de ce corps professionnel connaît cette époque où on laissait les femmes longtemps sur le bassin de lit. Elle explique que le bassin de lit permettait à l'origine d'évaluer la quantité de sang perdu. Pour elle « cette période est terminée », « le bassin doit être enlevé rapidement ». Actuellement, selon cette sage-femme et une jeune collègue qui est avec elle au moment de l'entretien, il est préconisé de recouvrir la table d'accouchement avec un tissu blanc pour mieux évaluer les saignements³⁹⁹ (Entretien, Bobo-Dioulasso, 20.10.2016).

Un maïeuticien burkinabè dont la fonction est de superviser les professionnels de santé précise les conditions où le bassin de lit peut être utilisé. Selon lui, « il peut être placé pour permettre à la femme « *de faire ses urines, ses selles ou pour récupérer le liquide amniotique lors d'une rupture artificielle de la poche des eaux par la sage-femme* ». En revanche son utilisation est déconseillée dans la pratique au moment « des efforts expulsifs » de l'accouchement parce qu'il empêche le léger basculement du coccyx (le seul os mobile) qui facilite la sortie de la tête du bébé. D'après lui, quand le bassin empêche ce basculement, cela entraîne une douleur supplémentaire insupportable pour la femme qui peut le manifester par un relèvement de son propre bassin. Il ajoute que pour « *les sages-femmes averties ou expérimentées* », ce bassin peut être ramené et placé « *juste après que le bébé a franchi le passage de l'obstacle osseux* », c'est-à-dire lorsqu'il ne lui reste que « *la barrière musculo-périnéale du vagin et de la vulve* » à passer. A ce moment, il explique que la femme peut facilement accepter de surélever son bassin. Dans ce

³⁹⁹ Nous échangeons à ce propos de ce drap blanc, elles reconnaissent actuellement que la plupart du temps c'est un pagne (un tissu sur lequel sont imprimés des motifs colorés) apporté par la femme qui est utilisé pour recouvrir la table d'accouchement.

cas d'utilisation du bassin de lit, il s'agit pour lui d'éviter que le sang et le reste du liquide amniotique ne s'écoulent partout. Il ajoute que ce geste est souvent pratiqué quand les agents de santé ont besoin de tables disponibles pour accueillir d'autres femmes dont l'accouchement est imminent. Comme il le fait remarquer l'utilisation du bassin de lit, dans ce cas, est « d'ordre organisationnel » et « non procédural » en termes d'accouchement. Ce maïeuticien souligne qu'il est préférable de s'abstenir de son utilisation (Entretien, Ouagadougou, 21.05.2016).

Ainsi, ce geste peut d'une part provoquer des douleurs aux femmes pendant l'accouchement puis longtemps après. D'autre part, la pose du bassin de lit peut devenir dangereuse pour la mère et son bébé s'il est placé au mauvais moment. De plus il apparaît qu'il est plus utilisé pour des aspects organisationnels que pour pratiquer des soins. Ce geste, par conséquent, ne répond pas aux normes professionnelles qui s'appliquent au moment de l'accouchement et peut être considéré comme une violence et une maltraitance à l'encontre des femmes sur lesquelles il est pratiqué.

2.2 Les sutures

Lors d'une épisiotomie⁴⁰⁰ ou une déchirure du périnée, l'agent de santé procède à une suture avec une aiguille et un fil résorbable après avoir préalablement anesthésiée la partie concernée. Les soignants le nomment communément « réparer ». Cet acte est connu par les femmes et en particulier par les plus âgées. Celles-ci décrivent encore l'usage « des fers » pratiqué à leur époque, terme qu'elles utilisent pour désigner les agrafes. Cet usage nécessitait selon elles, une semaine d'hospitalisation au terme de laquelle, les agrafes étaient retirées. Depuis plusieurs années, l'aiguille et le fil résorbable ont remplacé les agrafes ; ce qui permet aux femmes de rentrer chez elles, sans la nécessité d'être hospitalisées. Elles doivent seulement veiller à ne pas appliquer d'eau chaude sur les fils qui peuvent se désagréger. La consultation post natale du sixième jour dans les CSPS prévoit un examen gynécologique qui permet de contrôler s'il n'y a pas de problème au niveau de la suture.

Parmi les femmes qui ont accouché récemment, certaines déclarent que cet acte s'est bien déroulé dans le sens où elles ont reçu une anesthésie et n'ont pas ressenti de douleurs, ni pendant les sutures, ni après. Néanmoins, des douleurs peuvent apparaître après les sutures, comme Clémence qui n'avait ressenti que des picotements au moment où elle avait été recousue, sous anesthésie locale : « *Quand l'anesthésie a quitté, c'est la douleur maintenant. Pour marcher c'est un problème* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 27.10.2016).

⁴⁰⁰ Il s'agit d'un acte chirurgical qui consiste à inciser le périnée de la femme avec un ciseau afin d'élargir l'ouverture et faciliter le passage du bébé en cas de difficulté.

Elle a répondu que si Kadi est pressée, qu'elle n'a qu'à m'accoucher elle-même. Et puis j'ai accouché dans les mains de Kadi. [...] J'ai accouché dans les environs d'une heure. Elle a prescrit l'ordonnance que d'aller payer le fil. Je lui ai proposé d'ajouter la piqûre parce qu'il y a longtemps que j'ai accouché. Il était deux heures passées sans qu'on ne m'ait pas encore cousue. Donc je lui ai proposé d'ajouter la piqûre à l'ordonnance afin qu'on paye. Elle m'a répondu que la personne qui doit aller payer le fil est déjà parti. Donc je lui ai dit de prescrire une autre ordonnance pour que ma sœur aille payer ça à la nouvelle pharmacie de (nom du secteur). Parce que tout mon corps me faisait mal. Elle m'a répondu que j'ai pu accoucher seule et c'est la piqûre que je veux. Que si c'est ainsi, elle va m'envoyer dans le grand hôpital. Qu'elle ne peut pas car tout est gratuit. Quand ils ont amené le fil, elle m'a cousue sans faire la piqûre. La façon de coudre n'a pas réussi parce qu'en marchant, des fois mon devant (périnée) me fait mal. (A propos de la suture) En tout cas ça me faisait mal. On coud avec une aiguille. Le fait qu'on te pique pour coudre, ça fait mal. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 7.11.2016)

La rupture des stocks de matériel dans les centres de santé a été l'une des conséquences immédiates de la mise en place de la politique de gratuité. Les gestionnaires de ces structures n'ont pas eu le temps d'anticiper cette mesure en augmentant leur stock de matériel et n'ont pas reçu de moyens matériels supplémentaires pour faire face à l'afflux des patientes. C'est pourquoi les patients (souvent leurs accompagnants) ont dû se rendre dans les pharmacies privées se procurer le matériel souvent à des prix plus chers que ceux pratiqués dans les pharmacies des dispensaires. Dans le cas d'Alimata, celle-ci a proposé d'envoyer son accompagnante acheter à ses frais l'anesthésiant. Ce que l'agent de santé n'a pas accepté. Par son attitude, l'agent de santé a également refusé de prendre en compte la question de la douleur chez la jeune femme.

Au cours de mes observations en maternité, j'ai eu l'occasion d'assister à plusieurs reprises à des sutures suite à une épisiotomie ou à des déchirures. L'une de ces situations a particulièrement attiré mon attention et se fait l'écho des récits qui précèdent :

Une femme est installée sur la table dans la salle d'accouchement. Elle a accouché la veille et lors de la visite du docteur en début de matinée, celui-ci a constaté qu'elle n'avait pas été recousue au niveau du périnée. La sage-femme qui doit effectuer la suture dit que comme la femme est primipare, l'équipe qui a réalisé l'accouchement a sûrement estimé, qu'elle n'avait pas besoin d'être recousue. Elle ajoute qu'« aujourd'hui ça va être très douloureux ». Elle n'attend pas qu'on lui amène un kit. Elle a récupéré des gants, une aiguille et du fil à usage unique. Elle s'adresse en français à la femme qui est allongée sur la table d'accouchement et la prévient que « ça va être douloureux ». 4 stagiaires sages-femmes sont autour de la table. La sage-femme commence l'acte en versant de la bétadine sur le périnée. La femme grimace de douleur et s'agrippe d'une main à la barre de la table. Elle gémit. La sage-femme prend une compresse et nettoie la partie à recoudre avant de faire l'anesthésie locale à l'aide de l'aiguille. Elle pique 3 fois au niveau du périnée. La femme pousse des cris de douleur. La sage-femme sans attendre entreprend de recoudre. La femme a tellement mal qu'elle se tortille sur la table. Deux stagiaires se positionnent pour bloquer chacune une cuisse. Je demande à une

autre de se tenir du côté de la tête afin d'éviter que la femme tombe ou ne se blesse pendant que je lui prends la main. La sage-femme peste parce qu'elle doit faire plusieurs points ce qui fait durer le geste. Elle lâche « périnée délabré ! » et continue de suturer pendant que la femme pousse des gémissements. Une fois qu'elle a terminé, la sage-femme verse de la bétadine sur la suture ce qui a pour effet de faire crier la patiente. Après ce geste, la sage-femme sort de la pièce laissant sa patiente aux mains d'une stagiaire qui ne parvient pas à lui mettre une couche. La sage-femme revient et se met en colère contre celle-ci « Il vaut mieux dire si tu ne sais pas le faire ». Elle retire la couche et la replace à l'endroit et s'en retourne sans adresser ni un regard, ni une parole à la femme qu'elle vient de suturer. Trois stagiaires se mobilisent pour aider la femme à se relever de la table d'accouchement. Une accompagnante l'attend à la porte (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, salle d'accouchement, 16.05.2016).

Dans ce cas nous pouvons également dire que même si la douleur était anticipée par l'agent de santé, celle-ci n'a pas mis tous les moyens en œuvre pour y répondre. En effet, celle-ci n'a pas attendu que l'anesthésie locale fasse son effet avant de commencer la suture, d'autant plus que l'acte a nécessité plus de temps.

Par ailleurs, plusieurs sages-femmes expliquent qu'il existe deux écoles concernant l'usage ou non de l'anesthésie dans les cas de déchirure du périnée qui nécessite une suture. Comme cette sage-femme à la retraite membre de l'ordre des sages-femmes et qui participe à la formation de ce corps professionnel :

« Oui on ne leur met pas d'anesthésie parce que le problème d'anesthésie dans l'épisiotomie, comme moi je suis de la vieille école, parce qu'avec le temps de l'anesthésie, l'anesthésie gonfle un peu les muscles. Donc quand vous suturez, très souvent les suture faites sous anesthésie ça ne tient pas tellement comparativement aux sutures faites sans anesthésie. Donc dès que l'épisiotomie est faite, la suture est faite immédiatement selon mon expérience pratique. Maintenant puisqu'il faut lutter contre la douleur, je n'ai rien contre l'anesthésie, souvent je pense qu'il y a des prestataires qui font comme ça. Ils ont dû penser comme moi. Mais à partir du moment où on dit qu'il faut donner un stagiaire va s'essayer, c'est mieux avec l'anesthésie ».

A propos de la durée de l'effet de l'anesthésie, notamment quand la suture est réalisée par un élève sage-femme ou maïeuticien, elle ajoute :

« Voilà, ça ne dure pas longtemps mais ils (les stagiaires) le remettent. Quand il s'agit de laisser faire les stagiaires, dès que ça commence à être sensible ils le remettent. Ça alourdit le tissu, à un moment le tissu est gonflé et quand on met le fil on tire c'est arrivé mais une fois que l'œdème va descendre ça devient lâche. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 20.10.2016)

Ainsi, la suture qui permet de réparer une déchirure au niveau du périnée a tendance à se résumer à un geste technique où la douleur chez la patiente n'est pas véritablement prise en considération. En effet, une anesthésie locale n'est pas systématiquement pratiquée pour réaliser la suture, ou même attendre son effet avant de commencer. Par ailleurs, les professionnels de santé ne prescrivent pas d'analgésiant aux femmes pour mieux supporter les douleurs résultant des suites de l'acte chirurgical.

2.3 D'autres formes de violences observées

Nous avons été amenée à observer des situations dans les structures de santé qui participent aux violences à l'encontre des femmes, bien qu'il ne s'agisse pas directement de brutalités physiques infligées aux femmes pendant l'accouchement. Ces violences observées ne se situent pas pendant l'accouchement mais elles ont lieu à un autre moment, après l'accouchement, alors que les femmes nécessitent encore des soins plutôt de routine comme l'analyse d'urine ou des soins particuliers en cas de pathologies associées ou de complications survenues à l'accouchement. Il s'agit de 3 situations observées très différentes mais qui présentent chacune une forme de violence envers les femmes.

a. L'analyse d'urine

L'analyse des urines fait partie des examens courants chez les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher. Les femmes qui attendent en salle de travail ont aussi des analyses d'urine, tout comme celles qui ont accouché et qui sont dans les services de suites de couches. Quand les femmes ont une sonde, le médecin conseille de prendre les urines à partir de la sonde. Pour les autres femmes, celles-ci doivent uriner dans un pot dans lequel sera prélevé l'urine, comme nous avons pu l'observer :

Une femme vient d'accoucher de jumeaux dans la maternité (de la structure sanitaire) et passe en fauteuil roulant dans le couloir. Elle est dirigée vers un box d'accouchement. Elle a demandé à se faire placer un DIU. Je retrouve cette femme plus tard dans une chambre du service des suites de couches à l'occasion de la visite du médecin. Il est accompagné de stagiaires uniquement. Dans la chambre, 3 lits alignés, occupés chacun par une femme. Il est en train d'ausculter une femme couchée sur le lit du milieu. Le médecin veut qu'il y ait une bandelette urinaire pour la femme qui vient d'accoucher il y a quelques heures de jumeaux et à qui on vient de placer un DIU. Celle-ci plutôt corpulente, est allongée sur le lit avec ses deux bébés. Ceux-ci sont couchés à la tête du lit et prennent beaucoup de place, ce qui fait que leur mère est allongée de biais dans le lit, la tête quasiment dans le vide. Elle doit se lever pour le prélèvement des urines. Elle a toutes les peines du monde à s'extirper de son lit. Une fois debout, elle retire sa couche souillée de sang qu'elle pose sur son lit. Elle saisit le pot en plastique que lui tend sa voisine de chambre. Elle dépose le pot par terre et dans un ultime effort, parvient à s'accroupir. Elle urine à côté de son lit devant nous. Nous sommes 5 (le médecin, les 3 stagiaires et moi) à être là dans la pièce debout à attendre qu'elle termine. Elle se relève seule, un des stagiaires prend une bandelette qu'il trempe dans l'urine qui se trouve dans le pot tandis que la femme debout tente de récupérer sa couche et de la remettre. Elle l'a en main mais ne parvient pas à l'ajuster entre ses cuisses. Le stagiaire est tout occupé à sa bandelette. Les autres restent près du chariot toujours dans le coin non loin de la porte de la chambre. Personne ne bouge. Je m'avance vers elle et l'aide à remettre sa couche. Elle se remet sur son lit. (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, structure sanitaire, 10.10.2016).

Cette femme qui vient d'accoucher de jumeaux et qui était transportée en fauteuil roulant dans le service de la maternité quelques heures auparavant, ne reçoit

aucune assistance pendant ce prélèvement alors que nous sommes en présence de 3 stagiaires infirmiers. De plus aucun mot ne lui sera adressé. Par ailleurs, les conditions dans lesquelles se déroule le prélèvement ne préservent aucunement l'intimité de la femme. La préservation de l'intimité pendant les consultations prénatales, ou au cours de l'accouchement ou encore lors des soins, est parfois abordée par les femmes. Or, cet aspect est complètement négligé dans les services de maternité alors que l'absence d'intimité constitue une des formes de violence relevée au moment de l'accouchement. Dans la situation qui nous intéresse, il ne s'agit pas du moment de l'accouchement mais nous pouvons considérer que la manière dont est traitée cette femme qui a accouché il y a quelques heures à peine, relève d'une forme de violence dans la mesure où son intimité n'est pas respectée et que les professionnels de santé étaient particulièrement détachés par rapport à leur patiente qui aurait nécessité un soutien.

b. L'attente d'un transfert dans le service de réanimation

Une jeune femme cultivatrice originaire d'un village très éloigné⁴⁰² a accouché dans un CMA en milieu rural. Elle est tombée dans le coma pendant son accouchement au cours duquel elle a subi une césarienne (suite à une éclampsie). Ce qui a entraîné son évacuation vers le CHU. A son arrivée, il n'y a pas de place dans le service de réanimation, elle est donc hospitalisée dans l'une des 3 salles d'accouchement des urgences de la maternité, celle qui dispose de l'oxygène au mur. Il n'y a pas de place dans la « salle des soins intensifs⁴⁰³ » du service de la maternité. Le service de réanimation a en effet préconisé de la mettre sous l'oxygène. Deux vieilles femmes s'occupent de la jeune femme et du bébé qui a suivi la maman.

Au deuxième jour de l'hospitalisation,

Je rentre dans le box d'accouchement, accompagnée par l'une des vieilles femmes. La jeune femme est allongée sur une table plaquée contre le mur et qui fait office de lit. La table d'accouchement trône au milieu de la pièce. Le masque à oxygène n'est plus positionné sur son visage son souffle est rauque, elle semble avoir du mal à respirer. Le tube d'oxygène est à l'arrêt parce qu'il n'y a pas d'oxygène⁴⁰⁴ présentement d'après les deux sages-femmes

⁴⁰² Situé à une centaine de kilomètres.

⁴⁰³ J'ai mis délibérément entre guillemets la salle des soins intensifs dans la mesure où il s'agit d'une chambre de 3 lits disposés les uns à côtés des autres. Elle se différencie essentiellement des autres chambres, par sa taille plus petite (et son nombre restreint de lits), la climatisation (la porte et les fenêtres sont constamment ouvertes) et la distribution de l'oxygène au mur. Elle est par ailleurs située face à la chambre de garde des sages-femmes, un lieu de passages fréquents où l'on peut acheter des gâteaux conservés dans une grande boîte en plastique transparente.

⁴⁰⁴ J'apprends en fin de matinée que l'oxygène est revenu. La responsable du service m'explique que ce n'était pas une rupture. En revanche les deux grandes bouteilles d'oxygène qui alimentent la distribution d'oxygène dans ce bâtiment étaient vides. Chaque service dispose en effet de son propre système de distribution d'oxygène via des bouteilles entreposées à l'extérieur du bâtiment concerné. Le personnel de chaque service est tenu de les remplacer lorsque celles-ci sont vides. Ce matin il n'y avait pas d'oxygène dans le service de la

postées aux urgences. J'accompagne un médecin et lui demande pourquoi le cas de cette femme n'a pas été évoqué le matin au staff, il répond que « c'est un oubli, une grave erreur même de ne pas avoir parlé de son cas ». Il demande des examens biologiques parce qu'elle présente de la fièvre qui est due sans doute à une infection. Pour lui faire baisser la température, il demande aux sages-femmes de la couvrir avec un pagne humide. Elle ne peut pas être orientée en réanimation parce qu'il n'y a toujours pas de place. Selon le médecin, le service de réanimation est trop petit par rapport aux besoins du CHU, et vers lequel de nombreux services orientent leurs patients. Il souligne qu'elle bénéficierait de « meilleurs soins » dans ce service qui dispose d'une « surveillance scopée ». Pour lui, cette patiente « est en souffrance ici » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Maternité, 2016).

Dans la même journée elle est transférée dans la salle des soins intensifs où elle reste sous oxygène.

Au quatrième jour, au cours de la visite du médecin (en formation) :

Après avoir ausculté les deux premières patientes, la médecin secondée par un infirmier (et une autre agent de santé qui ne fait qu'entrer et sortir) et une stagiaire passent à la jeune femme qui est toujours dans le coma. La médecin commence à s'adresser à la patiente, elle l'appelle par son prénom mais pas de réponse. Puis elle commence à la pincer fort au niveau de la main, la patiente ne bouge pas. La médecin dégage un bout de pagne qui recouvre la femme et saisit son mamelon qu'elle tord. Elle s'adresse à moi : « pas de réaction ». Puis elle demande qu'on lui prenne la température. L'un des agents de santé part chercher un thermomètre. La médecin soulève complètement le pagne et constate que la patiente a ses premières escarres au niveau des fesses. Elle se tourne vers moi et me dit il faut faire le « nursing » mais selon elle les accompagnantes sont trop vieilles. Nous apprenons à cette occasion que l'une des accompagnantes a plus de 80 ans, la seconde est âgée au moins de 70 ans. La médecin fait une ordonnance qu'elle remet à l'une des accompagnantes. L'infirmier retire à son tour le pagne et retourne la patiente vers le côté. Une odeur très forte se dégage. Il remarque qu'elle n'a pas été lavée, qu'il y a encore des traces de selles. Il s'adresse à la vieille femme mais elle ne comprend pas le dioula, elle ne comprend que le mooré. C'est la stagiaire qui joue le rôle de l'interprète. L'infirmier demande à l'accompagnante de venir la laver. Pendant qu'il soigne les escarres avec de la bétadine et commence à faire un pansement, l'autre vieille est revenue avec un seau, un pagne et un bidon de savon dans une petite bouteille de Fanta. La plus vieille commence à laver la jeune femme. L'infirmier pense que les vieilles ont peur de tourner la jeune femme. Celle-ci a une sonde urinaire et des perfusions. Finalement devant les gestes hésitants des vieilles, il relaie l'accompagnante et lave la jeune femme. La stagiaire prend ensuite la température de la patiente qui a 40.5 de fièvre. Elle va voir la médecin pour savoir quelle est la conduite à tenir. La vieille femme de 80 ans demande à la stagiaire si la jeune femme va s'en sortir. Peu de temps après elle s'installe sur un tabouret pour veiller sur sa malade et la perfusion. Dans la même salle, l'une

maternité parce que la responsable a attendu l'arrivée de « renfort » de personnel afin que celui-ci puisse chercher les bouteilles pleines dans la réserve qui est située dans l'enceinte du CHU mais à l'opposé du service. Elle me précise que ces bouteilles sont très lourdes (Extrait carnet de terrain, service de maternité, 2016).

de deux autres patientes, installée dans le lit près de la porte d'entrée est entourée par 3 accompagnantes. L'une est assise sur lit pour la masser puis la coiffer. Tandis que les deux autres sont en train de lui préparer de quoi boire (thé Lipton) et manger (bouillie de petit mil) (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Maternité, 2016).

Dans la journée la jeune femme est transférée dans le service de réanimation, une place s'est libérée. Elle est mise sous oxygène. Un des agents de santé de ce service fait remarquer le lendemain que la jeune femme doit être lavée, « elle est sale ». Les accompagnantes ont déménagé et se sont installées devant le service de la réanimation, avec le bébé qu'elles sont allées faire vacciner dans le service de pédiatrie. Elles sont assistées à présent par le mari de la patiente et la grande sœur de celui-ci. La jeune femme décède quelques jours plus tard dans le service de réanimation.

Cette situation montre le cas problématique des femmes ayant subi des complications au moment de l'accouchement et qui nécessitent des soins particuliers, en l'occurrence pour cette femme qui nécessitait d'être prise en charge par le service de réanimation qui n'avait pas de place. Alors que cette jeune femme était dans le coma depuis 4 jours les agents de santé ne se sont pas préoccupés de son état corporel ; cette tâche ayant été déléguée de manière implicite aux accompagnantes. Or, la situation particulière de cette patiente ne permettait pas à celles-ci de lui prodiguer des soins appropriés, d'autant plus qu'elles étaient âgées. Par conséquent, la jeune femme n'a pas été lavée pendant plusieurs jours, ni retournée régulièrement comme son état le préconisait afin d'empêcher la survenue d'escarres qui sont de ce fait advenus. Nous pouvons considérer que ce manque d'attention de la part des professionnels de santé pour cette jeune femme relève de négligence voire d'un abandon de soins pendant les premiers jours de son hospitalisation.

c. La salle d'accouchement en guise de chambre pour la patiente

Le cas que nous allons décrire s'est déroulé à une période où le service de la maternité connaît un pic d'activités au niveau des accouchements. Une jeune villageoise vient d'accoucher d'un mort-né dans le service. Elle était hospitalisée auparavant dans le service de cardiologie en raison d'un problème au niveau du cœur. Alors qu'elle doit être transférée de nouveau en cardiologie, son problème cardiaque s'est aggravé avec l'accouchement, elle reste hospitalisée à la maternité, dans la salle d'accouchement qui dispose de l'oxygène au mur⁴⁰⁵. Je fais sa connaissance au cours de l'accouchement d'une femme dans le box où elle est

⁴⁰⁵ Les indications de soins à donner (en particulier les traitements) sont transmises par le service de cardiologie.

provisoirement hospitalisée. De son lit, elle suit les évènements en direct⁴⁰⁶. Elle est tout à fait consciente, malgré une mise sous oxygène pendant deux jours. Une accompagnante lui prodigue les soins quand le calme revient dans la salle d'accouchement, ce qui est rare en cette période. C'est elle qui doit surveiller la perfusion, c'est-à-dire informer les agents de santé quand la poche de traitement est vide. Pendant la garde, ceux-ci me disent qu'ils n'ont pas le temps de surveiller.

Lors d'une nuit de garde, alors que le service est saturé :

Il est aux alentours de 20h30, la jeune fille avec la cardiopathie est toujours sur son lit. Elle n'a plus son masque à oxygène⁴⁰⁷. Elle est couchée sur le dos, très mal installée à cause de la mauvaise inclinaison du lit. Son regard est orienté vers sa droite et comme rivé au sol. A côté d'elle, sur la table d'accouchement, une jeune parturiente, est allongée seule. Elle vient tout juste d'accoucher. Elle est couverte par un pagne jusqu'à la hauteur du cou. Elle regarde fixement le plafond. Du sang et de l'urine maculent le sol. Il fait chaud et une odeur forte commence à s'installer malgré le ventilateur qui brasse l'air. Mon regard croise ce qui retient toute l'attention de la jeune femme avec la cardiopathie. Au pied de la table d'accouchement, une bassine bleue est posée et dans laquelle se trouve le bébé mort, appelé « mort-né macéré », dont vient d'accoucher la parturiente⁴⁰⁸.

Toute la nuit durant, le box d'accouchement ne va pas désempir alors que la jeune femme avec son problème de cœur est couchée sur son lit dans cette même pièce (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Maternité, 2016).

⁴⁰⁶ Le lit sur lequel elle est couchée est très étroit et le matelas très mince. Il est plaqué contre le mur, éloigné de la porte d'entrée du box. La jeune femme a comme champ de vision possible, soit regarder le mur devant elle, ou celui à sa gauche, soit la table d'accouchement située à sa droite, à moins de 2 mètres.

⁴⁰⁷ *Près de son lit, les tuyaux pour l'oxygène fixé au mur, traînent par terre tandis que son masque est tombé non loin du pot pour les urines. Près de la porte, un évier avec un filet d'eau qui coule en permanence. Contre le mur où est fixé le robinet, une grande boîte en carton jaune qui sert à récupérer les seringues usagées est posée mais surtout elle déborde de seringues. Il n'est plus du tout possible d'en ajouter. Une fiche indique où doivent être récupérés les flacons, les verres mais en dessous il n'y a rien. C'est sur la table du lavabo, en carrelage qu'est posé une sorte de plateau où sont déposés les flacons usagés et les débris de verre. La poubelle est dans le coin non loin du « lit » de la jeune avec ses problèmes de cœur (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Maternité, 2016). Plus tard dans la soirée : Il est 1h45, je retourne dans le box. Une jeune femme dont c'est le premier bébé est là et attend. Il y a du sang partout en dessous de la table ainsi que des urines et des selles liquides. L'odeur est forte là aussi. Il fait toujours chaud malgré le ventilateur. La jeune femme avec la cardiopathie est réveillée et s'adresse à moi en dioula. Elle grimace de douleur et me montre son fessier. Je regarde et vois la peau de ses fesses très fripée. Elle n'est pas loin de faire les premières escarres. La stagiaire sage-femme entre au même moment. Je lui en parle aussitôt. Celle-ci me répond qu'il faut qu'on la retourne. A peine a-t-elle terminé, qu'on l'appelle, je me retrouve seule avec les deux jeunes femmes. Les deux échangent en dioula. Celle qui vient d'accoucher me traduit en regardant la jeune femme qui lui dit que son mari « a fini tout l'argent », « que ça fait longtemps qu'elle est là ». La stagiaire ne revient pas mais c'est le maïeuticien qui vient pour poser une perfusion à la jeune accouchée. Je lui parle de l'autre femme. Il dit que ce sont les urines qui provoquent ça mais qu'on ne peut pas la bouger et la mettre sur le côté parce qu'elle ne va pas pouvoir respirer comme il faut. En revanche il dit qu'il faut lui installer le masque à oxygène. Un autre maïeuticien rentre et prend la relève, il voit les masques qui traînent par terre et part en chercher un autre (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Maternité, 2016).*

⁴⁰⁸ Le compagnon de la jeune femme est parti à la recherche d'un contenant pour récupérer le mort-né, il reviendra un peu plus tard avec un carton.

Son hospitalisation 24h sur 24h dans cette salle d'accouchement dure 5 jours avant qu'elle ne rejoigne la cardiologie.

Ces trois situations décrivent des situations de violence qui dépassent le seul cadre de l'accouchement. Le premier cas concerne le manque d'intimité. Les deux derniers cas montrent des femmes en situation de grande vulnérabilité, abandonnées aux seules mains de leurs accompagnantes, dispensatrices de soins. Leur pathologie respective nécessite pour chacune un transfert vers des services qui manquent de place. Elles se retrouvent alors en attente, l'une dans la salle des soins intensifs tandis que l'autre dispose d'un lit dans un box d'accouchement en activité permanente. Les situations de ces femmes n'entrent pas dans le cadre des définitions des violences envers les femmes que nous avons proposée précédemment ; ces définitions s'appliquent principalement pour l'accouchement. Néanmoins, nous considérons que ces deux femmes subissent une certaine forme de violence de la part du système de santé dans la mesure où leur intégrité physique et psychique⁴⁰⁹ pour la seconde n'est pas respectée. Ce qui nécessite de reconsidérer ces définitions de la violence et de les étendre au suivi de grossesse, pendant et après l'accouchement. Ces situations mettent également en exergue la manière dont les professionnels de santé sont plus focalisés sur la pathologie plutôt que d'exercer une médecine plus centrée sur la patiente.

2.4 L'utilisation des contraceptifs et les risques sur le corps des femmes

Au cours de l'enquête de terrain, les femmes ont mentionné les effets secondaires que peuvent générer les contraceptifs sur leur corps⁴¹⁰, en particulier les contraceptifs hormonaux tels que la pilule, l'implant (qu'elles appellent plus communément par leur nom commercial, Norplan® et Jadelle®) ainsi que les injections comme le DEPO PROVERA® et le SAYANA PRESS®⁴¹¹. Parmi les effets secondaires les femmes décrivent des perturbations au niveau de leur cycle telles que des règles irrégulières, ou une absence de règles, leurs règles « sont coupées », ou au contraire une perte importante de sang, ainsi qu'une prise excessive de poids. Ainsi Pénélope, 27 ans, a souhaité se faire poser une « contraception Jadelle® » après la naissance de son deuxième enfant parce qu'elle ne voulait pas « avoir une grossesse trop vite ». Auparavant, elle prenait les injections renouvelables tous les 3 mois. Au moment de l'entretien, la jeune femme est paniquée parce qu'elle a pris 15 kg, qui lui ont été confirmés par un agent de santé du CSPS de son secteur où elle s'était rendue parce qu'elle avait également des problèmes de tension. Elle se demande d'ailleurs si ces problèmes de tension

⁴⁰⁹ Nous pouvons en effet nous interroger sur les conséquences psychologiques d'une telle hospitalisation dans un box d'accouchement chez cette jeune femme qui venait elle-même d'accoucher d'un bébé mort-né.

⁴¹⁰ A tel point que j'ai souvent été interpellée à ce propos par les femmes ainsi que par les agents de santé, me demandant mon avis sur le choix des contraceptifs.

⁴¹¹ Les implants ont une durée contraceptive de 5 ans tandis que les injections 3 mois.

ne sont pas liés au surpoids et au contraceptif. De plus, elle vit très mal ce surpoids, et se sent « déformée ». Comme elle ne souhaite pas tomber enceinte à cause d'une situation sociale et économique difficile, elle me demande ce qu'elle doit faire. Elle n'ose pas pour l'instant changer de contraception de peur de tomber enceinte pendant la période de transition d'un contraceptif à l'autre (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 06.02.2016).

D'autres femmes ont été amenées à changer de contraceptif suite à des effets secondaires, se retrouvant parfois avec de nouveaux effets secondaires, comme l'illustrent les propos de Fatoumata, 25 ans. Celle-ci avait en effet commencé avec l'injection hormonale DEPO PROVERA® qui lui provoquait des saignements abondants :

« Le DEPO, à cause du saignement, il y a beaucoup de femmes qui se plaignent de ça. En tout cas, pour moi c'était le saignement. [...] Et puis quand ça vient, ce n'est pas minime hein. On dirait de l'eau. Tu peux changer trois couches sur place. Ça vient haaaaaaaaaaa, c'est comme un robinet qu'on a ouvert. »

Puis elle a changé pour les injections hormonales SAYANA PRESS® qui lui ont coupé les règles et lui ont fait prendre du poids :

« Voilà. Premièrement, j'ai fait le DEPO. Quand j'ai fait ça, je saignais. Je pouvais faire un mois sans que le saignement ne s'arrête. Je suis revenue pour changer et prendre Sayana press®. Ça, quand j'ai fait, les règles se sont coupées. J'ai fait une année pleine et je n'ai pas vu mes règles. Mais ça me plaisait. Chaque jour mettre les couches-là (rires). Ce qui m'a fait changer-là, c'est que ça m'a fait prendre du poids. J'ai commencé avec 92 kilos. J'ai 110 kilos actuellement. »

Elle a finalement opté pour un stérilet, appelé également Dispositif Intra Utérin (DIU)

« Donc je suis venue prendre le DIU. Je suis sur ça actuellement. Ça, si tu veux un enfant, il faut aller retirer et c'est fini. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, CSPS, 25.08.2016)

D'autres femmes sont d'avis que certains contraceptifs ont interféré ou risquent d'interférer sur leur fécondité, comme Claudine qui a eu des difficultés à avoir un premier enfant et pense que c'est dû au contraceptif qu'elle prenait :

« C'est le Norplan® que je voulais. Parce que, avant que je ne me marie, je faisais l'injection. Quand j'ai voulu avoir d'enfant, cela a été une complication. J'ai duré avant d'avoir d'enfant. J'ai fait trois ans après mon mariage avant d'avoir (nom de son enfant). C'est pour cette raison que j'ai choisi le Norplan. Et puis les pilules, j'oublie de les prendre. Aussi, si je prends les pilules, ça me rend malade. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 14.06.2016)

De même, Assita voulait se « reposer » après un accouchement où elle a failli perdre la vie. Mais elle est tombée enceinte peu de temps après. Elle avait en effet refusé de prendre un contraceptif. Elle avance pour cela plusieurs raisons. D'une part, elle ne pouvait pas prendre la pilule à cause de ses problèmes de tension. De plus, elle ne voulait pas de stérilet de peur qu'il ne la blesse. D'autre part, elle craignait de ne plus avoir d'enfants comme ses propos l'indiquent :

« Donc le produit-là (Norplan®) moi j'ai eu peur. Je me suis dit si je prends et si je ne trouve plus d'enfant ? Voilà pourquoi je n'ai pas accepté de prendre ce produit-là. [...] Moi j'ai dit je ne veux pas ça, Norplan® là, ce qu'on ouvre mettre⁴¹², et puis il y a d'autres qu'on met dans l'utérus. [...] Moi j'ai peur de ça. [...] Ce qu'on met dans l'utérus c'est de ça moi j'ai peur. J'ai dit qu'il ne faut pas que ça me blesse. En tout cas j'ai eu peur de ça. Moi j'ai peur de ça. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 24.03.2015)

Ses craintes sur l'infertilité reposent sur les expériences vécues par des femmes de son entourage :

« Bon je vois quelques personnes que je connais, elles ont eu du mal à avoir un enfant. Ça les a fatiguées. [...] Elles se torturent avant d'avoir un enfant encore. Même moi ma co-épouse elle, elle a fait la piqûre. Quand elle fait ça, elle dure encore pour avoir des enfants. Mais pour avoir des enfants c'est compliqué. [...] Pour maintenant là. Tu as vu le plus grand là ça fait 7 ans. Il y a 7 ans entre eux. Si elle fait ça comme ça elle ne va pas faire beaucoup d'enfants. [...] Même ma petite sœur, elle a fait comme ça (la contraception hormonale). Comme elle a fait comme ça, ça a été dur, c'est dur. Ça a chauffé chez elle. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 24.03.2015)

Cependant, Assita qui était de nouveau enceinte au cours de l'étude songeait à se faire poser un stérilet après son accouchement, sur les conseils de son gynécologue qui exerce dans une clinique privée et qui la suit dans le cadre de sa grossesse (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 17.10.2016).

a. Les consultations de la planification familiale et les campagnes de « jadellisation »

Au cours de l'enquête de terrain j'ai été amenée à observer dans le CSPS les consultations où la planification familiale était proposée aux femmes. Il existe plusieurs consultations⁴¹³ où la planification familiale est abordée⁴¹⁴. Il y a celles qui sont uniquement consacrées à la planification familiale où se rendent les femmes désireuses d'avoir une contraception. Ces consultations peuvent exceptionnellement s'étendre sur la journée, parfois sur une semaine, quand ont lieu les campagnes nationales de planification familiale. Lors de ces consultations, les femmes viennent d'elles-mêmes et savent généralement quelle contraception elles souhaitent prendre. Beaucoup se présentent également pour renouveler le contraceptif injectable chaque 3 mois. Elles se munissent de leur petite « fiche de

⁴¹² La pose de l'implant nécessite de pratiquer un petit acte chirurgical sous anesthésie locale qui consiste à inciser le bras afin de placer le contraceptif.

⁴¹³ Elles se déroulent en matinée pendant les jours ouvrables.

⁴¹⁴ La pose du DIU ne se fait pas au cours de ces consultations mais lors des consultations gynécologiques réalisées dans le service de la maternité. La pose du stérilet doit être en effet réalisée obligatoirement par une sage-femme.

surveillance » ainsi nommée, où sont indiqués leur identité, le nom du CSPS, la nature du contraceptif et les dates des visites.

Dans le cadre des programmes de la Maternité à Moindre risque, la planification familiale est aussi intégrée dans les consultations postnatales du 6^{ème} jour (au cours de laquelle la femme est sensibilisée) et du 42^{ème} jour (où une contraception est proposée). La consultation se déroule selon un ordre bien défini. D'abord, les stagiaires prennent le poids et la tension dans la pièce qui fait office de salle d'attente. Ces paramètres sont ensuite consignés par les agents de santé dans un registre et sur un document intitulé « fiche de consultation de planification familiale » lors de la consultation. Cette fiche est constituée de 4 rubriques : (I.) l'« interrogatoire » qui concerne l'état civil de la patiente ainsi que ses antécédents médicaux, gynécologiques, (II.) l'« examen médical » où sont notées les constantes, (III.) l'« examen gynécologique » comprenant également des examens biologiques, (IV) la « méthode contraceptive choisie », suivies d'un tableau de surveillance avec la date des visites. La fiche n'est que très partiellement complétée. Un examen gynécologique succinct est réalisé afin de vérifier auprès de la patiente l'état du col et la bonne formation des mamelons, et détecter une éventuelle anémie chez les femmes qui ont récemment accouché. Aucun examen complémentaire, en l'occurrence la prise de sang et le test d'urine prévus dans la fiche, n'est effectué lors de ces consultations. Il en est de même pour les consultations dédiées uniquement à la planification familiale où souvent les examens sont encore plus rares.

Pour la consultation post natale, certaines femmes ont déjà réfléchi à une contraception avant de venir suite à la consultation du 6^{ème} jour. D'autres acceptent une contraception sur place. La frontière entre proposition et imposition est alors floue. Les femmes ne s'expriment guère, et les agents de santé leur en donnent peu l'occasion. Parfois les femmes ne sont pas prêtes et les sages-femmes peuvent alors se montrer insistantes comme pour le cas de cette femme qui souhaitait au préalable en parler à son mari :

Une femme est venue du village pour la consultation post natale. Les accoucheuses lui proposent d'emblée une contraception. La villageoise répond qu'elle doit d'abord en parler à son mari. L'accoucheuse m'implique dans l'échange. Elle demande à sa jeune collègue d'amener la villageoise à part dans le centre pour la convaincre de prendre une contraception. La femme reviendra plus tard dire qu'elle est d'accord. L'accoucheuse choisit pour la femme (sans lui demander quoi que ce soit) de commencer par une pilule faiblement dosée parce qu'elle allaite. Elle m'explique qu'ensuite elle lui prescrira une pilule plus fortement dosée. Elle regarde s'il n'y a pas de problème de tension (la tension doit être reportée en rouge plusieurs fois dans les fiches et sur les registres) avant de prescrire l'ordonnance sur un petit bout de papier tamponné. La femme reviendra plus tard de la pharmacie. Il n'y a plus de pilule. L'accoucheuse s'adresse de nouveau à la jeune collègue et lui demande de convaincre la femme de prendre un autre contraceptif (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 18.12.2015).

C'est ainsi que des femmes se retrouvent avec des contraceptifs qu'elles n'ont pas choisis. Elles peuvent également ne pas savoir ce que l'agent de santé leur a posé, ni quel est le mécanisme de la contraception. Il m'a été difficile de comprendre par exemple lors d'un entretien que l'expression utilisée par les femmes « coudre l'utérus » correspondait à la pose d'un stérilet. Par ailleurs, aucune information n'est donnée sur les éventuels effets secondaires des contraceptifs, ni les difficultés rencontrées ensuite pour le retrait de l'implant.

Les observations et les entretiens montrent une forme de standardisation de la planification familiale, qui se fait à la chaîne. La remarque sur le ton humoristique d'une accoucheuse illustre bien le phénomène. Elle venait en effet de poser principalement des implants dans la matinée, pendant une campagne de planification familiale, qu'elle avait renommée la campagne de « jadellisation⁴¹⁵ » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 12.05.2016).

b. Les problèmes liés à la pose et au retrait des contraceptifs

Selon certains agents de santé rencontrés, la pose des implants est difficile. Ils doivent veiller à bien le placer au niveau du bras et éviter de le poser au niveau du muscle comme cela a été le cas pour une jeune femme qui était venue en consultation pour se le faire retirer :

Une jeune femme se présente (au centre de santé) pour faire retirer le « Jadelle® » qu'elle a fait poser il y a 6 mois. Depuis elle «ne se sent pas ». Son bras lui fait mal. Au moment du retrait l'agent de santé se rend compte que l'implant a été mal posé, trop haut au niveau du bras, dans la partie musculaire. Il lui dit qu'il la comprend maintenant que son implant est à la vue de tous. La jeune femme rit et confirme. Elle dit aussi que lorsqu'elle pose sa tête sur son bras, celui-ci lui faisait très mal (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 11.02.2016).

Ces « ratés » de la contraception, font partie des histoires incongrues qui jalonnent les récits des femmes quand elles parlent de leur contraception. Comme Adissa, 41 ans, qui est tombée enceinte alors qu'un « docteur » lui avait placé un stérilet⁴¹⁶. Quand elle a appris sa grossesse elle s'est rendue au centre de santé pour qu'on le lui retire mais les agents de santé n'ont rien trouvé.

Par ailleurs, les agents de santé rapportent que le retrait des implants est compliqué parce qu'ils ne disposent pas de la pince adaptée. Celle-ci existe mais les centres de santé n'en disposent pas. Le retrait devient alors un acte difficile pour l'agent de santé et violent pour sa patiente comme l'illustre cette situation que j'ai observée et qui s'est répétée à plusieurs reprises pendant l'enquête de terrain :

⁴¹⁵ A partir du nom de l'implant « Jadelle® ».

⁴¹⁶ Cette femme était habituée aux implants, mais il lui a posé un stérilet, suite à la découverte de la séropositivité de celle-ci et de sa mise sous traitement antirétroviral.

Une jeune femme se présente pour enlever son implant. Le retrait nécessite une petite chirurgie locale. Il demande à la femme de s'allonger sur la table d'examen. Elle a amené le nécessaire pour le retrait c'est-à-dire les paires de gants, les compresses, le champ stérile (qui est en réalité l'emballage des grandes compresses) et le nécessaire pour faire une injection pour une anesthésie locale. Le maïeuticien se tient au milieu de la pièce et demande à ses collègues (1 sage-femme et deux stagiaires SF) : « Qui veut retirer l'implant ? » Il explique et répète à plusieurs reprises que ce n'est pas compliqué, que la seule difficulté qui peut survenir c'est le cas où l'implant a été mal posé. Personne ne se porte candidat. Le maïeuticien dit qu'il va donc le faire et montrer ainsi comment on retire un implant. Il me rappelle à cet instant qu'il a aussi un rôle de formateur à tenir. Nous venons toutes derrière le paravent pour observer le maïeuticien enlever l'implant. A côté une petite tablette sur laquelle sont posées deux pinces. Il commence à placer le bras sur le champ stérile puis avec sa pince il tamponne avec une compresse imbibée d'alcool la zone où se trouve l'implant. Il prend une seringue qu'il introduit plusieurs fois sous la peau au niveau de la zone de l'implant. Puis il saisit une petite lame et incise le bras où il a localisé l'implant. Il prend à présent la pince qu'il introduit dans le petit trou qu'il a fait. Il « farfouille » dans ce petit trou mais n'arrive pas à récupérer la tête de l'implant. Il répète son geste plusieurs fois mais n'y arrive pas. A force il élargit un peu le trou et continue en vain à saisir le bout de l'implant. J'ai l'impression d'assister à une scène de boucherie où je vois le maïeuticien fébrile charcuter le bras de la jeune femme. Les stagiaires ne sont pas à l'aise. Je ne suis pas loin de me sentir mal. L'une détourne le regard tandis que la femme couchée sur la table d'examen montre un visage de moins en moins rassuré. Elle tressaute lorsqu'il enfonce la pince dans la chair. Je me demande si l'anesthésie est bien efficace. Il enfonce de plus en plus la pince pour arriver à saisir l'implant. Il arrive à attraper un bâtonnet rose (il y en a deux), il prend la 2^{ème} pince pour tenter de l'attraper et tirer. Mais l'implant se tord, il le relâche et celui-ci rentre de nouveau dans la chair. J'ai comme l'impression que la 2^{ème} pince qu'il a utilisée n'est pas adaptée. Ses mâchoires sont trop grandes pour saisir l'implant. Il recommence l'opération plusieurs fois avec cette deuxième pince qui n'est pas pratique. Il arrive de nouveau à saisir l'implant et à le sortir un peu plus. Il parvient cette fois-ci à enlever avec cette pince inadéquate le 1^{er} puis le 2^{ème} bâtonnet. Il s'empresse de les montrer tous les deux à sa patiente, afin que celle-ci puisse s'assurer que l'implant a bien été retiré complètement. Il fait un pansement à la jeune femme en lui conseillant de ne pas se laver. Il m'explique ensuite qu'ici dans ce service ils manquent de matériel pour effectuer la petite chirurgie. Il me confirme qu'il n'a pas utilisé les pinces appropriées. Il m'explique qu'il existe une pince spéciale Jadelle® mais le service n'en dispose pas. « Ici on fait du bricolage » me lance-t-il. Il serait possible selon lui de s'en procurer mais « ce seront des chinoiserries qui vont durer 3 mois » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 05.01.2016)



Figure 39. Retrait d'implant, 2016 OMS

Cette figure est issue d'une capture d'écran sur le site de l'OMS⁴¹⁷, le 29.04.2016.

Axe stratégique majeur des programmes de Maternité à Moindre Risque, la régulation de la fécondité à travers la planification familiale est l'une des approches utilisées pour lutter contre la mortalité maternelle. Elle permet la réduction des facteurs de risque tels que les grossesses précoces ou rapprochées, ou encore nombreuses. Dans notre étude les femmes ne sont pas opposées à la planification familiale mais elles émettent fréquemment des plaintes par rapports aux effets secondaires. Ceux-ci peuvent entraîner une certaine réticence de la part des femmes voire de la méfiance notamment par rapport à l'influence sur leur fertilité, d'autant plus que certaines ont eu des difficultés pour avoir un enfant.

Les effets secondaires des contraceptifs sont souvent mentionnés dans les études dans les pays du Sud. Selon Bajos et al, ceux-ci constituent un obstacle au recours à la contraception (Bajos et al. 2013)⁴¹⁸. Une étude réalisée au Sénégal, au Ghana et au Burkina Faso, entre 2005 et 2007, montre que les femmes ont tendance à rejeter les contraceptifs hormonaux parce qu'elles ont peur de leurs effets iatrogènes comme la prise de poids, l'absence de règles ou l'irrégularité des flux menstruels sans compter « *[l]es vertiges, [l]es maux de tête, [l]es yeux rouges, [l]a sensibilité des seins, [l]a sécheresse vaginale, [l]es envies de cracher et [l]es modifications de l'humeur* » (Teixeira, Bajos, et Guillaume 2015 : 188). De plus la peur de la stérilité est très prégnante (Teixeira, Bajos, et Guillaume 2015) dans des sociétés où « *les normes restent très largement régies par une valorisation de la fécondité* » (Jaffré 2012 : 95). Cette crainte des effets de la contraception sur la fertilité des femmes s'inscrit également dans un contexte où les problèmes d'infertilité sont réels dans les sociétés africaines. Bonnet et Duchesne soulignent que l'infertilité n'est pas considérée comme un enjeu de santé publique pour les Etats africains focalisés sur la planification familiale « *[qui] sert de socle à la promotion d'une santé sexuelle et reproductive* » (Bonnet et Duchesne 2016 : 12). Cette approche basée sur la fécondité ne permet pas d'aborder les inquiétudes des femmes sur l'infertilité. Or, c'est le risque de ne pas avoir d'enfant qui est alors

⁴¹⁷ <http://apps.who.int/rhl/fertility/fr/>

⁴¹⁸ Dans une étude multisite réalisée au Maroc, au Sénégal, au Ghana et au Burkina Faso.

considéré par les femmes plutôt que celui de limiter les risques autour de la maternité, comme l'a montré Allen (Allen 2009).

Par ailleurs, dans les études sur la planification familiale, les auteurs montrent une insuffisance de l'information délivrée aux femmes de la part des agents de santé sur les contraceptifs et en particulier sur leurs effets secondaires (Jaffré 2012 : 51). Au Burkina Faso, les jeunes filles estiment que le temps de consultation est insuffisant et les effets secondaires sont rarement abordés. Cet avis est partagé par les agents de santé (Bationo 2012).

Dans la définition opérationnelle sur la violence à l'encontre des femmes pendant l'accouchement, l'une des violences se définit par la dispensation de soins qui n'ont pas fait l'objet d'une information. Dans le cas de la planification familiale proposée aux femmes lors des consultations post natales, nous avons observé une absence d'information sur les contraceptifs et leurs effets iatrogènes, les conditions de retrait (de l'implant notamment), ainsi que la non réalisation d'examen préalable à la prescription du contraceptif. Ces conditions ne permettent pas d'offrir une contraception adéquate et qui réponde aux attentes et au vécu des femmes. Celles-ci font au contraire l'expérience des effets secondaires sans y avoir été préparées. Nous pouvons considérer que cette non information sur la iatrogénie des contraceptifs constitue une violence ; de même la brutalisation des corps provoquée par les effets secondaires, les contraceptifs mal posés ou encore les retraits d'implants compliqués faute de matériel adapté.

III. Les conditions sanitaires à risque pour les femmes ?

Au cours de l'enquête de terrain, de nombreux problèmes afférents aux manques de ressources matérielles et humaines dans les services de santé maternelle⁴¹⁹ ont été observés mais également rapportés par les professionnels de santé. Parmi ces difficultés, nous nous sommes focalisée sur les situations où les femmes enceintes et qui accouchent peuvent courir des risques pour leur santé et celle de leur bébé. Ces conditions sanitaires dégradées et le non-respect des normes professionnelles peuvent constituer une forme de violence envers les femmes.

1. Gérer la pénurie

La pénurie des ressources matérielles dans le système de santé, et en particulier dans les services consacrés à la santé des mères et des nouveau-nés, se retrouve à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Ces manques recouvrent aussi bien des éléments anodins mais qui affectent quotidiennement le travail des soignants que du matériel qui au contraire est essentiel pour assurer les soins des patientes sans les mettre en danger. Pour illustrer notre propos, nous décrivons une première

⁴¹⁹ Cette partie aborde plus les services de santé maternelle.

situation qui se déroule dans une structure sanitaire de deuxième échelon. Celle-ci met en évidence comment un manque de chaises, qui semble banal, peut créer de l'inconfort dans l'exercice professionnel des agents de santé au quotidien :

Ma présence à la consultation de la maternité pose d'emblée un problème parce qu'il n'y a pas assez de chaises. A peine arrivée dans la salle de consultation, je me retrouve debout faute de chaise. Sans hésiter, l'agent de santé me présente la chaise sur laquelle était assise une femme qui est venue consulter. Gênée, je décline la proposition mais finalement je me saisis de la chaise parce qu'ils lui en donnent une autre. Je remarque alors que la chaise est cassée et n'a pas de dossier. Pendant ce temps le maïeuticien qui était sorti ramène une chaise pliante qui n'a plus que le cadre métallique du dossier. Néanmoins le nombre de chaises ne suffit pas et je vais assister tout au long de la matinée à une sorte de jeu des chaises musicales. Le maïeuticien sort beaucoup, il est très sollicité sur son téléphone portable. Par conséquent, quand il se lève de la chaise, la sage-femme change de siège, ce qui permet à l'une des deux stagiaires de s'asseoir tandis que la troisième stagiaire continue à rester debout. Quand le maïeuticien revient dans la salle, il récupère sa chaise, la sage-femme la sienne et la deuxième stagiaire se retrouve à nouveau debout. Elle remplit le registre, accroupie (Extrait carnet de terrain, Maternité, Bobo-Dioulasso, 05.01.2016).

Cet exemple décrit une pénurie qui concerne des équipements dont l'importance n'est pas décisive dans les soins. Néanmoins d'autres équipements nécessaires à la prise en charge des patientes⁴²⁰ peuvent faire défaut. Dans cette même structure, le médecin responsable de la maternité déplore en effet le manque de tables d'accouchement. Il décrit comment, avec son équipe, ils ont su remédier à ce manque. Ils ont récupéré de petites tables⁴²¹ qu'ils ont réunies deux par deux, en « les fixant bien », pour en faire de « nouvelles » tables d'accouchement. Il s'agit d'une situation particulière parce que les nouveaux locaux ont été construits mais aucun nouvel équipement supplémentaire n'a été fourni pour les box d'accouchement, ni pour les chambres des patientes. Ceci signifie, selon lui, que la capacité d'accueil n'a pas augmenté, même si un bâtiment a été construit. Il ajoute qu'une demande de matériel a été déposée auprès des instances sanitaires, et qu'en attendant ils ont reçu de l'aide de la part d'associations qui ont fourni des lits. Mais précise-t-il, « *il y a encore des lits sans matelas* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 18.10.2016).

Dans un autre service de maternité de référence pour toute la région des Hauts-Bassins, le chef de service observe que ses équipes réalisent en moyenne entre 10 et 15 accouchements par jour. Cette moyenne augmente de juillet à octobre avec

⁴²⁰ Nous nous attacherons seulement à la pénurie des tables d'accouchement et non pas à l'état de celles-ci, bien que la plupart soient très corrodées. Selon une sage-femme responsable des soins, la corrosion des tables est très rapide parce que celles-ci sont lavées quotidiennement avec de l'eau de javel.

⁴²¹ Celles-ci sont une partie détachée des tables d'accouchement utilisées dans le service. Ces petites tables de forme plutôt carrée sont ajoutées à la table principale au moment du travail puis elles sont retirées pour permettre à la sage-femme de se positionner face à la femme en train d'expulser le bébé, et de réceptionner ainsi le nouveau-né.

20 à 25 accouchements. Or, il souligne l'exiguïté des locaux⁴²² et le manque de lits. Il décrit les conditions d'accueil des femmes : « *Les femmes sont par terre, accouchent par terre* ». Il prend l'exemple tout dernièrement d'une femme qui a accouché dans la cour du service : « *le bébé est sorti dehors et il est tombé* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 10.03.2017).

De même lors d'un entretien avec l'une des responsables de l'ordre national des sages-femmes et des maïeuticiens, celle-ci tient à souligner les conditions de travail « déplorables » des sages-femmes. Effectuant elle-même des supervisions dans les structures sanitaires, elle prend l'exemple des consultations prénatales qu'elle a suivies dans un CSPS à Bobo. Elle rapporte que les femmes se présentent très nombreuses dans le hall qui est « *sombre* », « *mal éclairé* », « *les salles de consultations sont petites avec 4 voire 5 prestataires qui travaillent* », ce qui fait que « *les sages-femmes ont hâte de finir* ». Selon elle : « *Les conditions ne permettent pas de respecter le droit des femmes en CPN, ni dans la salle d'accouchement* », « *les pièces sont petites, on aligne les tables d'accouchement, c'est difficile, tout est confiné* ». Elle prend l'exemple d'un CMA qui occupe la deuxième place après le CHU en termes d'activités et offres de service : « *Il n'y a pas de ventilation, pas de paravent pour respecter l'intimité des femmes alors qu'il y a en moyenne 15 accouchements par jour, sans compter les complications qui arrivent* » (Entretien, Ouagadougou, 27.02.2017).

Les pénuries concernent aussi le matériel de dépistage dans les services de consultations prénatales et postnatales ainsi que dans les maternités, comme les bandelettes urinaires qui font défaut de manière récurrente. A tel point que les agents de santé développent certaines stratégies pour gérer le manque, comme dans ce CSPS :

Les accoucheuses coupent en deux dans la longueur les bandelettes urinaires à l'aide d'une paire de ciseau. Elles m'expliquent qu'elles font ça pour en augmenter la quantité parce qu'il y a des ruptures fréquentes. Ainsi d'une bandelette, elles en créent deux plus minces. « Souvent il n'y en a pas » me disent-elles « et ça devient vite un problème » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, centre de santé, 17.12.2015).

Néanmoins, malgré la stratégie employée par les personnels soignants du centre de santé, les ruptures de bandelettes se produisent et les empêchent de pratiquer les examens d'urine auprès des femmes enceintes venues aux consultations prénatales. Or, ces examens permettent de rechercher l'albumine et le sucre dans les urines afin de dépister les hausses de tension et prévenir ainsi les risques d'éclampsie. De même les tensiomètres se détériorent rapidement ce qui rend

⁴²² Dans cette structure sanitaire de troisième échelon, le service de maternité a aussi été agrandi il y a moins d'une dizaine d'années.

parfois aléatoire ou encore impossible la prise de tension des femmes, comme cela est évoqué lors d'un staff dans le CSPS où nous avons mené l'étude de terrain :

Le major (l'infirmier chef de poste) parle des tensiomètres qui viennent à manquer parce qu'ils se cassent vite. Il les achète auprès du district à 35 000 FCFA pièce mais ils ne font pas le mois. Certains agents de santé rétorquent que ce sont des « chinoiseries ». Le major évoque une fois où il a utilisé un tensiomètre tout neuf. Alors qu'il pompait, l'aiguille a sauté, le tensiomètre était hors d'usage (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, CSPS, 27.07.2016).

La détérioration du matériel, due à un défaut de qualité est telle que le responsable du CSPS m'a interpellée à plusieurs reprises pour savoir si je ne connaissais pas un fournisseur de tensiomètre « valable » parce qu'il est obligé d'en commander régulièrement.

Par ailleurs, l'insuffisance des poches de sang, désignées sous le terme médical « produits sanguins », constitue également un problème dans les structures de santé de deuxième et troisième échelon, notamment pour les femmes enceintes hospitalisées qui présentent une anémie grave (due à un paludisme grave) ou encore dans les cas d'hémorragie après la naissance. Ce manque de poche de sang est indirectement évoqué lors des staffs quand il est précisé qu'une patiente nécessite une poche de sang mais qu'il n'y en a pas de disponible⁴²³. Dans une autre maternité le responsable dit qu'ils sont « *confrontés au même problème que le CHU* ». Il ajoute « *C'est normal ce sont eux qui nous fournissent* ». Dans les cas de rupture, il affirme que « *c'est Dieu qui sauve la femme, ce n'est pas nous* ». Il souligne que « *certaines femmes survivent avec 2 grammes d'hémoglobine* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 22.06.2016).

Il arrive parfois que certaines pénuries de matériel dans les structures sanitaires soient compensées par des dons d'organisations internationales ou encore d'organisations locales. Le don de matériel par une association burkinabè a donné lieu au cours de l'enquête de terrain à une situation complètement surréaliste qu'illustre la description suivante :

Le responsable de la gynécologie m'entretient du don important que son service a reçu de la part d'une organisation⁴²⁴. Je constaterai ensuite la teneur des dons dans le service, notamment des fauteuils roulants et toute une série de bancs sur lesquels est inscrit en gros « Ançar Dine ». La major du service me donne plus de détails. 50 matelas ont été donnés et ont été répartis par lot de 10 dans les différents services de la maternité. Ils ont ainsi changé 10 matelas de chaque service. Elle précise que les matelas sont renouvelés à chaque fois qu'il

⁴²³ Une des responsables du service des urgences obstétricales au CHU, souligne que « la quantité de sang reçu est toujours inférieure à la quantité de sang demandée ». Elle mentionne que ce manque a pour conséquence que des femmes qui en ont besoin n'en reçoivent pas ou partiellement. Elle précise que la maternité (avec l'hémorragie de la délivrance chez les femmes) et la pédiatrie sont les services prioritaires. La chirurgie vient après (Entretien, Bobo-Dioulasso, CHU, 17.10.2016).

⁴²⁴ Je comprendrai par la suite qu'il s'agit d'une organisation religieuse d'obédience musulmane nommée Ançar Dine.

y a des dons. En effet le CHU ne change pas systématiquement le matelas quand il est usagé. Elle ajoute que plusieurs cartons de savons ainsi que de l'OMO⁴²⁵, de la javel ont été donnés. « Ça tombe bien », dit-elle, « Parce qu'à la pharmacie du CHU il n'y avait plus de savons ». Elle raconte que ça arrive souvent et que le personnel doit parfois venir avec son propre savon. Dans son bureau, elle me montre aussi 2 cartons d'OMO qui sont le reste d'une donation d'UNILEVER⁴²⁶. Il est prévu qu'une partie des savons soit récupérée par la pharmacie de l'hôpital qui va se charger de la répartition et de la redistribution dans les autres services du CHU. Un charriot est posté devant la porte pour récupérer une partie des dons.

Plus tard dans la matinée

Une jeune femme sort du bloc et est amenée dans salle des soins intensifs. Elle convulse. Je me tiens à la porte de la chambre qui reste ouverte. La mère est dehors, elle pleure, j'essaie de la rassurer. [...] Le médecin en formation veut que la patiente reçoive ses traitements à travers la voie qui a été placée. Il « attrape » au hasard dans le couloir, une stagiaire sage-femme qui passe. Elle n'a pas de gants, je sors de la chambre pour en récupérer. Je vais dans la salle de garde juste en face (la porte est ouverte) et m'adresse aux trois agents de santé, des sages-femmes, qui sont là en train de discuter tranquillement. Elles hésitent à me donner des gants. Je leur explique la situation, leur dis que c'est la gratuité maintenant, que ça ne devrait pas poser de problème. Elles me répondent que les gants gratuits sont à retirer à la caisse. Les gants qu'elles ont, ce sont les leurs. Néanmoins, l'une d'entre elles se lève et part me chercher une paire de gants dans la pièce à côté, elle me les tend. [...] Je retourne dans la salle en face. Le médecin prend le flacon du produit qui doit être injecté et se met à calculer la dose nécessaire. Il prend son portable pour calculer. Il n'a pas l'air sûr. Il sort. Pendant ce temps, trois accompagnantes entourent la jeune femme qui convulse et se débat. Le médecin revient et indique la dose à donner avec un protocole précis qui nécessite que la jeune stagiaire utilise le chrono de son téléphone portable. Le lit est collé au mur dans le coin de la chambre près de la porte d'entrée. Or, la voie a été posée au poignet de la jeune femme, côté mur avec le « traîneau » placé de l'autre côté, ce qui a pour effet de tirer sur le tuyau. La jeune stagiaire est contrainte de se pencher au-dessus de la patiente pour faire l'injection à travers la voie alors que celle-ci ne cesse de bouger. Deux accompagnantes tentent de la maîtriser : une lui saisit les pieds, une autre lui bloque les cuisses. Je me positionne à côté de la tête et essaie de la rassurer mais elle continue à bouger. Le médecin s'est rapidement éclipsé après avoir donné le protocole à suivre. Nous échangeons nos places avec l'une des accompagnantes afin que celle-ci puisse s'exprimer dans la langue de la patiente. L'injection dure un peu. Une des accompagnantes prend ma place et me libère. Je me retrouve alors positionnée à l'entrée de la chambre. Ce qui me permet de regarder ce qui se passe à la fois dans la chambre, dans la salle de garde restée ouverte et sur l'extérieur puisque la salle des soins intensifs est située près de la porte d'entrée (quasiment toujours ouverte) du service. J'assiste ainsi à une scène surréaliste. Pendant que la stagiaire se débrouille seule à administrer le traitement, aidée des 3 accompagnantes qui maintiennent la patiente, juste en face, dans la salle de garde, c'est le va et vient permanent de visiteurs et de professionnels de santé parmi lesquels se trouvent les agents responsables des soins. Tout ce petit monde

⁴²⁵ Nom commercial utilisé pour désigner un détergent.

⁴²⁶ Nom d'une multinationale anglo-néerlandaise spécialisée dans l'agroalimentaire.

bavarde et plaisante. Dans le même temps, j'aperçois dehors, les jeunes médecins défilent deux par deux en train de porter les nouveaux bancs « Ançar Dine ». Le responsable du service se tient devant la porte et supervise l'opération (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, structure sanitaire, 18.05.2016).

Dans le cas que nous avons décrit, le personnel en charge du service des soins intensifs, service qui nécessite une vigilance et une surveillance accrue de la part des agents de santé, ne se préoccupe aucunement de ce qui se passe dans la chambre, alors qu'il est présent dans la salle de garde située en face. Les sages-femmes en question délèguent toute la responsabilité des soins à une stagiaire, sans aucune supervision, et aux accompagnantes, alors qu'une voie a été placée à la jeune femme ; ce qui nécessite certaines manipulations afin de ne pas la blesser. Par ailleurs, la jeune stagiaire n'a pas de gants et ne peut donc pas procéder à des soins. Pendant leur formation, les stagiaires doivent en effet payer leurs propres paires de gants. Ce genre de matériel n'est pas fourni par les structures sanitaires. C'est pourquoi il est demandé aux patients de s'en procurer. La politique récente de gratuité aurait dû faciliter la fourniture des gants. Or, leur délivrance nécessite des démarches⁴²⁷ auprès de la caisse de l'hôpital qui procède à l'enregistrement de la demande avant que les éléments demandés ne soient délivrés par la pharmacie. Cette procédure mise en place pour sécuriser la politique de gratuité, prend du temps, d'autant plus qu'en général une grande file d'attente se tient devant la caisse.

Dans le même temps, alors que la matinée est consacrée à la visite des patientes, l'équipe médicale est entièrement mobilisée et focalisée sur la gestion et la répartition du matériel qui vient d'être donné. Cette situation est en définitive révélatrice de nombreux dysfonctionnements au niveau des professionnels de santé et montre combien la gestion de la pénurie perturbe l'organisation et la dispensation des soins destinés aux patients.

Cette gestion de la pénurie montre aussi les stratégies d'adaptation mises en œuvre par les équipes soignantes⁴²⁸. Mais leurs actions sont insuffisantes dans la mesure où elles ne permettent pas toujours de répondre aux besoins et d'assurer les soins auprès des patientes. Ces dernières courent alors des risques au niveau de leur grossesse (absence de dépistage de l'albumine et du sucre dans les urines). De même au moment de l'accouchement, en l'occurrence lorsque le service ne permet

⁴²⁷ Comme pour toutes les fournitures et les médicaments destinés aux femmes enceintes, qui accouchent et aux enfants de moins de 5 ans.

⁴²⁸ Une visite dans le service en orthopédie du CHU (à propos de ma cheville) montre que les stratégies d'adaptation face au manque de matériel se retrouvent dans d'autres secteurs médicaux. Au cours de la consultation avec le médecin orthopédiste en formation, un jeune collègue entre dans son bureau et lui demande où il peut trouver un certain type de clé pour un de ses patients. Le médecin lui répond d'envoyer le patient au marché central chez les mécaniciens. Devant mon questionnement, il m'explique que le service manque de matériel spécialisé et que les médecins ont pris l'habitude de s'arranger avec celui des mécaniciens (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, CHU, 01.09.2016).

pas l'assistance d'un personnel qualifié dans le cas où il est saturé et les femmes accouchent dans la cour de la maternité (d'un centre de santé de référence).

Avec la politique de gratuité, la pénurie d'équipement n'est pas résolue parce que cette mesure n'intègre pas le matériel nécessaire au fonctionnement quotidien et pérenne des structures. La politique de gratuité s'adresse en effet aux patientes, en rendant gratuit (ce qui ne signifie pas disponible) le petit matériel et les médicaments nécessaires pendant la grossesse, autour de l'accouchement et le post partum. Cette mesure vise à lever pour les femmes les barrières financières d'accès aux soins. Elle ne comprend pas le matériel de fonctionnement des structures sanitaires, qui doit être géré par les établissements eux-mêmes à travers leur service ou comité de gestion. Or, avec la politique de gratuité, les professionnels de santé ont observé une augmentation de l'affluence des femmes dans leur service, ce qui risque de majorer d'autant plus les pénuries pré existantes⁴²⁹ et qui ne sont pas prises en compte par ces nouvelles mesures.

Parallèlement, nous observons le rôle des organisations de la société civile burkinabè qui compensent les défaillances de l'Etat au niveau du système de santé, comme cette organisation religieuse que nous avons mentionnée. Le CHU de Bobo-Dioulasso a également reçu en janvier 2017, un don de matériel médical d'une valeur de 700 millions de FCFA⁴³⁰ de la part d'un groupement féminin burkinabè⁴³¹ en partenariat avec une association suisse.

2. Les problèmes d'hygiène

Lors d'un atelier de formation sur la PTME⁴³² destiné à des agents de santé, un médecin formateur déclare « *les endroits qui sont les plus sales dans les formations sanitaires ce sont les maternités* ». Il ajoute « *les femmes ne sont pas des animaux* » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 18.03.2016). Par ces propos, ce professionnel de santé soulève la question de l'hygiène dans les structures sanitaires.

⁴²⁹ De plus, le manque de locaux et de personnel pour répondre à l'augmentation de la demande des soins a souvent été évoqué au cours de l'étude après la mise en œuvre de la politique de gratuité.

⁴³⁰ Soit d'une valeur d'environ 1067143 euros. Plus d'un million d'euros

⁴³¹ <http://lesechosdufaso.net/chu-de-bobo-dioulasso-du-materiel-dune-valeur-de-700-millions-de-f-cfa-pour-ameliorer-le-plateau-technique/>. J'ai pris contact avec la responsable de l'association afin de m'entretenir de cette action avec elle, mais celle-ci n'était malheureusement pas disponible. Par ailleurs, dans l'article de presse, figure le rôle du président de l'assemblée nationale burkinabè dans cette initiative alors que cette action émane principalement du groupement des femmes soucieuses d'améliorer les conditions d'accueil et de travail pour les patients ainsi que les professionnels de santé (d'après un journaliste burkinabè qui a rencontré cette organisation féminine et couvert cette affaire. Le matériel avait en effet été bloqué à la douane burkinabè).

⁴³² Ces propos s'inscrivaient dans la discussion qui suivait la session 3 intitulée : « Prise en charge du travail et de l'accouchement de la femme enceinte VIH+ et la femme enceinte dont le statut n'est pas connu ».

Ainsi comme les pénuries que nous avons abordées précédemment, les conditions de travail affectent le fonctionnement des services et peuvent entraîner des situations problématiques en matière d'hygiène. Cet échange avec des stagiaires puis une visite dans un box d'accouchement illustrent ce que peut recouvrir cette problématique :

Alors que la consultation est encore vide, les stagiaires attendent dans la salle d'attente et discutent. Deux d'entre elles s'entretiennent sur l'état de la salle d'accouchement. [...] Bien qu'éloignée un peu d'elles, j'entends ce qu'elles se disent et progressivement en discutant elles m'intègrent dans la discussion. Elles parlent de l'état de saleté de la salle d'accouchement et de l'odeur qui empeste la salle. D'après elles, il y a du sang partout autour du vidoir. « C'est catastrophique ». Elles m'enjoignent d'aller voir par moi-même. Elles décrivent des carrelages au mur tachés de sang qui ne sont pas nettoyés. Elles précisent que les salles d'accouchement ne sont pas nettoyées régulièrement. Je leur demande « et les filles et garçons de salle ? » – « Ils ne viennent pas et docteur ne dit rien ». Je m'étonne, « Mais comment fait-il pour opérer dans cette saleté alors ? » Elles m'expliquent qu'il opère au bloc qui n'est pas situé dans le même bâtiment (Extrait carnet de terrain, structure sanitaire, 18.10.2016).

Le même jour, je me rends dans l'une des deux salles d'accouchement⁴³³ :

Quand je rentre dans la salle d'accouchement, accompagnée d'une sage-femme du service, la salle est lumineuse mais effectivement peu pratique, comme le soulignait auparavant le chef de service. La salle semble s'étirer en longueur. Trois tables d'accouchement sont alignées les unes à côté des autres. Devant les tables, un plan de travail carrelé est plaqué contre le mur en face. Sur le plan est installé l'appareil à stériliser. Il n'y a aucune séparation entre les femmes qui accouchent. La place laissée à côté des lits de chaque femme n'est pas très large. Deux femmes occupent les tables d'accouchement les plus proches de la porte. Celle du fond, près de la fenêtre, est vide. [...] Mon regard embrasse la salle, je vois des éclaboussures de sang séché sur les carrelages des murs. Le sol est sale et j'aperçois en m'approchant de la dernière table d'accouchement, en dessous de celle-ci, une grosse flaque brune rougeâtre, un mélange d'urine, de sang et de selles. Dans le même temps, une troisième femme sur le point d'accoucher entre dans la pièce et les deux stagiaires qui l'accompagnent la dirigent vers cette même table qui repose sur le sol souillé (Extrait carnet de terrain, structure sanitaire, 18.10.2016).

Le problème d'hygiène dans les salles d'accouchement résulte à la fois d'un manque de produits de nettoyage de base, comme l'eau de javel par exemple, mais également du manque d'assiduité des filles et garçons de salle. A plusieurs reprises, au cours de mes observations dans les services de maternité de deuxième et troisième échelon, les professionnels de santé se plaignent des filles et garçons de salle qui parfois s'absentent du service dans lequel ils sont affectés. Une

⁴³³ Je me suis rendue dans la salle d'accouchement sur la proposition du médecin responsable de la maternité, suite à notre entretien sur le manque de matériel et les conditions d'hygiène dans les maternités. Il a demandé à une sage-femme de m'accompagner.

responsable du service des urgences de la maternité estime pour sa part, qu'ils ne sont pas en nombre suffisant. Néanmoins, il arrive qu'ils ne soient pas présents dans le service. Dans ce cas, le nettoyage des salles est effectué par les stagiaires soignants comme j'ai pu l'expérimenter, lors d'une garde de nuit aux urgences de la maternité à laquelle j'étais présente.

Les filles et garçons de salle sont devenus introuvables au cours de la nuit. Une seule stagiaire sage-femme présente a pris l'initiative de nettoyer les box d'accouchement qui étaient régulièrement occupés par les femmes venues accoucher. Seule, elle ne pouvait pas nettoyer correctement les salles, si bien que des femmes accouchaient dans des box au sol souillé. Face à cette situation, j'ai aidé la jeune stagiaire et je me suis rendue compte qu'il n'y avait plus d'eau de javel et que nous devons nous contenter chacune de nettoyer les parties souillées avec l'aide d'une pelle très sale que nous partageons⁴³⁴, et d'une serpillière que nous devons rincer dans une eau marron répugnante (Extrait carnet de terrain, Maternité, Bobo-Dioulasso, 2016).

Cette nuit-là, les box d'accouchement ont été nettoyés très sommairement.

Au cours de l'enquête de terrain, nous avons pu prendre connaissance d'une note de service affichée dans le service de la maternité du CHU⁴³⁵ émanant de la Direction Générale ayant pour objet « *la mise à pied d'un agent* ». Cette note stipule que « *(nom, prénom et matricule de l'agent concerné) garçon de salle a écopé d'une sanction disciplinaire d'exclusion temporaire des fonctions de quinze (15) jours, allant de (indication des dates). Cette sanction est intervenue à la suite des faits fautifs suivants : - absences injustifiées aux gardes mettant à rude épreuve la continuité des soins, - refus d'effectuer certaines tâches telles que la manutention des patients et des corps, en contradiction avec les attributions des garçons et filles de salle définies par les textes d'orientation des emplois spécifiques du Ministère de la Santé* » (Extrait carnet de terrain, maternité, 2017).

Les problèmes d'hygiène sont soulevés par certains médecins qui sont responsables de service de maternité. Ainsi, l'un d'eux, gynécologue, alors que nous évoquons le risque VIH, déclare : « *les hépatites et le VIH⁴³⁶ c'est notre hantise* ». Il poursuit ses propos en attribuant cette « *hantise* » aux conditions de travail. Selon lui, les femmes ne sont pas protégées par le matériel mis à disposition du personnel de santé et pointe particulièrement l'insuffisance de gants, en rupture

⁴³⁴ Nous avons utilisé cette petite pelle en plastique pour ramasser de manière grossière le mélange de sang, d'urine et de selle sur le sol pour ensuite le jeter dans le vidoir qui lui-même était dans un état de saleté qui nécessitait d'avoir le cœur bien accroché. Le manque d'éclairage de la petite pièce dans laquelle il était situé pouvait peut-être expliquer les traces de souillure sur les bords, le sol et les murs (Extrait carnet de terrain, Maternité, Bobo-Dioulasso, 2016).

⁴³⁵ Mais cela ne nous permet pas de dire si l'agent appartient à ce service, rien n'est indiqué dans ce sens sur la note.

⁴³⁶ Le risque de transmission du VIH par ce mode de contamination est faible parce que le virus ne circule plus beaucoup dans la population générale burkinabè et qu'il se transmet beaucoup moins que les virus des hépatites.

fréquente, et de mauvaise qualité, « les gants se déchirent facilement » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 22.06.2016).

Lors d'un autre entretien cette question est de nouveau abordée avec lui. Il précise qu'il a beaucoup de cas d'hépatite B parmi les femmes enceintes depuis qu'il a instauré le dépistage au cours de ses consultations. C'est pourquoi, il s'inquiète des risques encourus par ses patientes, au sein de la structure sanitaire, à propos des problèmes de stérilisation des instruments qu'il a observés et qui sont utilisés lors des accouchements :

Il prend l'exemple des 14 accouchements qui ont eu lieu pendant la garde. 14 accouchements ont été pratiqués alors qu'il n'y a que 6 boîtes d'accouchement⁴³⁷ (c'est-à-dire une boîte qui contient du petit matériel dont des pinces). Les agents de santé n'ont pas eu le temps de stériliser le matériel. Il les a vus nettoyer les pinces avec de la Bétadine. Il ajoute que les tables d'accouchement ne sont pas nettoyées comme il faut avec de l'eau chlorée, il reste du sang sur les tables, notamment au niveau des interstices entre les deux matelas qui composent la table. Pour lui les conditions de stérilisation du matériel ne sont pas réunies, tout le matériel comme les pinces sont réutilisables, seuls les gants et les seringues sont à usage unique. Par ailleurs, il remarque que le personnel devient de plus en plus négligent. Il raconte qu'il arrive qu'un même perfuseur soit réutilisé pour plusieurs personnes (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 18.10.2016).

Un autre gynécologue responsable de service décrit des « conditions de travail [qui] ne sont pas bonnes » pour expliquer l'attitude des professionnels de santé à l'égard des patientes. Il ajoute : « Une salle d'accouchement climatisée, ce n'est pas pour maintenant, alors qu'il n'y a pas assez d'eau de javel, pas assez de gants ». Il raconte que lorsque qu'il y a beaucoup d'accouchements, les agents de santé ne disposent pas d'assez de temps pour stériliser les pinces, les ciseaux. Il précise que « le service possède 10 boîtes pour faire 40 accouchements parfois ». Il pose la question : « Comment vous travaillez avec ce matériel pour le rendre sans danger ? ». Il répète « Chaque équipe a un certain nombre de boîtes, comment le rendre inoffensif ? » Il répond que le matériel est parfois simplement rincé avec de la javel. Il poursuit « S'il y a 20 accouchements en même temps, il faut qu'il y ait une boîte bien stérilisée pour chacun des accouchements. Ce qui n'est pas le cas ». Il décrit également des tables d'accouchement sur lesquelles les femmes sont installées pour accoucher. « Il y a beaucoup de sang sur les tables ». Selon lui, les agents de santé n'ont pas le temps de nettoyer les tables, de passer l'eau de javel, de protéger la table avec un plastique. Il ajoute que la dotation de javel pour le service est insuffisante (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 10.03.2017). Au cours de l'étude, nous apprenons qu'une barrique de 200 litres de javel est préparée quotidiennement pour l'ensemble des services de l'hôpital alors qu'auparavant ce sont deux barriques de 200 litres qui étaient distribuées, mais une

⁴³⁷ Les agents de santé utilisent un Poupinel pour stériliser les boîtes d'instruments.

panne de matériel ne permet plus la fabrication d'une telle quantité de javel par jour⁴³⁸.

Par ailleurs, j'ai pu observer à maintes reprises ce que j'ai appelé « la valse des gants ». Les agents de santé doivent en effet, changer en permanence de gants, dans la mesure où ils ne sont pas concentrés sur une seule tâche, ni sur un seul lieu. Au contraire ils passent souvent d'une tâche, d'un lieu à l'autre, comme superviser une stagiaire sage-femme qui réalise un accouchement, - à ce moment-là le professionnel de santé se munit de gants pour évaluer la progression du col (en effectuant par exemple un toucher vaginal) -, puis s'en retourne remplir les registres dans une autre salle, avant de retourner de nouveau dans le box ; ce qui lui demande de se munir à nouveau d'une paire de gants. Il n'est pas rare non plus de voir passer dans les box d'accouchement des internes de médecine à la recherche de gants. Pour certains professionnels de santé, la dizaine de paires de gants dans les kits distribués aux femmes sont insuffisants. Les agents de santé utilisent en effet beaucoup de gants d'autant plus qu'ils s'en servent aussi comme garrot lors d'une prise de sang ou d'une perfusion.

3. Quand les conditions de soins de santé génèrent des risques pour les patientes

Dans les pays du Sud, le système de santé enjoint aux femmes d'accoucher dans les structures sanitaires afin de réduire les risques de complications pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que les décès maternels et néonataux. Il leur est garanti, théoriquement, l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement. Or, il arrive que les conditions matérielles et d'hygiène ne soient pas réunies dans les structures de santé, quel que soit l'échelon, pour leur assurer une grossesse et un accouchement sans risque. Nos observations ainsi que les entretiens auprès des professionnels de santé qui occupent des postes à responsabilité montrent que les services de maternité manquent de matériel, ce qui empêche le bon déroulement des soins auprès des patientes ; cela peut aller de l'impossibilité de prendre les constantes nécessaires pour dépister certains risques (lors de la consultation prénatale notamment mais aussi autour de l'accouchement), au manque de tables d'accouchement et de lits, quand les services sont saturés, - ils le sont fréquemment-, entraînant des situations paradoxales où des femmes accouchent dans la cour du service, ou sont hospitalisées par terre sur des nattes. De même les ruptures fréquentes de produits sanguins peuvent nuire à la santé des mères. Selon une étude de Kahn et al. pour l'OMS, les hémorragies pendant le travail, l'accouchement et le post partum représentent en Afrique 34% des décès des femmes qui accouchent (Khan et al. 2006). Or, d'après Bates et al., 26 % de ces décès sont dus à un manque de sang (Bates et al. 2008). Les auteurs rappellent

⁴³⁸ A la fin de l'étude de terrain, la situation n'était pas rétablie.

en effet que l'Afrique subsaharienne dispose de la plus faible quantité de sang donné à transfuser, par personne, dans le monde (Bates et al. 2008).

Par ailleurs la pénurie de moyens que nous qualifierons « de base⁴³⁹ » ne permettent pas d'assurer de bonnes conditions d'hygiène dans les soins auprès des patientes. Nous pouvons distinguer trois niveaux dans les pratiques liées au manque d'hygiène : le premier a trait à l'hygiène des surfaces dans les salles de soins (dans le cas de notre étude de terrain il s'agit en particulier des box et tables d'accouchement), le deuxième concerne les situations de contact des professionnels de santé avec leurs patientes lors des soins (problème des gants et de savon pour se laver les mains), le troisième est lié aux difficultés de stérilisation du matériel utilisé au cours des interventions. Hien et al. mettent aussi en évidence une insuffisance des pratiques d'hygiène de la part des professionnels de santé au cours d'une étude dans un hôpital de district burkinabè (Hien et al. 2013). Ils situent cette insuffisance au niveau du lavage des mains, du port des gants ainsi que du port de la blouse. Les causes invoquées résident d'une part dans le manque de connaissances de la part des agents de santé sur les risques d'infections nosocomiales et les moyens de s'en prémunir pendant les soins. Pour Hien et al., ce manque de connaissance est dû à la faiblesse du contenu des formations notamment lors des stages (Hien et al. 2013). D'autre part, les auteurs décrivent les dysfonctionnements organisationnels et structurels qui influent aussi sur le manque d'hygiène dans les pratiques des professionnels de santé : « *Dans les hôpitaux de premier niveau au Burkina Faso, il y a rupture régulière des consommables tels que les gants, l'eau de javel, le savon. A cela s'ajoutent des constructions de salles de soins qui ne prévoient pas toujours des dispositifs de lavage de mains au cours de soins. Dans ce même hôpital, pendant la même période, une analyse de l'organisation des services et des soins a montré que les dispositifs de point d'eau pour le lavage des mains dans six services de soins étaient en nombre insuffisant* » (Hien et al. 2013 : 225).

Le manque d'hygiène dans les structures de santé, en particulier dans les salles d'accouchement, fait surgir la question de l'iatrogénie médicale et hospitalière. Dans le cadre de notre étude de terrain, nous pouvons évoquer les risques d'infections nosocomiales et d'hépatite B, comme l'a mentionné un gynécologue burkinabè. Or, selon l'OMS, « *[I]l est important de noter le peu de données factuelles disponibles concernant la charge du risque iatrogène dans les pays en développement, peut-être encore accru par le manque d'infrastructures, de technologies et de ressources humaines* » (OMS 2008 : 1). Concernant la iatrogénie en Afrique subsaharienne, Simon et al. abordent en particulier les infections nosocomiales, déplorant l'insuffisance de données à ce sujet, alors qu'ils considèrent que « *l'impact de santé publique* » de ces infections dans cette région du monde « *est encore totalement sous-estimé* » (Simon et al. 2007 : 199). Ils mentionnent en particulier les infections

⁴³⁹ Dans la mesure où il s'agit principalement de l'eau de javel, de savon et de gants.

bactériennes. Selon ces auteurs, « *Leur diffusion [des infections bactériennes] signe toujours une hygiène hospitalière insuffisante. Le manuportage par les personnels soignants, le manque d'asepsie lors de gestes invasifs et une stérilisation insuffisante des matériels sont les déterminants majeurs des IN (infections nosocomiales) bactériennes, notamment multirésistantes* » (Simon et al. 2007 : 199). Nous retrouvons parmi ces déterminants favorisant la diffusion de ces infections, une concordance avec nos observations de terrain. En revanche, ils attribuent plutôt le risque de transmission de l'hépatite B aux voies parentérales comme vecteur (Simon et al. 2007 : 201).

Ronsmans et al. rappellent qu'une large part des décès des femmes en période périnatale ont lieu à l'hôpital dans les pays en développement. Ils distinguent 3 types de situations⁴⁴⁰ parmi lesquelles les situations où « *women admitted for normal delivery who subsequently develop serious complications—either naturally or through iatrogenic factors—and die with or without having received emergency care* » (Ronsmans et Graham 2006 : 1195-1196). Ils soulignent que plus d'un tiers des décès des femmes en donnant la vie à l'hôpital est dû à des soins inappropriés, en-dessous des normes en vigueur.

« Confidential enquiries into maternal deaths in a diverse range of countries, together with findings from clinical audits, suggest the proportion for which substandard care played a substantial role is often more than a third » (Ronsmans et Graham 2006 : 1196).

Ainsi, bien que les aspects évoqués dans notre enquête de terrain soient non exhaustifs, nous pouvons néanmoins souligner que les professionnels de santé ne sont pas toujours en mesure d'assurer aux femmes « une maternité sans risque » ni même « à moindre risque »⁴⁴¹. Au contraire, les conditions sanitaires peuvent ainsi constituer un risque pour les femmes qui se rendent dans les centres de santé pendant leur grossesse et lors de leur accouchement. En outre, à propos du CHU de Bobo-Dioulasso, dans « le Plan d'Activités 2017 du département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la Reproduction (DGOMR) » établi en septembre 2016, il est mentionné page 8 que 4000 accouchements en moyenne sont réalisés par an dans le service, avec une mortalité maternelle intra hospitalière de 600 pour 100 000 naissances vivantes tandis que la moyenne nationale est de 307 pour 100 000 naissances vivantes. Il est préalablement précisé page 7 que ce département est la structure de référence de toute la région ouest et sud-ouest du Burkina Faso (DGOMR 2016). Ainsi les femmes qui donnent la vie meurent deux fois plus au CHU que la moyenne nationale des décès des femmes. Ces chiffres

⁴⁴⁰ Les deux autres types de situations sont les suivantes : les femmes arrivent tardivement dans la structure de santé et présentent un état moribond trop avancé pour bénéficier de soins d'urgence, ou bien elles se présentent avec des complications qui n'ont pas été prises en charge rapidement et de manière efficace (Ronsmans et Graham 2006 : 1195).

⁴⁴¹ Nous reprenons ici les termes utilisés pour dénommer les programmes internationaux concernant la santé des mères et des nouveau-nés que nous avons abordés dans la deuxième partie de ce travail.

peuvent s'expliquer par le fait que le CHU, en tant que centre de référence, reçoit les cas les plus graves.

IV. Le cas particulier de la PTME : vers des « mal traitements » à l'égard des femmes séropositives ?

La PTME est un dispositif intégré dans le système de santé dans la mesure où le dépistage du VIH et le suivi pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance du bébé, peut être entièrement réalisé au niveau des structures sanitaires de premier échelon, en ville comme à la campagne. Néanmoins, comme nous l'avons vu précédemment, le système de santé présente de nombreux dysfonctionnements qui ont des répercussions également sur ce dispositif qui ne bénéficie plus d'autant de financements que par le passé. A partir des expériences des femmes et des professionnels de santé, cette partie aborde les difficultés que ces acteurs rencontrent et les « mal traitements » subies par les femmes séropositives pendant leur parcours de grossesse et après la naissance de leur enfant.

1. Quand la PTME accentue les vulnérabilités des femmes séropositives

Lucie et Patricia ont eu recours au dispositif de PTME pendant leur grossesse. Elles se sont retrouvées confrontées à des difficultés générées à la fois par les défaillances du système de santé mais également par certains aspects sociaux de la maladie. Nous proposons de décrire leur itinéraire de grossesse afin de mettre en exergue ces difficultés et montrer en quoi elles sont préjudiciables à la santé de ces femmes.

1.1 Surmonter la peur de la stigmatisation et gérer les aléas du système de soins de santé

Nous rencontrons Lucie, 31 ans, au cours de sa troisième grossesse, peu après la découverte de sa séropositivité lors de la consultation prénatale.

D'après la conseillère psychosociale présente au moment du test, la jeune femme est paniquée par le résultat qui se révèle positif. Un prélèvement sanguin est aussitôt effectué et amené au CMA de référence pour faire le test de confirmation. Pendant le week-end qui suit, cette même conseillère raconte que Lucie l'a appelée sans cesse, menaçant de se suicider. En retour, la conseillère, de peur qu'elle ne passe à l'acte, dit l'avoir recontactée régulièrement pour la soutenir, lui dire qu'elle n'était pas seule (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 21.10.2016). La jeune femme nous racontera plus tard, alors qu'elle a accouché : « *C'est le début qui fait peur quand tu te dépistes. Tu as peur de mourir, tu ne sais pas comment ta vie va devenir. C'est la peur. [...]* Pendant la grossesse, j'ai eu peur, je voulais avorter. Je

pensais que l'enfant allait mourir ou attraper la maladie » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 14.02.2017).

La conseillère qui s'inquiète de l'état de santé (psychologique et physique) de la jeune femme, se rend compte que le test de confirmation tarde à venir parce que la machine pour confirmer le test est « gâtée », c'est-à-dire qu'une rupture de réactifs au CMA empêche de faire ce test. La conseillère oriente la jeune femme au centre anonyme de dépistage et d'information (CADI). Celle-ci précise qu'elle aurait pu l'envoyer au Centre Muraz⁴⁴² mais le test est payant tandis qu'au CADI c'est gratuit pour les femmes. Une fois le test confirmé, elle l'accompagne à l'hôpital de jour⁴⁴³, où la jeune femme suit le counselling avant d'être enregistrée dans la file active. Un rendez-vous lui a été ensuite donné pour qu'elle puisse faire ses examens biologiques (CD4, NFS, créatinine) et être mise directement sous traitement. La conseillère l'a orientée à l'hôpital de jour parce que tout est gratuit alors qu'au CMA de référence, le service qui s'occupe des analyses biologiques connaît des ruptures fréquentes de réactifs et les examens sont payants. Il applique en effet un forfait pour les personnes incluses dans la file active. C'est pourquoi celle-ci précise à propos de ses démarches pour Lucie : « Donc c'est mieux d'aller chercher solution ailleurs sinon la femme enceinte va attendre longtemps » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 12.05.2016).

La grossesse pour Lucie a été difficile. Son mari est décédé entretemps, elle a dû quitter le domicile et rejoindre ses propres parents, dans la cour familiale où, dit-elle, les membres de la cour « *parlent mal des gens qui ont le sida* ». Sa mère en particulier était, selon la jeune femme, très virulente. Lucie rapporte que pour sa mère « *c'est la maladie qui les (les personnes atteintes du sida) a tués* », « *c'est une mauvaise maladie* ». Selon Lucie, sa mère associe la maladie à la frivolité, à la prostitution. Pour Lucie, « *Tant que tu n'es pas dans le milieu (du VIH) tu ne peux pas comprendre* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 02.12.2016).

Lucie était par ailleurs très stressée par son accouchement. A l'époque, elle a peur de contaminer son enfant pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Elle ajoute qu'elle prend bien ses traitements et qu'elle est bien soutenue à l'hôpital de jour. Mais comme elle a commencé son suivi là-bas, elle n'est pas connue de la référente PTME du CSPS, ni des agents de santé de la file active du CMA référent du CSPS où elle va accoucher. Il lui revient donc de parler aux agents de santé de

⁴⁴² Ce centre de recherche en santé dispose également d'un centre médical et d'un laboratoire d'analyses biologiques.

⁴⁴³ « Hôpital de jour », est l'appellation commune du service ambulatoire du CHU qui accompagne spécifiquement les PvVIH. Il a été créé par un médecin infectiologue burkinabè grâce à l'appui de fonds internationaux. Ce centre est reconnu pour la qualité de la prise en charge des PvVIH. Il dispose d'un laboratoire équipé, fournit les traitements antirétroviraux et ceux contre les maladies opportunistes, et a mis en place des consultations d'observance. Les personnes qui sont intégrées dans la file active de ce service sont prises en charge gratuitement. Néanmoins faute de financements pérennes, cette structure se retrouve confrontée aussi à des ruptures de réactifs (notamment pour l'appareil de mesure des CD4 comme cela était le cas en février 2017).

sa séropositivité au moment de son accouchement. Elle sera accompagnée de sa mère qui n'est pas au courant, ni personne d'autre de son entourage. Ce qui l'inquiète, c'est qu'elle ne sait pas comment cela se passera dans la structure de santé. Elle nous confie qu'elle n'est pas sûre qu'elle puisse parler de son statut aux agents de santé qui seront amenés à s'occuper d'elle lors de son accouchement (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 21.10.2016).

La conseillère, par ses visites à domicile et leurs appels réciproques, l'a soutenue pendant cette période, lui rappelant que c'était important de parler de sa séropositivité le jour de l'accouchement. Elle l'a rassurée, en affirmant que les agents de santé avaient l'habitude de ces situations et qu'il y a toujours du sirop pour le bébé dans le frigo du CSPS. Pour Lucie, ce soutien a été très important.

L'accouchement de Lucie a été difficile. Pendant 3 jours, elle avait mal au ventre et n'a cessé de faire des allées et venues entre le CSPS et la cour familiale. Quand elle s'est rendue au CSPS, l'accoucheuse de la maternité l'a reconnue, elle était présente quand Lucie a été dépistée. Selon la jeune femme, cette situation a facilité les échanges, l'agent de santé a été très discrète, s'est entretenue avec elle toujours à distance de sa mère et son père.

« Comme il y avait beaucoup de gens, elle n'a pas voulu parler avec moi en présence des gens. Elle m'a amené dans votre salle (elle parle de la salle des conseillères psychosociales) pour me regarder. Quand elle m'a regardé, elle a dit que ça n'a pas évolué. Que je peux partir à la maison mais si ça me fait mal, de ne pas tarder, que de revenir. Je suis allée à la maison et j'ai dormi là-bas. Le troisième jour lorsque je suis partie, on a dit que c'est deux doigts. Ensuite, on m'a dit d'aller au CMA du 22. J'ai dit si on ne peut pas me donner un papier. On m'a dit d'aller comme cela, que la personne qui va me regarder, de lui expliquer. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 29.11.2016)

Le père de Lucie a préféré l'amener au CHU. Elle est arrivée vers 23h, il y avait beaucoup de monde. Elle dit avoir vu 10 femmes accoucher avant elle. Le médecin a refusé de faire une césarienne, elle était déjà en travail. Il lui a dit qu'elle pouvait accoucher par voie basse. C'est un maïeuticien⁴⁴⁴ qui l'a prise en charge. Lucie dit qu'il était tellement gentil qu'elle a pu lui parler de son infection à VIH. D'après elle, il s'est très bien occupé d'elle et son accouchement s'est très bien passé et elle raconte la sollicitude dont a fait preuve cet agent de santé :

« Ma mère est rentrée pour nettoyer ce sang, il a dit à ma mère de laisser. C'est le docteur qui a nettoyé tout le sang. Ma mère était tellement contente qu'elle a donné 2000 FCFA au docteur (maïeuticien). Elle a dit qu'elle n'a jamais vu un homme qui aide une femme enceinte comme cela ». (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 29.11.2016)

⁴⁴⁴ Lucie l'appelle aussi docteur alors qu'il s'agit d'un maïeuticien que j'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois lors de mes observations ; celui-ci est particulièrement attentionné à l'égard des patientes.

Le maïeuticien l'a ensuite laissée avec son bébé. Il a été appelé dans le service et a oublié de donner le sirop. Comme Lucie a été libérée tôt avec son bébé, son père a voulu partir immédiatement. Lucie n'a pas pu s'adresser à quelqu'un d'autre, elle était obligée de suivre ses parents :

« Lorsque j'ai accouché, je n'ai plus vu le docteur (le maïeuticien) qui m'a accouchée. Donc je ne savais pas à qui j'allais expliquer. Quand on nous a libérés, je suis restée à tourner. Mon père m'a dit de venir qu'on va aller. Je les ai suivis et nous sommes allés à la maison. C'est là le lendemain je [l]'ai appelée (c'est-à-dire la conseillère psycho sociale). » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 29.11.2016)

La médiatrice a répondu à l'appel et a accompagné la maman et son bébé au CSPS. Malheureusement la névirapine qui était stockée était périmée. Elles sont par conséquent retournées au CHU où le bébé a pu recevoir son sirop. Depuis la naissance de son bébé, Lucie garde à proximité de son lit son traitement antirétroviral, ainsi que le flacon de Névirapine dont elle a pris soin d'enlever l'étiquette. Pour elle, ce sont les causeries avec la conseillère psychosociale qui lui ont donné le courage de parler de sa sérologie aux agents de santé (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans la cour familiale, 29.11.2016).

En suivant l'itinéraire de grossesse de Lucie, du dépistage de sa séropositivité au VIH jusqu'à son accouchement, nous pouvons situer différentes situations où celle-ci s'est retrouvée face aux défaillances du système de soins et dans la nécessité de les gérer, c'est-à-dire trouver des solutions pour qu'elle puisse être prise en charge rapidement, elle et son bébé, par rapport à son infection et à la PTME. Ainsi, au moment de la découverte de sa séropositivité, une rupture de réactifs a pour conséquence de retarder la confirmation du test et donc la mise en place du traitement puis du suivi de Lucie. Alors qu'elle était sous le choc de l'annonce et sans soutien de la part de l'agent de santé référente du CSPS où elle a fait son test de dépistage, ni de celle de son entourage proche.

En outre, la situation vécue lors de l'accouchement de Lucie montre l'absence de lien et de suivi entre les différentes structures sanitaires en cas de référence lors de complications obstétricales et les conséquences que cela engendre pour la patiente. La responsabilité lui incombe en effet de révéler sa séropositivité aux agents de santé, dans un cadre hospitalier qui est généralement impressionnant pour les femmes. Celle-ci devait également gérer le secret de son infection vis-à-vis de ses parents qui l'accompagnaient et qui n'étaient pas informés, qui plus est, dans un contexte général où la stigmatisation persiste. Or, comme nous l'avons vu, les services de maternité sont souvent saturés et les personnels de santé peu disponibles. Dans ce cas précis, les conditions étaient réunies (elle s'est retrouvée seule avec l'agent de santé) pour que la jeune femme puisse parler de son infection. Nous notons à ce sujet que cette révélation n'a pas fait l'objet ensuite d'une attitude discriminatoire. Néanmoins, le maïeuticien pris dans le travail n'a pas appliqué le protocole de la PTME pour le bébé. La jeune femme n'a pas trouvé ensuite d'occasion ou de professionnel à qui confier sa problématique. Cette situation pose

toute la question des conditions sanitaires qui permettent ou non le maintien de l'intimité et de la confidentialité concernant les patientes. Par ailleurs, la non disponibilité du sirop de névirapine dans le CSPS (la date de péremption étant dépassée) met également en évidence les difficultés rencontrées par les structures de premier échelon à appliquer le dispositif de PTME (dans ce cas elles se traduisent par la gestion des intrants dans un contexte de faible prévalence). En outre, dans cette situation, nous pouvons souligner le rôle de la conseillère psychosociale qui a été déterminant dans le dispositif de PTME. Celle-ci a su proposer un accompagnement personnalisé, c'est-à-dire un rôle à la fois de soutien et d'orientation vers les services de santé, en assurant le lien, une constance dans le suivi.

En définitive, cet itinéraire de grossesse montre combien la responsabilité incombe à la mère de gérer les dysfonctionnements et les aspects sociaux de la maladie que le dispositif de PTME mis en place ne peut pas assurer. Dans cette situation, nous pouvons noter que les acteurs du système de santé ont aidé à gérer la situation à la hauteur des moyens dont ils disposaient.

1.2 Gérer la précarité au quotidien et comprendre la maladie

Patricia, 33 ans, vit avec ses 5 enfants (dont un bébé) dans un *non loti* avec des membres de sa famille. Personne de son entourage n'est informé de sa séropositivité. Son mari vit avec sa première femme. Patricia a été dépistée au 7^{ème} mois de grossesse lors de la CPN au CSPS et a tout de suite été mise sous ARV mais elle a rencontré des difficultés pour suivre la PTME. Quand nous rencontrons pour la première fois Patricia à son domicile, le bébé a déjà 4 mois et n'a pas reçu la Névirapine à l'accouchement ni pendant l'allaitement. « *C'est comme si Patricia n'avait pas compris la maladie* » remarque la conseillère (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, *non loti*, au domicile de Patricia, 22.03.2016).

Celle-ci se rappelle que Patricia n'a fait aucun problème pour se faire dépister et lorsqu'elle a appris le résultat, celle-ci n'a pas pleuré, n'a rien dit. La conseillère précise que Patricia était en phase avancée de grossesse, c'est pourquoi il fallait agir vite. Elle précise que c'était un vendredi, la référente PTME du CSPS a fait un prélèvement de sang qu'elle a rapidement envoyé au CMA. La conseillère a accompagné Patricia après le test pour « *aller connaître chez elle* » puisque la jeune femme n'avait pas de téléphone portable. Les résultats de la confirmation du test sont arrivés le lundi. Elle est allée chercher Patricia pour lui faire l'annonce. Le traitement était prêt, elle a été mise tout de suite sous traitement avec lequel elle est repartie à la maison. Ensuite, elle n'est pas revenue au CSPS chercher son traitement. Patricia raconte qu'elle était au village et comme elle cachait sa maladie, elle ne savait pas ce qu'elle pouvait dire pour aller récupérer son traitement. Le bébé était petit, sa belle-sœur ne voulait pas que celui sorte. Celle-ci ne comprenait pas pourquoi Patricia devait rentrer en ville. Et Patricia ne pouvait rien dire c'est pourquoi elle n'est pas retournée à Bobo récupérer son traitement. La médiatrice ajoute que

si elle avait su, elle serait allée lui apporter le traitement jusqu'au village. (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 14.10.2016)

Patricia a de plus accouché à la maison :

« Quand le travail a commencé, il n'y avait personne auprès de moi. Et puis c'était la nuit. Il n'y avait personne pour m'accompagner. Même s'il y avait quelqu'un pour m'accompagner, je n'allais pas trouver un taxi pour m'amener au CSPS. Je n'ai pas aussi une moto. Dieu m'a aidé et le travail n'a pas duré. Et puis j'ai accouché. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 22.03.2016)

Elle ne s'est pas rendue au CSPS le lendemain de son accouchement parce que le bébé se portait bien. En revanche, elle est allée aux deux consultations post natales mais uniquement pour les vaccinations de l'enfant.

« Je n'avais pas compris que je devrais repartir au CSPS pour aller consulter l'enfant. Comme j'ai vu que l'enfant n'a rien, c'est pour cette raison que je ne l'ai pas amené en consultation. [...] Je suis allé au 7^{ème} jour ensuite je suis repartie au 40^{ème} jour. [...] Au 7^{ème} jour l'enfant doit recevoir un vaccin. - Et pour le 40^{ème} jour ? - C'est la même chose. Je suis partie pour faire vacciner l'enfant. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 22.03.2016)

Patricia dira une autre fois :

« Le jour où on m'a dit que j'avais la maladie, je pensais que j'allais mourir et laisser mes enfants petits petits. Et puis je n'ai jamais entendu dire quelqu'un qui avait ça et que ça finissait. [...] Quand on m'a annoncé les résultats, bien vrai qu'on m'a donné des conseils mais j'étais ailleurs. J'avais des soucis, des problèmes. Je n'avais pas bien compris ce que je devais faire. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 12.10.2016)

A cause des interruptions de traitement de Patricia, l'agent de santé l'a référée au CMA alors qu'elle est encore dans le dispositif de la PTME. Or, d'après la médiatrice, le CMA est très éloigné et cette distance constituait d'emblée un obstacle à la bonne prise du médicament (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 14.10.2016).

A l'une de nos visites, Patricia nous raconte qu'elle est allée il y a deux mois au CMA où on lui a donné ses traitements antirétroviraux et qu'elle est repartie avant-hier pour renouveler son traitement. Le renouvellement couvre 3 mois de traitement. En revanche, elle doit repartir demain au CMA pour faire ses examens biologiques. Elle nous dit qu'elle ne partira pas là-bas parce que c'est loin et qu'elle n'a pas l'argent pour le transport. De plus, la médiatrice du CMA lui a conseillé de venir très tôt (elle doit se lever à 5 heures du matin) pour être parmi les dix premières afin de bénéficier gratuitement de l'examen des CD4, sinon elle va devoir payer⁴⁴⁵. Elle

⁴⁴⁵ Dans ce CMA, l'examen des CD4 est gratuit pour les 10 premières femmes séropositives qui se présentent le matin aux jours d'ouverture (les mardi et jeudi) et qui sont incluses dans la file active. Sinon cet examen coûte 3000 FCFA. De plus, ce CMA applique un prix forfaitaire pour toutes les PvVIH de 3000 FCFA pour un ensemble d'examens (CD4, NFS, Glycémie, Créatininémie et Transaminases) et de 5000 FCFA pour ces

nous assure qu'elle va tout faire pour aller au CMA chercher son traitement, mais elle n'ira pas faire ses examens biologiques car le CMA est trop loin. A ma question où elle préférerait chercher son traitement, au CSPS ou au CMA, elle répond le CSPS parce que c'est beaucoup plus près. Pour aller au CMA, Patricia doit compter 1000 FCFA pour un aller-retour. Le CMA est en effet très éloigné et situé à l'opposé du *non loti* où elle habite⁴⁴⁶ (Entretien, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 20.07.2016).

Tout au long de l'enquête de terrain, la situation sociale et économique de Patricia reste très précaire au point qu'elle a souvent juste de quoi préparer une marmite en fin de journée qui leur permet à ses enfants et elle d'assurer le repas du soir, et du lendemain, le matin et le midi. Sa cuisine est très simple : tô ou riz avec un peu de poisson séché et du soubala et des feuilles quand elle en trouve. D'un jour sur l'autre, elle dit qu'elle ne sait pas ce qu'elle trouvera. Patricia n'a pas une activité fixe. Selon la période, elle part en brousse le matin avec son bébé chercher du bois pour le vendre l'après-midi. Elle propose aussi sa force de travail dans les champs en tant que journalière. C'est avec ce gain qu'elle achète prioritairement de quoi manger à ses enfants. Elle n'a pas d'aide de sa famille ni de son mari.

Le jour de notre visite, Patricia est amaigrie et déprimée. Selon la médiatrice, Patricia « *n'a pas vu d'autres personnes avec le VIH. Elle est isolée, toute seule dans sa cour et ne peut en parler à personne. Elle n'a pas fait de club d'observance* ». La médiatrice s'adresse à Patricia et l'encourage à venir à l'association. Elle lui explique que « *les femmes viennent, causent, oublient leur souci. Les enfants sont là aussi* » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 20.07.2016).

Lors d'une autre visite chez elle, Patricia nous raconte sa visite au CMA. L'infirmier a compté les comprimés restants et lui a dit qu'elle a manqué 3 fois. Elle a ensuite vu le docteur qui a regardé les résultats des examens biologiques, lui disant que « c'est bon »⁴⁴⁷. Elle est quand même inquiète parce qu'elle sent elle-même qu'elle est fatiguée. Elle ne se sent pas en forme. Dans l'échange, elle explique que le traitement la fatigue. Une fois qu'elle prend le traitement, elle a la tête qui tourne, elle est « comme saoulée », elle ne peut plus rien faire (Entretien, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 14.10.2016).

Lors d'un échange sur le suivi de la PTME avec l'agent de santé référente dans le CSPS, nous abordons la situation de Patricia : « *On lui a tout expliqué, tout dit, elle n'est plus revenue jusqu'à ce qu'elle accouche* ». Elle a dit avoir revu Patricia pour

examens auxquels s'ajoutent la SRV (Sérologie Rétrovirale) et Ag/Hbs (Antigène HBS : recherche de l'hépatite B).

⁴⁴⁶ Lors de cet échange nous remettons à Patricia de quoi assurer son transport et la nourriture de la journée pour qu'elle puisse se rendre au CMA réaliser ses examens.

⁴⁴⁷ Sur son ordonnance il lui a été prescrit du Cotrimoxazole, antibiotique de prophylaxie, en plus de traitement antirétroviral ATRIPLA.

la pesée du bébé au moment de la vaccination. Selon elle, Patricia l'a évitée : « *Elle m'a vue, elle sait que si je la vois, je vais me plaindre d'elle* ». Elle ajoute : « *Elle est venue, on l'a grondée pourquoi elle accouche à la maison ?* ». A partir de ce moment-là, elle lui a donné un RV le lendemain qu'elle a honoré. L'agent de santé a constaté qu'elle ne prenait plus ses traitements depuis deux mois. C'est pourquoi, elle l'a amenée au CMA. « *Le jour où je l'ai amenée là ça n'a pas été facile pour qu'elle gagne ses ARV... [...] Oui c'est inadmissible !* » A chaque retrait de traitement au CMA, une nouvelle ordonnance est prescrite pour retirer les ARV la fois suivante. Mais comme Patricia n'est pas venue, l'agent de santé n'est pas allée retirer les traitements. L'ordonnance est donc restée en suspens : « *y'a son nom, son numéro, comme elle ne venait pas, elle a fait deux mois et demi sans prendre ses ARV. Quand on est arrivé là-bas, l'ordinateur a montré ça...* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, CSPS, 14.02.2017).

Elle raconte que le jour où elle a amené Patricia, les agents de santé du CMA n'étaient pas d'accord entre eux. L'un voulait arrêter le traitement tandis que l'autre voulait poursuivre. Elle ajoute que ce jour-là ils ont échangé entre eux, « *comme elle ne veut pas se soigner, on ne va pas lui donner. Mais on s'amusait avec elle pour l'amener à comprendre sa maladie et accepter le traitement* ». Selon l'agent de santé, « *On a tout résolu, je ne prends plus ses ARV* ». Et elle ajoute « *Je suis découragée d'elle* » tout en reconnaissant qu'il y a un « *problème de nourriture* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, CSPS, 14.02.2017).

Le parcours de Patricia soulève plusieurs points concernant le dispositif de la PTME. Celle-ci a en effet été mise sous traitement antirétroviral sans délai. Or, la crainte de la stigmatisation est également un aspect important chez cette femme, au point que cela l'a empêchée de renouveler son traitement quand elle était en famille, au village. Elle ne voulait pas éveiller de soupçon. De plus, cette femme vit au quotidien une situation extrêmement précaire qui l'empêche d'avoir un bon suivi VIH, c'est-à-dire prendre sans interruption ses traitements anti rétroviraux et réaliser ses examens biologiques pendant et après sa grossesse. Ainsi, les consultations pré test et post test de dépistage se sont montrées insuffisantes pour permettre à Patricia à la fois de surmonter le choc de l'annonce et comprendre toutes les implications de l'infection à VIH pour sa santé et celle de son bébé. L'attitude de l'agent de santé dans cette situation montre la difficulté de réaliser un véritable accompagnement des femmes enceintes séropositives au sein du CSPS, en particulier lorsque celles-ci rencontrent des difficultés d'observance du traitement. Or en référant Patricia, l'agent de santé privilégie la gestion de la PTME par rapport à l'accompagnement de sa patiente. De plus, elle transfère la responsabilité de l'échec de la PTME sur Patricia, sans tenir compte du contexte socio-économique dans lequel elle évolue.

2. Accompagner, surveiller ou blâmer ?

Le dispositif de PTME est constitué du dépistage mais également du suivi VIH de la mère pendant et après la grossesse. Ce suivi qui comprend des consultations médicales repose sur la prise régulière de traitements antirétroviraux et la réalisation d'examens biologiques. Ce suivi vise la bonne réalisation de la PTME qui permettra au bébé de ne pas être infecté. Il permet également de veiller à ce que les femmes séropositives restent en bonne santé. Or, sur le terrain, le suivi peut conduire à des pratiques de coercition à l'encontre des femmes de la part des professionnels de santé.

2.1 Un suivi VIH sous pression

A Bobo-Dioulasso, il existe désormais une diversité de lieux qui réalisent le suivi des patients, comme les CSPS (en lien avec le CMA de référence), l'hôpital de jour, les deux CMA de la ville et les cliniques des organisations à base communautaire. Dans le cadre de ce suivi, les femmes séropositives sont amenées à effectuer régulièrement des examens biologiques. Elles se rendent en général dans les structures sanitaires où elles ont été enregistrées dans la base de données spécifiques des patients séropositifs bénéficiant du traitement antirétroviral⁴⁴⁸. Elles peuvent également s'adresser au laboratoire d'analyses médicales du CHU et dans les laboratoires privés où les prix sont plus élevés.

La réduction des financements de la prise en charge des PvVIH au Burkina Faso, pose pour certaines femmes le problème de l'accès à ces examens biologiques. Ainsi, dans certains lieux, ces examens étaient auparavant gratuits. L'hôpital de jour pratique toujours cette gratuité en 2016 avec les PvVIH suivies par son service. En revanche, le laboratoire d'analyses médicales du CHU ne pratique plus l'exonération totale pour les PvVIH depuis quelques années, mais applique à présent, le demi-tarif sur les examens des PvVIH. De même d'autres structures (notamment associatives) n'assurent plus la gratuité, ou pour un nombre limité de PvVIH⁴⁴⁹, et peuvent orienter leurs patients vers le CMA le plus proche de leur lieu de résidence. Dans les CMA, les PvVIH enrôlées dans la file active paient des forfaits, allant de 3000 FCFA jusqu'à 5000 FCFA pour des examens plus complets. Les examens peuvent être également payés à l'unité. Ils se révèlent être plus chers pour les PvVIH qui ne sont pas enregistrés dans la file active du centre de santé où sont réalisés les examens⁴⁵⁰. Parmi les examens demandés dans le suivi des

⁴⁴⁸ On parle plus communément dans le domaine de la santé, d'enrôlement dans une file active.

⁴⁴⁹ Dans le cas d'une structure sur Bobo-Dioulasso, les financeurs internationaux ont fixé un montant global dévolu aux femmes pour leurs examens mais il ne suffit pas pour couvrir les besoins de toutes les femmes suivies par la structure. Quand ce montant est dépassé, les femmes doivent se rendre dans une autre structure pour réaliser leurs examens qu'elles paient dans ce cas.

⁴⁵⁰ Ainsi, sans forfait, les examens peuvent atteindre jusqu'à 10 500 FCFA (sans la charge virale).

PvVIH, la charge virale n'est réalisée qu'à l'hôpital de jour (gratuitement), au centre médical de Muraz (17 500 FCFA⁴⁵¹) et dans un laboratoire privé (57 000 FCFA). Le dosage des CD4 est réalisé gratuitement dans les CMA, à l'hôpital de jour, au centre médical de Muraz et dans certaines structures associatives mais la plupart sont dans l'impossibilité de les réaliser faute de réactifs⁴⁵².

Dans le cadre du dispositif de la PTME (puis de leur suivi VIH), les femmes séropositives enceintes ou qui allaitent sont tenues de réaliser des examens biologiques. Le premier bilan peut être réalisé après le commencement de la prise du traitement avec la nouvelle option B+, puis un deuxième examen est réalisé un mois après le début du traitement antirétroviral, puis 3 mois après et enfin chaque 6 mois. Certaines femmes rencontrées au cours de l'enquête de terrain se retrouvent dans l'incapacité de réaliser ces examens pendant leur grossesse ou lors de l'allaitement faute de ressources économiques suffisantes. Ces examens représentent en effet une dépense importante pour les femmes dans la mesure où elles doivent à la fois payer les examens et le transport pour se rendre au centre de santé. De même, dans ce contexte de réduction des financements, les femmes qui avaient connu la gratuité des examens éprouvent des difficultés à les financer et sont contraintes de se rendre dans d'autres structures sanitaires, où elles ne bénéficient pas des forfaits puisqu'elles ne sont pas enregistrées. De plus, les résultats des examens peuvent être retirés le jour même, mais la consultation pour suivi VIH avec le médecin ou l'infirmier a lieu un autre jour, ce qui génère des contraintes économiques⁴⁵³ et des aménagements importants pour les femmes, en particulier les femmes pauvres. Comme c'est le cas pour Kadija, 28 ans, qui a développé une stratégie (que nous allons décrire) pour limiter les frais qu'engendre la réalisation de son suivi VIH dont font partie les examens biologiques.

Au moment où nous rencontrons Kadija, elle allaite son tout jeune bébé⁴⁵⁴.

Pour faire ses examens biologiques, Kadija part au CMA la veille avec ses deux enfants dont le bébé. Le CMA est situé très loin, à l'opposé de son lieu de résidence. Elle doit traverser toute la ville. Elle se rend là-bas en taxi, ce qui lui coûte 1000 FCFA aller 1000 FCFA retour⁴⁵⁵. Elle procède ainsi pour y être très tôt et figurer parmi les premiers pour être prélevée⁴⁵⁶. Les prélèvements s'arrêtent en effet à 11h. Elle ne voit pas le docteur le jour-même parce que les

⁴⁵¹ Le montant pouvait être acquitté par les structures associatives qui suivent des PvVIH mais les financements ne sont plus assurés.

⁴⁵² L'un des CMA est en rupture depuis 6 mois au moment du recueil des données (en février 2017)

⁴⁵³ Comme nous l'avons vu précédemment pour Patricia, cette journée de soins équivaut à une perte d'une journée de travail, c'est-à-dire sans revenu pour assurer la nourriture du foyer ce jour-là.

⁴⁵⁴ Stigmatisée par sa co-épouse, Kadija, 28 ans, s'est retirée et vit seule dans un *non loti* avec ses enfants, dont le dernier est âgé de 4 mois lors de notre première rencontre.

⁴⁵⁵ Journalière, elle peut gagner entre 750 et 1000 FCFA la journée quand elle trouve un poste. Au cours de l'enquête de terrain, nous apprendrons que son mari la dépose parfois en moto.

⁴⁵⁶ Au CMA, le laboratoire est ouvert à toutes les personnes ayant besoin d'effectuer des examens médicaux, il n'est pas réservé à la seule file active des PvVIH.

examens vont souvent sortir « il est 12h passé » et les médecins sont déjà partis. Elle est obligée de dormir une seconde nuit sur place et attendre ainsi le lendemain pour avoir sa consultation chez le médecin. Il y a deux lieux de consultation : celui des infirmiers et celui des médecins. « Pour avoir les médecins, ce n'est pas facile, il y a trop de monde ». Il prend 15 personnes. Une liste est établie très tôt le matin. Souvent elle dort à côté du gardien, ou bien il lui ouvre la pièce où les prélèvements sanguins sont réalisés. Pendant ces deux jours, elle sort juste de la formation sanitaire pour acheter à manger. Elle dit que pendant ces deux jours, elle ne se lave pas. Elle amène juste quelques pagnes avec elle. Elle dit qu'elle n'est pas la seule à faire cela. Il y a tous ceux qui quittent en brousse ou qui veulent « rester confidentiel » et ne pas partir chez un parent en ville. Elle a refusé d'être transférée dans d'autres structures sanitaires parce que celles qui étaient proposées « c'est très loin aussi » alors qu'elle connaît les médecins, les infirmiers et les conseillères psychosociales du CMA où elle est suivie « Elle est habituée, elle [y] gagne vite ses traitements ». Elle part là-bas tous les 3 mois pour chercher son traitement. Tous les 6 mois, elle doit faire un bilan⁴⁵⁷ (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 15.05.2015).

Au cours de l'enquête de terrain, les femmes séropositives enceintes ou qui allaitent sont souvent confrontées aux difficultés pour payer leurs examens biologiques. Cette situation génère de l'inquiétude chez ces femmes pour leur santé et celle de leur enfant. A cette tension s'ajoute la pression qu'exercent certains professionnels de santé sur ces femmes pour qu'elles réalisent les examens comme a pu le vivre Adissa, 41 ans, qui allaite son enfant :

« Leur façon de travailler n'est pas bonne. [...] Je suis allée les supplier de me donner les médicaments. Ils m'ont dit que je dois faire un examen de sang chaque six mois. Je leur ai dit que je suis au courant de cela. Qu'avant le décès de mon mari, j'ai fait mon examen de sang. Mon mari aussi avait fait son examen de sang avant son décès. Donc l'argent que j'avais, tout est fini. Je les ai suppliés de me donner les médicaments en leur disant qu'après, je vais faire mon examen de sang. Le monsieur a refusé. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, à son domicile, 21.07.2016)

Adissa a finalement utilisé l'argent qu'elle avait reçu d'une association de PvVIH dont elle est membre et qui était destinée à la mise en place d'une Activité Génératrice de Revenus pour payer ses examens biologiques et recevoir son traitement antirétroviral.

Sandrine, 31 ans, a vécu la même situation. Elle vit dans un *non loti* avec son mari séropositif et ses enfants (dont un bébé qu'elle allaite). La maladie et la précarité (difficulté à subvenir aux besoins de base comme la nourriture) les a beaucoup affaiblis tous les deux. Ils vivent de travaux journaliers, quand leur santé leur permet

⁴⁵⁷ En plus de ses rendez-vous médicaux, elle doit également se présenter à ceux du bébé (tous les 3 mois au service de pédiatrie du CHU de Bobo dans le cadre de la PTME). Pour ses rendez-vous, elle se fait aider par les conseillères psychosociales de l'association de PvVIH dont elle est membre. (Extrait carnet de terrain, à domicile, Bobo-Dioulasso, 04.11.2015). A la fin de l'enquête de terrain, Kadija nous apprendra qu'elle a pu s'organiser avec l'infirmier pour avoir une consultation dans la même journée que ses prélèvements (Extrait carnet de terrain, à domicile, Bobo-Dioulasso, 09.03.2017).

de travailler, et, de vivres distribués par les organisations à base communautaires (ces distributions sont devenues rares). Le couple est suivi dans le cadre d'une association de PvVIH qui ne prend plus en charge les examens biologiques. Désormais Sandrine doit se rendre au CMA mais le prix du forfait représente une somme importante qu'elle a du mal à réunir. Sandrine raconte la pression qu'elle subit de la part des agents de santé de la structure associative qui n'est plus en mesure de lui assurer la gratuité des examens comme elle le faisait auparavant :

« Il n'y a pas un seul examen qui est gratuit. Dans ce mois je dois faire des examens. Je sais qu'on va me donner trois papiers pour aller enlever le sang. [...] Je ne peux pas faire un seul examen et laisser les autres. Si tu ne fais pas tous les examens, on ne te donne pas les médicaments. Il faut faire tous les examens. [...] Des fois si tu vois que tu n'as pas d'argent, dès que tes médicaments restent 5 comprimés, tu pars pour leur dire : « Vous m'avez donné les papiers mais je n'ai pas d'argent pour enlever mon sang. Mes médicaments sont finis ». Ils vont te gronder. Mais ils vont te dire : « nous ne vendons pas les médicaments. Nous te les donnons gratuits et tu n'arrives pas à faire les examens. Nous allons te donner pour ce mois mais le mois à venir, il faut tout faire pour aller enlever (prélever) ton sang ». Ils vont te dire de tout faire pour enlever ton sang sinon ils ne vont pas te donner les médicaments. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 30.11.2016)

Nicole, 37 ans, qui venait d'accoucher au début de l'enquête de terrain, vit la même pression. Elle réalise son suivi VIH dans une structure qui lui assurait également la gratuité des examens. Mais celle-ci s'est interrompue au cours de l'étude. Nicole est contrainte de les réaliser à ses frais mais elle n'y parvient pas : *« Ils (les professionnels de santé) vont me parler de choses que je ne veux pas entendre : « Ces simples examens, on te donne gratuits les ARV. On vous a donné les examens gratuits. Et maintenant on te demande les examens simples ». Tu ajoutes ta situation là-dessus, ça te donne envie de pleurer » (Entretien, Bobo-Dioulasso, non loti, à son domicile, 30.11.2016).*

Même si les professionnels ne mettent pas leur menace en application, cette approche que nous pouvons assimiler à un chantage sur les TARV, entraîne une véritable mise sous pression des femmes séropositives. En outre, elles se retrouvent face à un discours moralisant et culpabilisant de la part des professionnels de santé à leur égard. Les expériences rapportées par ces femmes montrent comment ceux-ci rejettent sur elles la responsabilité d'un dispositif sanitaire qui ne permet pas d'assurer aux femmes séropositives (en particulier celles qui sont enceintes ou qui allaitent) l'accès à un suivi complet dans le cadre de l'infection à VIH, en l'occurrence incluant les examens biologiques. De même, avec la disparition de la gratuité des examens biologiques dans certaines structures sanitaires, la responsabilité des femmes est mise en avant et non pas celle du système de santé.

Les mêmes pratiques sont rapportées par les femmes à propos de la prise des traitements antirétroviraux. Une conseillère psychosociale résume comment les professionnels de santé gèrent la prise du traitement : *« Si tu n'es pas régulier tous*

les 3 mois, on repasse à un mois. [...] Quand tu reviens avec ta boîte, il doit rester une semaine de traitement pour éviter les ruptures ». Elle ajoute : « *les médicaments, c'est ta vie* » (Extrait carnet de terrain, au siège de l'association, Bobo-Dioulasso, 27.07.2016). Cependant la prise du traitement peut s'avérer difficile, comme nous avons pu l'observer auprès de certaines femmes lors de notre enquête de terrain. Kadija, notamment, prend de manière irrégulière son traitement à cause des effets secondaires. Son traitement est en effet composé d'un comprimé de Stocrin qu'elle doit prendre avant de se coucher. Elle dit avoir des problèmes avec ce médicament et décrit les effets qu'il provoque sur elle : « *Ça abat, ça donne des vertiges* ». Elle fait des cauchemars, et ne dort pas bien, ce qui la fatigue après pour aller travailler le lendemain. Elle ajoute qu'elle a l'habitude de l'oublier. Elle dit qu'elle « *souffre trop avec ce produit* ». Kadija affirme n'avoir jamais parlé de ces effets aux agents de santé qui s'occupent de son suivi « *parce qu'ils grondent fort* ». Elle rapporte leurs propos : « *Ils disent que quand eux nous aident, nous-mêmes nous n'arrivons pas à nous aider* ». Elle décrit comment ces agents réagissent différemment selon que les femmes sont observantes ou non « *Quand tu prends bien tes produits, même bruit des mouches tu n'entends pas. Mais si tu rates un comprimé, tout ce que tu ne veux pas entendre, tu vas l'entendre. Ils commencent à gronder* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 09.03.2017).

Afin d'éviter les remontrances des agents de santé, certaines femmes adoptent des stratégies pour dissimuler le fait qu'elles n'ont pas été observantes. Nicole qui est également conseillère psychosociale rapporte que « *les gens ont tellement de problèmes qu'ils oublient leurs produits* ». Elle se prend elle-même en exemple. Parfois elle double la prise, parfois elle oublie. Elle raconte que souvent elles parlent de ça entre elles (femmes séropositives). « *Pour aller chercher ton produit, tu essaies de compter, tu enlèves ça tu jettes ou tu enlèves ça cacher quelque part [...] parce que s'il en manque on commence à te gronder. Au début on te gronde comme un enfant. Essayez de comprendre la situation de la personne* ». Elle ajoute : « *Les « analphabètes » sont désavantagées par rapport à nous qui savons comment compter les médicaments qui doivent rester dans le flacon quand notre rendez-vous arrive* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, *non loti*, à son domicile, 14.10.2016).

Ainsi, non seulement les femmes sont culpabilisées et se voient endosser la responsabilité d'un dispositif qui dysfonctionne mais elles ne trouvent pas non plus les conditions favorables dans les structures de santé pour partager les difficultés qu'elles rencontrent par rapport à l'infection dont elles sont atteintes, ce qui est doublement préjudiciable pour leur santé et celle de leur bébé.

2.2 (Dé)pister les femmes comme stratégie ?

Comme nous avons pu le voir pour la situation de Lucie, le suivi des femmes séropositives et la référence vers un centre de santé d'échelon supérieur posent des problèmes pour les professionnels de santé. C'est pourquoi ces situations

donnent lieu à des stratégies de leur part qui ont pour point commun d'apposer des signes de reconnaissance sur la première page du carnet de santé des femmes quand elles sont dépistées séropositives lors de la CPN. Cette stratégie permet d'informer de son statut, (à l'insu de la patiente) les agents de santé qui pratiqueront l'accouchement. Ces stratégies sont appliquées dans certaines structures sanitaires, en milieu urbain comme rural. Ainsi par exemple, dans un centre de santé, sur la première page du carnet de santé, l'agent de santé peut noter « SRV fait », cela signifie « qu'il n'y a rien », ou bien « SRV fait ok », ce qui veut dire que la femme a été dépistée séropositive au VIH. De même une jeune femme séropositive rencontrée alors qu'elle avait accouché récemment nous montre la première page de son carnet de santé sur laquelle est notée « PTME » ainsi qu'un numéro de référence (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, au siège de l'association de PvVIH, 04.03.2017).

Cette pratique n'est pas nouvelle puisqu'un médecin qui a travaillé dans les projets pilotes de PTME (au temps des programmes DITRAME et Kesho Bora)⁴⁵⁸, rappelle comment ils en sont venus à apposer une « marque » dans les carnets de santé. Il raconte qu'à l'époque, l'idée était d'« *intégrer le VIH dans le quotidien des gens* ». Mais les équipes se trouvaient confrontées à des difficultés au cours de la PTME. Parfois « *les femmes enceintes dépistées dans un CSPS ne se rendaient pas dans le même pour accoucher* » ou encore « *elles ne parlaient pas aux professionnels de santé de leur statut le jour de l'accouchement* ». Dans ces deux cas le protocole de PTME pendant l'accouchement n'était pas effectué. C'est pourquoi ajoute-t-il, pour remédier à ce problème, l'idée avait été émise de « *faire une marque dans les carnets de santé* ». Selon lui, cette pratique a été ébruitée et jugée stigmatisante, et l'expérience n'a pas été maintenue (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 23.03.2015).

L'apposition d'une marque dans le carnet de santé des femmes enceintes séropositives est connue par certains professionnels aux urgences obstétricales du CHU de Bobo-Dioulasso. Néanmoins, selon l'une des responsables des équipes soignantes du service de la maternité, les femmes enceintes séropositives qui arrivent aux urgences informent de leur statut l'agent de santé si l'interrogatoire est mené sans⁴⁵⁹ la présence d'une tierce personne. Elle assure que l'agent de santé fera ensuite le nécessaire. Le service dispose en effet de la Névirapine gardée au réfrigérateur. D'après elle, les femmes parlent parce qu'elles connaissent l'avantage pour leur bébé de parler de leur séropositivité. Elle ajoute cependant que si la femme est séropositive au VIH, le code qui apparaît sur le bulletin de la prise de sang qui vient confirmer le résultat du test de dépistage est souvent apposé sur la

⁴⁵⁸ Nous avons abordé ces programmes dans la deuxième partie de ce travail.

⁴⁵⁹ C'est nous qui soulignons parce que d'après nos observations, il n'est pas aussi évident que les femmes qui viennent accoucher se retrouvent seules avec un agent de santé. Le box des urgences est un lieu de passage permanent et les deux box ne possèdent pas de séparation en dur.

première page du carnet de santé (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, Maternité, 17.10.2016).

Pour un médecin en formation (interne) qui s'occupe du box des urgences, connaître la sérologie des femmes n'est pas leur préoccupation quand elles arrivent aux urgences. Il affirme que c'est possible de se référer au carnet si la femme ne le mentionne pas (il n'a jamais eu de cas où des femmes ont parlé spontanément de leur situation). Lorsque la femme est examinée dans le box, il consigne en effet « *l'histoire de la grossesse* » dans le dossier médical de la patiente en reprenant le carnet de santé de la patiente. Il s'agit alors de noter le nombre de CPN, et ce qui est pertinent et normal dans l'itinéraire de sa grossesse. Mais, il souligne que « *sincèrement on ne s'arrête pas vraiment en détails sur les examens* », juste à savoir « *s'ils ont été faits ou non* ». Il ajoute que le test VIH est souvent marqué sous la dénomination SRV, et parfois il est marqué « *ok* », mais dans les deux cas il dit qu'il ne sait pas si cela signifie que le test a été réalisé ou non. En revanche, il me montre des carnets où il est clairement écrit « *fait* » signifiant que le test a été réalisé, mais il ne peut pas savoir si cette femme est séropositive ou non. Il montre d'autres carnets où certains CSPS ont instauré un code en première page, notamment le n° de registre de la PTME qui permet de retrouver la femme dans le registre et connaître son statut. « *Logiquement* » selon lui, « *chaque femme qui passe par les urgences devrait être vue par rapport à cette question, mais ce n'est pas fait* » (Extrait carnet de terrain, Maternité, Bobo-Dioulasso, 12.10.2016).

Le problème se pose également entre le service de la maternité et celui de la néonatalogie. Selon l'un des responsables de cette unité pour nouveau-nés, il est nécessaire de connaître le statut de la mère parce que dans le cas où elle est séropositive, les agents de santé doivent administrer le sirop de névirapine au bébé. Il précise que l'idée d'apposer un code a été évoquée mais cela a été « *vite dévoilé* », et cela comportait « *un risque avec le secret professionnel* ». Il ajoute que la femme dans les premiers contacts peut ne pas parler de la maladie, de peur d'être stigmatisée, d'autant plus que « *parfois l'accompagnante ne sait pas* » (Entretien, Bobo-Dioulasso, dans son bureau, 26.07.2016).

Ce suivi à l'insu de la patiente peut engendrer des situations risquées pour les femmes. Lors d'un atelier sur la PTME et plus particulièrement sur l'option B+, le cas d'une patiente, exposé par un médecin exerçant dans un CMA (dans la région de Bobo-Dioulasso), illustre les conséquences que peut provoquer ce marquage dans la pratique médicale mais aussi pour la femme en question.

Le médecin relate la situation dans laquelle elle s'est retrouvée prise. Dans la région où elle exerce, les agents de santé ont aussi adopté un code pour informer du statut de la patiente :

« *Oui, il y a un code. Habituellement, depuis que je suis au district, j'ai vu qu'ils mettent en rouge. Quand c'est positif, c'est écrit en rouge. Quand c'est négatif, c'est en bleu.* »

Cette patiente est allée faire sa CPN dans un CSPS où le résultat du test de dépistage du VIH s'est révélé positif. Mais elle s'est ensuite rendue dans une structure sanitaire privée en ville où il lui a été remis un autre carnet de santé⁴⁶⁰ sur lequel il était mentionné que le test de dépistage du VIH était négatif. Malgré ce nouveau carnet de santé, elle a été reconnue par les agents de santé quand elle est venue accoucher. Ceux-ci l'ont alors référée au CMA avec une mention apposée dans son carnet. Le médecin qui a géré la référence relate cette histoire et les difficultés qu'il a rencontrées :

« Il s'agissait d'une patiente qui était à terme et qu'on a référée d'un de nos CSPS pour venir accoucher au district. Donc, on a cherché à comprendre. On a appelé l'IPC (infirmier chef de poste), il nous a expliqué qu'à la première consultation de la dame, ils ont fait le test qui s'est révélé positif. Elle a catégoriquement refusé (le résultat). Donc elle a quitté, elle est venue à Bobo dans une clinique de la place où on lui a établi un autre carnet. Le premier carnet avait disparu. On n'a plus vu ça. Elle est revenue avec un autre carnet où figurait le nom de la clinique. Maintenant sur le carnet de la clinique, on voit que la SRV est négative. Donc quand elle était à terme, elle est repartie au CSPS pour accoucher. Arrivée là-bas on l'a reconnue. Donc, eux, ils ont mis en rouge "SRV suspects" et ils nous l'ont référée. Il se trouve que le jour où elle est venue, tous les ICP étaient là. Donc on a approché l'ICP pour comprendre réellement le problème. Et lui, il nous a dit qu'ils ont fait le test qui s'est révélé positif. Là, ils lui ont annoncé la nouvelle, elle a nié, elle a refusé. Donc depuis ce jour, elle avait disparu complètement. Ils l'ont revue juste au moment de l'accouchement. Donc ils ont décidé qu'ils ne peuvent pas prendre en charge et ils nous l'ont référée. Donc, nous, on a essayé de revoir la dame, faire un counselling pour pouvoir refaire un autre test au lit du malade pour voir réellement. Elle a toujours nié, qu'elle est séronégative. Donc on a essayé de la convaincre tout et tout. Finalement elle a accepté. Quand elle a accouché, puisqu'elle a accepté de faire le test et ça s'est révélé positif. Donc, on voulait la mettre sous traitement et puis mettre l'enfant sous le traitement, elle a refusé. Elle a accouché vers 11h. C'est pratiquement vers les 16h, puisque ses accompagnants n'étaient pas au courant, ils ne savaient pas ce qui se passaient. Ils nous voyaient faire des allers-retours auprès de la patiente mais ils ne comprenaient pas. On a essayé de la convaincre. Finalement, on a informé une de ses accompagnantes. Avec elle, on a essayé de la convaincre et elle a accepté. Puisqu'on lui a demandé : « si elle ne veut pas de traitement, ce n'est pas un problème. Mais qu'elle pense à son enfant et qu'elle accepte qu'on mette l'enfant sous traitement. Au moins que l'enfant ait la vie sauve dans ça ». On a essayé parlementer. A un moment donné, on a informé le MCD (Médecin Chef de District). On a continué à parlementer, négocier. Et finalement, elle a accepté. On a mis l'enfant sous traitement. Et actuellement, je pense qu'elle-même, elle est sous traitement. Je pense qu'elle est sous traitement. Elle a rejoint son village. »

Selon le médecin, avec les agents de santé présents, ils ont privilégié la santé du bébé comme l'illustrent ses propos :

⁴⁶⁰ Les structures sanitaires privées délivrent leur propre carnet de santé.

« Donc quand moi, j'ai été informée, elle était à dilatation complète sur la table. Donc elle a accouché. On a essayé de lui expliquer : « si elle veut sauver la vie de son enfant, pour que l'enfant sorte indemne de ce problème, qu'elle accepte qu'on mette l'enfant sous traitement ». D'abord qu'elle accepte qu'on lui fasse le test pour vérifier si vraiment elle est négative. Puisqu'elle affirmait qu'elle était négative. Qu'elle accepte d'abord qu'on fasse le test. C'est quand elle a accouché, finalement je crois qu'elle a accepté qu'on fasse le test et ça s'est révélé positif. C'est là que les discussions ont commencé pour qu'on puisse mettre l'enfant sous le traitement. Ça n'a pas été facile parce qu'elle ne voulait rien entendre. [...] C'était l'enfant qui nous préoccupait. Pratiquement pour nous, les sages-femmes avec qui j'étais, c'était l'enfant. Parce qu'on a dit que si elle ne veut pas, qu'elle accepte qu'on mette l'enfant sous traitement. Pour éviter que l'enfant ne soit séropositif. »

Les professionnels de santé se sont ainsi retrouvés à mettre en balance la santé de l'enfant et la situation sociale et familiale de la femme. D'après le récit du médecin, la jeune femme n'avait pas accepté son statut et ne voulait pas que son entourage soit informé :

« En fait, elle ne voulait pas accepter sa sérologie et surtout l'entourage. Elle ne voulait pas que l'entourage le sache. Puisque, on a compris que son mari n'était pas là. Donc elle a commencé ses pesées en l'absence de son mari et elle a fait le test. C'est positif. Donc, elle ne voulait même pas que sa famille, le mari, personne ne sache. »

Le médecin précise le profil de la jeune femme :

« C'était une femme qui vivait en milieu rural mais [...] elle était lettrée. Elle était un peu lettrée. [...] Ce n'était pas une villageoise pure qu'on rencontre en district [...] C'était sa première grossesse. Elle était jeune. A la voir, c'était quelqu'un de jeune. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, atelier PTME, Maison des Associations de Lutte contre le VIH/sida et de la Promotion de la Santé, 17.03.2016)

L'histoire de cette jeune femme séropositive est emblématique des carences dans le dispositif de PTME au niveau de la formation des agents de santé dans le conseil autour du dépistage et du suivi de la femme enceinte séropositive, et plus généralement des ressources qui sont mises à leur disposition pour réaliser ce suivi. Ceci conduit certains professionnels de santé à développer des stratégies pour communiquer entre eux, sans en informer la patiente, où l'objectif visé est de ne pas rater la PTME au niveau de l'accouchement. Ces pratiques qui s'apparentent à une manière de pister les patientes séropositives sont contraires à l'éthique de confidentialité dans la profession médicale et soignante et représentent une forme de violence pour ces femmes. En outre, le cas exposé par ce médecin montre que cette pratique peut conduire à des situations violentes et qu'elle ne résout pas la question de la stigmatisation, ni la peur de la stigmatisation qui persistent. Le dispositif de PTME nécessite un accompagnement personnalisé que les agents de

santé ne sont pas en mesure de fournir faute de moyens (économiques, humains) et pallient en développant des stratégies au détriment des femmes⁴⁶¹.

3. Un nouveau dispositif de PTME au détriment de la santé des femmes ?

Désormais avec le processus d'intégration et de décentralisation, les femmes enceintes ont accès au dépistage du VIH dans toutes les structures sanitaires de premier échelon et peuvent bénéficier de la nouvelle stratégie, l'option B+, adoptée au Burkina Faso en janvier 2015. Celle-ci combine deux stratégies pour les femmes séropositives (WHO 2013b). Elle vise à éviter la transmission interindividuelle du VIH, de la mère à l'enfant et sexuelle, et à traiter les femmes séropositives qui le nécessitent. Cette option consiste à proposer le dépistage du VIH systématiquement aux femmes enceintes qui se présentent en consultation prénatale. Les femmes ayant été dépistées séropositives sont mises sous traitement sans délai et à vie pendant qu'un traitement prophylactique est donné au nourrisson. Cette nouvelle option implique des changements dans le suivi des femmes enceintes séropositives. Ce nouveau dispositif permet un accès au traitement décentralisé, donc plus facile pour les femmes enceintes séropositives. De même la mise sous traitement antirétroviral sans délai évite aux femmes d'attendre les résultats des examens biologiques avant d'initier le traitement. Elles bénéficient ainsi plus rapidement de l'effet prophylactique et curatif (si besoin) de celui-ci. Le coût engendré par ces examens ne constitue plus un frein notamment pour les femmes en situation de précarité socio-économique. Néanmoins, malgré ces avantages, des acteurs impliqués dans la prise en charge des PvVIH, professionnels de santé et membres d'organisations à base communautaire, émettent des inquiétudes. Celles-ci sous-tendent l'idée d'un délitement du dispositif de la PTME à Bobo-Dioulasso au détriment de la santé des femmes.

3.1 La santé des femmes séropositives menacée par le nouveau dispositif ?

« *Le sida, ce n'est pas simplement distribuer des comprimés* » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, 01.04.2017). Ces propos tenus par un médecin infectiologue burkinabè qui a participé à la mise en place du dispositif de prise en

⁴⁶¹ Suite à un cadre de concertation entre les professionnels de santé et les Organisations à Base Communautaire, deux ateliers ont été organisés conjointement par la Direction Régionale de Santé des Hauts-Bassins et une Organisation à Base Communautaire qui travaille particulièrement sur la PTME. Les deux s'adressaient aux agents de santé avec la participation des conseillères psychosociales. L'un portait sur l'option B+ et s'est déroulé les 17 et 18.03.2016, le second sur le Conseil Dépistage Volontaire le 28.12.2016. Lors de ces ateliers, bien que les formations soient centrées sur l'acquisition de connaissances et de compétences, les problèmes récurrents du manque de ressources financières et humaines sont soulevés au cours des discussions. (Extraits carnet de terrain, ateliers, Bobo-Dioulasso, Maison des Associations de Lutte contre le VIH/sida et de la Promotion de la Santé, 17-18.03.2016 et 28.12.2016).

charge médicale et psychosociale des PvVIH à Bobo-Dioulasso reflètent les inquiétudes des professionnels de santé à propos du nouveau dispositif de PTME. La décentralisation au niveau des CSPS du suivi VIH des femmes séropositives pendant et après la grossesse, la mise sous ARV sans délai sont autant de points de simplification du protocole qui sont discutés notamment en rapport avec le risque d'échec thérapeutique chez les femmes séropositives.

Ainsi, un professionnel de santé référent des programmes de PTME au sein du Ministère de la Santé expose les difficultés d'application de ce nouveau dispositif de PTME, rencontrées sur le terrain. Elles se situent à deux niveaux. Le premier concerne la décentralisation de l'initiation du traitement antirétroviral et le suivi des patientes dans les CSPS. Le second est afférent à la prise du traitement à vie par les femmes séropositives. Il rapporte que les agents de santé (des CSPS) se plaignent parce qu'ils ne sont pas formés pour suivre des patients séropositifs. Il précise *« l'agent de santé a peur d'initier le traitement »*. Selon lui, *« ils ont besoin d'être accompagnés »*. Or, il explique que *« ce n'est pas possible de former tout le monde »* à cause de la réduction des financements. C'est pourquoi la Direction de la Santé et de la Famille a opté pour une *« formation de proximité »* c'est-à-dire que les personnels de santé sont soutenus par un médecin du CMA référent, formé dans le suivi VIH, et qui suit lui-même *« une cohorte »*. De plus, il souligne à propos de *« la femme séropositive »*, qu'*« elle-même abandonne le traitement après la naissance du bébé »*, une fois que celui-ci est né et bien portant. Il ajoute que très peu d'entre elles reviennent faire le dépistage du nourrisson à 18 mois, et même si elles le font, *« c'est mal documenté »*. Pour lui, *« il y a un risque majeur d'effet de résistance au virus »* (Entretien, Ouagadougou, 27.01.2016).

Au niveau d'une unité de suivi d'une file active à Bobo-Dioulasso, les professionnels de santé rencontrés (un médecin et un infirmier) considèrent que *« les femmes enceintes, c'est tout un problème »*. Ils soulignent que l'accompagnement, ce qu'ils appellent l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), n'est pas réalisé dans les CSPS. Ceci, selon eux, pose problème quand il s'agit de prendre un traitement à vie. Le médecin précise qu'*« il n'y a pas ça (d'ETP) au CSPS. C'est juste du counselling pré et post test »*. L'infirmier s'interroge à propos des agents de santé *« Même s'ils sont formés, est-ce qu'ils ont le temps de faire de l'ETP ? Est-ce que les conditions sont réunies sur place ? »*. Par ailleurs, le médecin expose les difficultés qu'il rencontre dans le suivi des femmes après la PTME, en particulier avec celles provenant des zones périphériques. Pour ces professionnels de santé, c'est à partir de ce moment-là (une fois la PTME terminée) que les femmes sont moins observantes et parfois ne viennent plus. De plus, l'infirmier décrit la prise en charge proposée au sein de leur unité. Les femmes enceintes qui ont été dépistées séropositives au VIH bénéficient d'une première séance d'ETP quand elles se présentent elles-mêmes pour retirer leur traitement antirétroviral. Puis elles reviennent pour en suivre deux autres. De même, des consultations d'observance

sont proposées aux patientes qui ne prennent pas correctement leur traitement. Pour lui, après la PTME, certaines femmes se présentent à leur unité et suivent les séances d'ETP. Mais ce n'est pas le cas de toutes les femmes. D'après lui, il y en a qui ne viennent jamais et ne profitent pas de ces séances. Il ajoute que celles qui ne reviennent pas après la PTME, se présentent souvent une fois qu'elles sont affaiblies ou quand elles sont de nouveau enceintes (Entretiens, Bobo-Dioulasso unité file active, 20 et 21.06.2016).

Un médecin qui suivait auparavant une file active à Bobo-Dioulasso évalue le nouveau dispositif de PTME au sein des CSPS. Selon ce professionnel de santé, le nouveau dispositif de PTME décentralisé au niveau des CSPS prive les patientes d'un véritable suivi qui prenne en compte les aspects biocliniques mais aussi sociaux de la maladie :

« Les consultations d'observance, c'est ça le problème. Je pense vraiment qu'ils devraient orienter toutes les patientes au district dans la file active. Et là quand c'est mis là-bas, les patientes sont suivies puisque maintenant c'est à vie. Le traitement, l'option B+, c'est à vie donc normalement je pense que tout doit être géré au district. La femme doit savoir que « j'y vais c'est pour ma santé » ... La stigmatisation... la peur d'être discriminé, tout ça... On doit vraiment, cette consultation-là, mettre la femme en confiance avant même qu'elle ne commence le traitement. C'est ce qui manque, ça fait qu'il y a des flottements à ce niveau-là. »

Selon elle, ce dispositif pose problème dans l'accompagnement des femmes séropositives ; celles-ci encourent des risques pour leur santé sur le long terme si elles ne sont pas soutenues. Elle situe d'une part, ces risques dans les cas d'« abandons » et d'« échecs » de la prise du traitement antirétroviral.

« Ça a quand même baissé, cette rigueur de consultation, d'observance, d'éducation thérapeutique avant la mise sous traitement. Tous ces aspects je pense qu'il y a quand même, on baisse un peu. On n'en tient pas trop compte, ça fait que je trouve qu'à la longue on aura trop d'échecs, trop d'abandons, trop d'échecs dans la prise en charge. »

D'autre part, pour ce médecin, le manque de suivi bioclinique, en particulier à travers les examens biologiques réguliers ne permet pas d'évaluer les éventuels effets iatrogènes des ARV sur les femmes séropositives mises sous traitement :

« Mon inquiétude ce sont les examens biologiques des patientes en fait. Elles sont mises sous traitement pour toute la vie mais elles ne sont pas systématiquement référées vers les files actives pour le suivi normal. Elles prennent les ARV mais il n'y a pas le bilan à 6 mois pour voir s'il y a une toxicité, un retentissement sur l'organisme. Il n'y a pas ce bilan-là qui est fait. Également pour voir même s'il n'y a pas... ça marche bien, est-ce que les CD4 ça progresse, il n'y a pas de répercussion, ni de charge virale, là on n'en parle même pas. Parce que le minimum n'est pas fait. Les CD4 ne sont pas faits, la « créat » (créatinine) ni les transaminases ne sont réalisées donc les femmes sont sous traitement comme ça. Ça c'est le souci que j'ai eu quand j'ai fait le tour de certains CSPS dans la ville de Bobo. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 13.02.2017)

Lors d'un atelier de formation⁴⁶² sur l'option B+ organisé à Bobo-Dioulasso, une sage-femme, référente pour la PTME a connu l'ancien dispositif. Elle s'inquiète aussi de l'absence de bilan initial avant la mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes séropositives, comme l'illustrent ses propos :

« Puisqu'au niveau des bilans, les bilans ne sont pas gratuits. Donc, il faut que les femmes payent. Pour que les femmes payent, il faut l'argent. Alors que la plupart de nos femmes qu'on a, ce sont des femmes démunies. Donc il nous arrive de mettre les femmes sous trithérapie sans bilan. Si on n'a pas fait ce bilan et que la femme continue de prendre ces ARV, imaginez-vous qu'au bout de trois mois, on se retrouve avec une insuffisance rénale. L'insuffisance rénale, comment nous allons situer les responsabilités. L'insuffisance rénale existe avant la prise des ARV ou bien c'est la prise des ARV qui a entraîné l'insuffisance rénale. Donc il faut qu'on arrive à faire le bilan sanguin de la femme. Il faut dire le bilan médical de la dame avant la prise des ARV. Parce qu'on sait que ces ARV peuvent agir sur le foie, peuvent agir sur les reins. Et le fait qu'on paye pour faire ces bilans, c'est compliqué. [...] il y a les CD4, il y a la « créat » et puis il y a les transaminases pour le foie. Donc en règle générale, une femme avant d'être mise sous traitement, on a besoin de connaître son taux de CD4 pour voir l'organisme à quel niveau d'atteinte. On a besoin de connaître le bilan rénal pour voir si réellement si le rein fonctionne correctement, s'il n'y a pas de problème. On a besoin de voir l'état du foie, est-ce qu'au niveau du foie, il n'y a pas de problème. Si on a ce bilan-là, on peut commencer maintenant. Imaginez-vous par exemple qu'on ne fasse pas ça. On donne un produit. Au bout d'un mois, deux mois on se retrouve avec des problèmes. Cette femme, peut-être qu'on est en Afrique, on laisse tout à Dieu. En Europe, tu pars en prison. » (Entretien, atelier PTME, Bobo-Dioulasso, Maison des Associations de Lutte contre le VIH/sida et de la Promotion de la Santé, 17.03.2016)

De plus, lors d'un autre entretien, celle-ci précise *« Puisqu'on appartient à la file active, c'est lors des formations qu'on nous a dit que les ARV peuvent être hématotoxiques et néphrotoxiques. Donc vu ça, il faut qu'on puisse connaître l'état du foie et du rein avant le traitement »* (Entretien, CSPS, Bobo-Dioulasso, 25.03.2016).

Ces inquiétudes de la part des professionnels de santé sont également partagées par une responsable des organisations à base communautaire intervenant dans le domaine du VIH/sida.

« Il n'y a pas la qualité donc quand il n'y a pas la qualité il ne suffit pas d'avaler le produit il faut tout le traitement, tous les examens et puis une fois par trimestre. Ton bilan de foie par exemple... Après on va se retrouver avec des gens qui sont intoxiqués. Moi ça fait plus d'une année que je n'ai pas fait de bilan. Parce qu'il n'y en a pas. Quand je vais à l'hôpital du jour on me dit non les CD4 sont là pour les urgences. La qualité des soins a beaucoup baissé. Il faut

⁴⁶² Organisé conjointement par une Organisation à Base Communautaire et la Direction Régionale de la Santé des Hauts-Bassins à Bobo-Dioulasso, cet atelier s'est déroulé à Bobo-Dioulasso (extrait carnet de terrain, atelier, Bobo-Dioulasso, Maison des Associations de Lutte contre le VIH/sida et de la Promotion de la Santé, 17.03.2016)

dire que là aussi il n'y a pas de partenaire qui soutient ce programme. » (Entretien, Bobo-Dioulasso, 15.02.2016)

Ces inquiétudes ainsi rapportées se concentrent sur le manque d'accompagnement des femmes enceintes séropositives, non seulement dans l'initiation du traitement antirétroviral mais également dans la poursuite de la prise du médicament à vie. Ils mettent en exergue le paradoxe d'une situation où l'accès au traitement antirétroviral est facilité - il est non seulement gratuit mais disponible aussi dans les structures sanitaires de premier échelon - pendant que les consultations d'observation et les séances d'ETP ne sont pas systématisées, ni pratiquées dans les CSPS. De même les examens biologiques, dont le bilan initial, puis ceux qui font partie intégrante du suivi bioclinique, ne sont pas systématiquement réalisés. De plus contrairement aux ARV, ils sont payants. Or d'après certains auteurs, le suivi biologique de l'infection à VIH est un élément essentiel du suivi dans la mesure où il permet d'évaluer et contrôler les effets du traitement, c'est-à-dire s'il est efficace et bien toléré par le patient (Greder Belan, Chaplain, et Boussairi 2008). Car les traitements antirétroviraux ne sont pas des médicaments anodins. Ils ont, selon les classes thérapeutiques, des effets indésirables potentiels à court et long terme connus (Desclaux et Boye 2014). Selon Gagnon et Holmes, « *Ceux à court terme incluent généralement les toxicités gastrointestinales (p. ex. la diarrhée, la nausée, le vomissement et le ballonnement), les toxicités du système nerveux central (p. ex. rêves intenses, démarche déséquilibrée ou chancelante, étourdissements, somnolence, sensation de « gueule de bois », sensation de chute, sensation de vertige, difficulté à se concentrer), fatigue, anémie, réactions d'hypersensibilité et toxicité médicamenteuse au niveau de certains organes. Si ces effets peuvent s'estomper spontanément après plusieurs semaines ou plusieurs mois de traitement, ils peuvent aussi persister et avoir des effets à long terme sur les PVVIH. Ces effets à long terme incluent les troubles cardiovasculaires, hépatiques, rénaux, métaboliques, neurologiques et musculosquelettiques dont l'infarctus du myocarde, l'hépatotoxicité, le dysfonctionnement rénal, la dyslipidémie, la résistance à l'insuline, le diabète, la lipodystrophie, la neuropathie périphérique, les déficits cognitifs et la perte osseuse* ⁴⁶³ » (Gagnon et Holmes 2016 : 1). Ceux-ci peuvent non seulement influencer sur la prise du médicament mais également sur la santé même des femmes.

Par ailleurs, ces inquiétudes traduisent également chez ces acteurs impliqués depuis longtemps dans le suivi des PvVIH une baisse de la qualité dans le dispositif de PTME. Celui-ci était davantage basé sur un suivi bioclinique régulier et personnalisé, c'est-à-dire centré sur le patient. A présent, le dispositif repose sur une approche populationnelle qui peut être préjudiciable pour les femmes en fonction de leur situation mais aussi des conditions sanitaires où est appliqué le dispositif de PTME pendant la grossesse, puis l'accouchement. La question du

⁴⁶³ Ils s'appuient notamment sur l'étude de Hawkins (Hawkins 2010).

devenir des femmes séropositives une fois qu'elles ne sont plus dans le dispositif de PTME est également posée, à savoir, sont-elles suffisamment accompagnées pour continuer la prise du TARV et le suivi VIH ? Pour ces acteurs, celle-ci est soumise aux conditions de prise en charge initiales même si elles ne garantissent pas entièrement que les femmes poursuivront leur traitement. Ces conditions ne sont pas réunies dans les CSPS et cela laisse penser que dans la stratégie actuelle on ne les considère pas comme indispensables.

3.2 Evolution du dispositif de PTME au Burkina Faso

Les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida expriment leurs inquiétudes alors que le Burkina Faso connaît une faible prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans de 0,8% en 2015. Le Burkina Faso avait en effet connu ses premiers cas de Sida en 1986. Ce pays était considéré en 2001 comme l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest les plus touchés par l'épidémie avec une prévalence estimée à 9,8% et un demi-million de PvVIH (PNUD 2001). Actuellement, l'épidémie est désormais qualifiée de mixte car des foyers de forte prévalence subsistent dans les groupes dits à haut risque comme les travailleuses du sexe (CNLS Burkina Faso 2016a). L'ONUSIDA estime qu'au Burkina Faso, 110 000 adultes âgés de 15 ans et plus vivent avec le VIH en 2015 dont 57 000 sont des femmes (CNLS Burkina Faso 2016a). Chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans en milieu urbain, la prévalence a baissé de 2,6% à 1,8 % (CNLS Burkina Faso 2016b).

La société civile (Achilli et Hejoaka 2005) et la communauté médicale et scientifique⁴⁶⁴ ont été les premiers à réagir et ont conjugué leurs efforts afin de faire face à cette épidémie. Le dispositif PTME, en particulier, est né de programmes pilotes de recherche clinique, considérés comme des programmes verticaux parce que réalisés de manière autonome au sein de certaines structures de santé, permettant aux femmes enceintes de bénéficier du dépistage au VIH et de la PTME si elles étaient séropositives. Ces programmes expérimentaux ont fondé les bases de l'intégration de la PTME, en particulier le dépistage et les conseils pré et post test, dans le paquet minimum des activités des formations du premier échelon sanitaire entre 2006 et 2010 (Zongo 2012). La décentralisation a permis d'étendre le dispositif de la PTME, notamment l'accès au traitement antirétroviral, aux structures sanitaires périphériques (Zongo 2012 : 75). En outre, Achilli et Hejoaka insistent sur la « réponse sociale » qui a été apportée à l'épidémie. Cette réponse s'est à l'époque construite à partir de la mobilisation d'une partie de la société civile (Achilli et Hejoaka 2005 : 76). Selon ces auteures, les associations se sont même

⁴⁶⁴ Comme cela l'a été rappelé à Bobo-Dioulasso au cours des présentations lors du « Panel public sur les 30 ans de lutte contre le VIH/sida et les ITS » le 30.11.2016 organisé par le Centre Muraz, le Secrétariat Permanent du Conseil National de la Lutte contre le VIH et les IST (SP/CNLS), et la Maison des Associations de lutte contre le VIH, les IST et de promotion de la santé (Extrait carnet de terrain, Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, 30.11.2016).

substituées à l'Etat dans certains domaines, notamment la prise en charge des PvVIH (Achilli et Hejoaka 2005 : 79). A partir de 2006, des campagnes nationales de dépistage ont été mises en place. 750 000 tests de dépistage ont été réalisés auprès de la population jusqu'en 2013 (Desclaux et al. 2014). De plus, la gratuité des ARV bien que tardive et partielle, a été mise en place en 2010. La nouvelle stratégie basée sur l'option B+ ainsi que son intégration dans les structures sanitaires de premier échelon modifie les modalités de la prise en charge des femmes enceintes séropositives. A cela s'ajoute un contexte où les Partenaires Techniques et Financiers réduisent voire retirent leur financement.

Nous récapitulons et précisons ci-après les modalités de prise en charge des femmes enceintes dépistées séropositives au VIH pendant la consultation prénatale (au CSPS). Celles-ci étaient directement référées vers le CMA⁴⁶⁵ (dont dépend le CSPS) pour être « enrôlées » dans la file active et prises en charge (traitement antirétroviral, suivi clinique et biologique). Un bilan biologique initial était prescrit avant d'initier le traitement antirétroviral (en tant que traitement préventif et curatif si l'état de santé des femmes le nécessitait) afin de contrôler que celles-ci ne présentaient pas d'autres pathologies. Ce bilan comprenait le dosage des lymphocytes CD4 et la charge virale qui donnent des indications sur l'évolution de l'infection (puis sur l'efficacité du traitement antirétroviral), la numération formule sanguine (NFS) pour repérer les cas d'anémie, la glycémie pour détecter un éventuel diabète, la mesure de la créatinine et des transaminases pour voir s'il n'y a pas de problème rénal pour le premier, ni de problème hépatique pour le second. La mise en place du traitement s'accompagnait également de consultations d'observance (3 en général) dispensées par des professionnels de santé formés⁴⁶⁶. Ces consultations consistaient à expliquer aux patientes l'infection dont elles étaient atteintes, l'action des traitements, les modalités de la prise des médicaments, ainsi que le suivi clinique et biologique régulier. Un mois après l'initiation du traitement antirétroviral, un nouveau bilan était effectué puis un autre 3 mois plus tard afin de contrôler si le traitement était toléré, s'il était apparu des effets secondaires. Ensuite, les femmes étaient tenues de réaliser les examens biologiques tous les 6 mois. Ainsi ces bilans permettaient de contrôler les effets des traitements antirétroviraux, c'est-à-dire leur efficacité sur l'infection, mais également de vérifier qu'ils n'endommagent ni le foie, ni les reins, et ne provoquent pas d'anémie. Les femmes enceintes séropositives bénéficiaient pendant leur grossesse d'un double suivi médical qui comprenait la PTME et le suivi VIH qui se caractérisait par deux lieux distincts de prise en charge⁴⁶⁷. Une fois que les femmes avaient accouché, elles poursuivaient leur suivi, dans le cas de l'initiation d'un traitement antirétroviral à

⁴⁶⁵ Ou dans les autres structures sanitaires citées auparavant.

⁴⁶⁶ Ceux que nous avons rencontrés sur le terrain de l'enquête sont formés également à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

⁴⁶⁷ Parfois 3 lieux quand la femme fait suivre également sa grossesse dans une clinique privée.

visée curative, dans le centre de référence où elles étaient enregistrées. Par ailleurs, cette prise en charge était complétée par un suivi psychosocial réalisé par les Organisations à Base Communautaires. Celui-ci comprenait à Bobo-Dioulasso, l'intervention des conseillères psychosociales dans les structures sanitaires. Celles-ci effectuaient au cours des CPN le conseil avant et après le dépistage puis un accompagnement des femmes séropositives pendant la PTME. Un soutien alimentaire⁴⁶⁸ et économique était apporté auprès des femmes en situation de vulnérabilité. De même des groupes d'auto-support ont été créés pour soutenir les femmes séropositives face aux multiples aspects biocliniques et sociaux de la maladie. Ainsi, le dispositif de la PTME prenait en compte la situation globale des femmes et était davantage centré sur la patiente.

Hejoaka a désigné par « enclaves socio-sanitaires », « [l]es programmes d'accès aux traitements antirétroviraux - de par leur verticalisation et les moyens financiers, humains autant que techniques qu'ils mobilisent » (Hejoaka 2014b) que nous pouvons également appliquer pour le dispositif de PTME tel qu'il a été initié puis développé à Bobo-Dioulasso, dans le sens où cette configuration a permis d'apporter « des réponses conjoncturelles et contingentes à des problèmes d'ordre structurel, notamment liés au sous-développement économique et à la faiblesse des institutions étatiques (Hejoaka 2014a : 71).

A présent, le dispositif actuel de PTME, d'une part s'inscrit dans l'approche standardisée de la CPN au cours de laquelle comme nous avons pu l'entendre de la part des femmes, « *faire le test, c'est obligé* ». Le dépistage du VIH et les conseils pré et post test sont ainsi réalisés quasiment à la chaîne. Ce phénomène a tendance à s'accroître avec l'application récente de la politique de gratuité concernant le suivi et la prise en charge des femmes enceintes. D'autre part, le dispositif prévoit une mise sous traitement antirétroviral sans délai, c'est-à-dire que les femmes enceintes qui ont été dépistées séropositives au VIH pendant la consultation prénatale sont enrôlées dans la file active du CMA mais sont en général suivies au niveau du CSPS, et de ce fait ne bénéficient pas d'un bilan avant l'initiation du traitement, ni de consultations d'observance, ni d'Education Thérapeutique du Patient. Elles devraient pouvoir bénéficier de ces consultations au moment où elles doivent réaliser le suivi bioclinique (dont font partie les examens biologiques), si leurs moyens économiques le leur permettent. Les professionnels parlent d'un enrôlement administratif dans la mesure où la femme ne se présente pas automatiquement au service qui gère cette file active. C'est l'agent de santé du CSPS qui apporte la fiche de la patiente, effectue son enregistrement dans la file active, et récupère ses traitements. Ceux-ci sont disponibles au niveau de la pharmacie suite à cet enregistrement. Les infirmiers du service peuvent alors surveiller avec leur logiciel la bonne observance de la patiente, en se basant sur

⁴⁶⁸ L'aide alimentaire provenait du Programme Alimentaire Mondial dans le but d'assurer une alimentation suffisante et équilibrée recommandée aux PvVIH qui prennent les traitements antirétroviraux.

ses ordonnances, alerter les agents du CSPS si la prise du traitement apparaît irrégulière (sur le logiciel), et les conseillères psycho sociales pour retrouver les femmes qui ne prennent plus leur traitement et qui sont désignées sous le terme « perdues de vue »⁴⁶⁹.

En outre ce dispositif s'inscrit dans un contexte de réduction des financements de la lutte contre le VIH et un changement d'orientation des stratégies, comme l'affirme un professionnel de santé référent des programmes de PTME au sein du Ministère de la Santé :

« Ce sont les bailleurs de fonds qui décident des orientations stratégiques de lutte contre le VIH. Actuellement ils sont focalisés sur les minorités sexuelles : MSM, travailleuses du sexe c'est-à-dire sur un plan international sur les foyers potentiellement dangereux : les groupes spécifiques comme les usagers de drogues et les sites particuliers, les sites d'or. On oublie la population générale. Les femmes ne sont pas prioritaires, la PTME n'est plus une priorité » (Entretien, Ouagadougou, 27.01.2016)

Cette réorientation générale de la stratégie et des financements dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida est confirmée à l'occasion de « l'Atelier National de réflexion sur les enjeux de la prévention du VIH⁴⁷⁰ » organisé à Bobo-Dioulasso, les 12 et 13 novembre 2015. Le directeur pays de l'ONUSIDA au Burkina Faso déclare sa volonté de se focaliser sur l'adaptation au contexte de « rareté des ressources » et sur les « groupes clés qui maintiennent les foyers ». Il a ainsi exhorté la société civile présente lors de cet atelier à « *faire plus avec peu de moyens* », le sida n'étant plus une « *top priorité* ». L'un des représentants du Programme d'Appui du Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) a alors soulevé la problématique des financements axés principalement sur « *les « publics cibles »⁴⁷¹ [qui] ne sont pas aussi nombreux par rapport à la population générale* » (Extrait carnet de terrain, Bobo-Dioulasso, au siège du Comité régional de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, 12.11.2016).

Ce nouveau dispositif de PTME qui vise à terme l'élimination de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant repose sur une approche populationnelle, centrée sur une efficacité thérapeutique, c'est-à-dire sur la prise du médicament, sans prendre en compte les dysfonctionnements qui traversent le système de santé, comme le rappelle, à ce propos Gruénais :

⁴⁶⁹ D'après mes notes de terrain concernant mes observations dans un service de suivi d'une file active (Bobo-Dioulasso)

⁴⁷⁰ Cet atelier a été organisé par la Maison des Associations de lutte contre le VIH/sida et de promotion de la santé (Extrait carnet de terrain, au siège du Comité régional de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, Bobo-Dioulasso, 12.11.2016)

⁴⁷¹ Ils faisaient référence notamment aux programmes destinés à un groupe catégorisé « les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes » (Extrait carnet de terrain, au siège du Comité régional de lutte contre le VIH, le Sida et les IST, Bobo-Dioulasso, 12.11.2016).

« Intégrer la PTME dans les activités de routine des centres de santé, c'est aussi l'intégrer aux problèmes ordinaires bien connus des systèmes de santé locaux : ruptures de stocks, proposition effective d'une offre disponible, disponibilités et formation des personnels de santé, concurrence entre les programmes, référence/contre référence, inégalités d'accès aux soins, etc. Comme il est répété à l'envi depuis quelques temps, l'objectif d'éliminer un des modes de transmission de l'infection est atteignable puisqu'il a été atteint dans les pays du Nord, d'autant plus que les protocoles sont disponibles dans les pays du Sud et que certains pays du Sud (comme la Thaïlande) sont sur la voie de l'élimination. Mais les dysfonctionnements des systèmes de santé locaux repérables ici à partir de constats déjà faits depuis longtemps pour d'autres problèmes de santé, obèrent la réalisation à court terme de l'objectif d'élimination. » (Gruénais 2017 : 10)

Nous ajouterons que cet objectif qui s'accompagne dans le même temps d'une réduction des financements, est poursuivi dans une certaine mesure au détriment des femmes et de leur santé, en particulier les femmes pauvres. Celles-ci se retrouvent soumises à un dispositif qui met en place des pratiques de surveillance voire de coercition de la part des agents de santé responsables en première ligne de la bonne application du protocole de PTME. Ceux-ci peuvent en effet se trouver démunis face à la situation socio-économique des femmes et des conditions sanitaires dégradées. Nous assistons à un glissement des responsabilités où l'accent est mis sur les femmes et non pas sur les dysfonctionnements du système de santé et les changements d'orientations de politiques sanitaires en matière de VIH ; considérant qu'une fois informées du risque et de l'option à suivre (traitements), les femmes n'ont plus qu'à se conformer à cette stratégie, sans tenir compte des facteurs environnementaux c'est-à-dire du contexte de précarité sociale et économique dans lequel elles peuvent évoluer.

En définitive, nous observons ainsi un délitement du dispositif de PTME et du suivi VIH des femmes séropositives qui conduit à des situations de « mal traitements » à leur encontre.

Discussion, conclusion et perspectives

Les politiques de santé de la mère et de l'enfant, y compris celles concernant la santé reproductive, maternelle et néonatale, et la stratégie de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), sont appliquées, depuis trois décennies, dans les pays du Sud, notamment au Burkina Faso. Les progrès restent cependant limités, par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement fixés et non atteints en 2015, et les Objectifs du Développement Durable qui leur succèdent et qu'il s'agit d'accomplir d'ici 2030. Dans ce contexte, notre recherche s'est proposée d'élargir le cadre conceptuel de la santé publique concernant les risques autour de la procréation qui sont généralement définis selon une approche quantitative et probabiliste. Nous avons ainsi adopté une approche anthropologique qui considère d'une part, le risque comme un construit social. D'autre part, que les risques sanitaires sont perçus de façon pertinente par les personnes qui sont concernées par la situation. Partant de cette approche théorique, notre recherche s'est intéressée au point de vue des femmes et à leur expérience à propos des risques relatifs à la procréation au Burkina Faso, posant ainsi les questions suivantes : Quels sont les risques que les femmes perçoivent autour de la procréation ? Dans quelle mesure sont-ils attestés ? Parmi ces risques, quelle place occupe le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant ? Ces risques sont-ils abordés sous leur aspect biologique ou sous leur aspect social ? Quelle est l'expérience des femmes concernant ces risques ? Et enfin, est-ce que les risques perçus par les femmes autour de la procréation correspondent à ceux qui ont été établis dans les programmes de santé publique, en particulier dans le cadre des stratégies de la santé maternelle, néonatale et de PTME ?

A partir de notre enquête qui s'est déroulée en milieu urbain à Bobo-Dioulasso et dans une zone rurale proche, nous avons pu examiner puis mettre en rapport les risques perçus (risques subjectifs) par les femmes autour de la procréation et les risques attestés (objectifs).

Au préalable, à travers une socio-histoire des programmes de santé publique en direction des mères et de leurs enfants, nous avons montré comment le dispositif de santé maternelle et infantile est l'objet de circulation de modèles d'abord issus de la période coloniale puis des organismes sanitaires internationaux qui s'inscrivent désormais dans le champ de la santé globale. Elle a en outre permis de montrer d'une part, comment la pandémie du VIH/sida a fait irruption dans le paysage de la santé maternelle et néonatale, à un moment où la communauté internationale prenait conscience des chiffres impressionnants des décès maternels dans les pays du Sud. Et, d'autre part, de saisir comment les femmes, catégorie invisible dans les premiers temps de l'épidémie, ont bénéficié à l'époque de programmes verticaux spécifiques en tant que catégorie vulnérable

« C'est donc à travers deux situations spécifiques, soit la grossesse à travers les programmes de prévention de la transmission mère-enfants, soit la prostitution, que les femmes ont été avant tout pensées, dès lors qu'elles sont sorties de l' « invisibilité » épidémiologique caractéristique de la première décennie de l'épidémie au Nord, et que les stratégies d'action publique et de recherche, au Sud comme au Nord, ont été élaborées dans leur direction » (Musso 2018 : 252).

Par ailleurs, cette incursion dans l'histoire nous a permis de comprendre comment les risques relatifs à la procréation ont été progressivement définis dans une vision à la fois probabiliste mais aussi économiciste qui ne prend pas en compte les facteurs environnementaux au sens large.

Partant de la parole des femmes burkinabè et des situations qu'elles vivent, notre recherche a mis en évidence comment certains facteurs environnementaux représentent un risque pour la santé des femmes, en particulier celle des femmes enceintes.

Les risques liés aux conditions de vie et de travail

La dégradation des conditions de vie sociale, économique, politique et environnementale constitue l'un de ces facteurs. Cette dégradation a pour principales conséquences en milieu urbain, une nécessité pour les femmes pauvres de travailler pour survivre et assumer les charges matérielles qui leur incombent, tandis que les femmes en zone rurale, ont vu leur charge de travail augmenter suite à une mutation en cours de la société en milieu rural. Dans les deux cas, nous avons montré que les femmes représentent une main d'œuvre peu chère et surexploitée dans le cadre de l'économie capitaliste mondialisée dans laquelle s'insère l'économie burkinabè (en l'occurrence avec la culture du coton et certains produits agricoles destinés à l'exportation). Nous avons décrit les conditions de travail des femmes de certaines activités que nous avons identifiées sur le terrain. Nous avons ainsi mis en évidence pour les femmes des situations d'exposition à des risques sanitaires pendant leur grossesse, qui sont articulés à ces activités et à leur statut (« sous-prolétariat » féminin) dans ce champ du travail informel. Ces risques dans le cadre des activités que nous avons repérées, sont provoqués par leur pénibilité extrême ainsi que par l'exposition à certains produits toxiques. Dans les pays du Nord, le statut social inférieur des travailleuses est associé à des problèmes de santé (musculo-squelettiques, dépression, risques sanitaires autour de la grossesse), les « souffrances invisibles », qui sont peu décrits et sous-évalués par rapport à ceux des travailleurs (Messing 2016 [2014]) (Messing 2004). Dans les pays du Sud, les effets des conditions de travail sur la santé des femmes sont peu connus.

« Knowledge of the health effects of working conditions in low-income countries is extremely sparse due to the lack of systematic research and the difficulties involved in setting up databases » (Messing et Östlin 2006 : 15).

Bien que ces risques soient repérés par les femmes comme néfastes pour leur santé et celle de leur bébé, ceux-ci apparaissent secondaires à leurs yeux par rapport au risque social et économique (y compris alimentaire) dans le contexte de pauvreté généralisée et les stratégies de survie qu'elles développent pour faire face.

Le risque VIH

Par ailleurs, alors que le Burkina Faso a été l'un des pays les plus affectés par l'épidémie de VIH dans la région de l'Afrique de l'Ouest, et que le continent africain reste aujourd'hui encore le plus touché, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant ne constitue plus actuellement un risque majeur du point de vue de ces femmes. Les données recueillies en milieu urbain à Bobo-Dioulasso montrent que les femmes considèrent globalement l'infection à VIH « sous contrôle » grâce aux traitements et à leur accessibilité. Pour ces femmes, l'évolution de l'infection à VIH vers la maladie et la mort est maîtrisée, la transmission de la mère à l'enfant peut être évitée et les symptômes visibles de la maladie ont disparu. On assiste ainsi à une forme de banalisation du VIH dans ses aspects biocliniques. L'annonce de l'infection reste néanmoins un événement traumatisant pour les femmes nouvellement dépistées, qui ont peur de mourir ou de transmettre le VIH à l'enfant, comme cela a aussi été montré au Cameroun (Alomepe et al. 2016). Il est probable que des PvVIH en échec thérapeutique se démarqueraient aussi de perceptions globales optimistes, contredites par leur expérience personnelle (Laborde-Balen 2016). De plus, ces perceptions globales sont « exagérément positives » au vu des données sanitaires disponibles, qui indiquent une mortalité de 16% en 2014 (INSD 2015).

Simultanément, les PvVIH sont perçues, de manière ambiguë, comme privilégiées par rapport aux autres malades qui ne bénéficient pas d'un dispositif d'accès au traitement. Cette perception a aussi été décrite en Ouganda, où être dépisté séropositif donne un « ticket d'entrée » pour l'accès à des services fonctionnels (Whyte 2012). Ces perceptions peuvent constituer un support pour de nouvelles formes de stigmatisation fondées sur la jalousie.

La disparition des signes physiques du sida brouille les représentations sociales à propos des PvVIH, qui ne sont plus identifiables dans la vie courante et sont considérées comme des personnes bien portantes, « en forme » ; cet attribut est perçu dans la société burkinabè comme un signe d'aisance matérielle. Aussi les PvVIH peuvent davantage garder leur atteinte secrète et ainsi échapper à la discrimination.

Cependant, même si elle n'est plus rattachée à des symptômes identifiés par des tiers, la stigmatisation subsiste. Elle est moins visible à cause des stratégies de protection mises en place par les femmes séropositives, selon un processus déjà décrit au Sénégal où, par exemple, les veuves vivant avec le VIH ne cherchent pas à se remarier pour éviter d'avoir à révéler leur statut (Desclaux 2012). Les femmes vivant avec le VIH peuvent en effet révéler leur sérologie de manière très ciblée et

anticiper les conduites discriminatoires à leur rencontre pour les éviter. Ces stratégies participent à une certaine « banalisation » des dimensions sociales de la maladie, et sont surtout utilisées par les femmes séropositives qui ont bénéficié de l'appui d'une association communautaire. Celle-ci joue en effet un rôle important dans cette banalisation en encourageant les femmes, lors des groupes d'auto support, à bien prendre leur traitement mais aussi à parler de leur séropositivité dans des situations spécifiques comme la CPN ou encore auprès d'un nouveau partenaire. D'autres stratégies sont recommandées par les associations pour protéger les PvVIH de la stigmatisation : ainsi, une étude montrait à Ouagadougou l'impact de la promotion des relations endogames sur la reconstruction sociale des PvVIH (Korbéogo et Lingani 2013). Ainsi, les femmes pratiquent certaines formes de secret ou de « retrait de la vie sociale », plus ou moins limitées, et parviennent ainsi à se protéger de la discrimination : la réduction de la stigmatisation en tant que processus social collectif repose en partie sur des sacrifices individuels.

Le risque toxique

Actuellement, les femmes rencontrées au cours de notre recherche, sont préoccupées par le risque toxique, perçu au niveau de la chaîne alimentaire, et ses effets sur la procréation. Ces inquiétudes émanent particulièrement des femmes plus âgées, certaines ont exercé ou exercent encore une activité en lien avec la santé des femmes (matrone, vendeuses de plantes médicinales), et/ ou sont en lien (géographiquement, via leur famille) avec le milieu agricole et maraîcher. Partant de l'inquiétude de ces femmes, nous avons mis en évidence une exposition indirecte via la contamination de la chaîne alimentaire par des produits toxiques à travers les aliments contrefaits et trafiqués, les pratiques alimentaires (utilisation de produits chimiques dangereux pour la santé) et l'utilisation des pesticides. Nous avons également identifié une exposition aux pesticides des femmes (vivant en milieu rural comme en zone urbaine pour celles que nous avons appelées « travailleuses journalières ») liée à leurs activités culturelles et concomitantes et qui constitue un risque pour la procréation. Ce problème majeur de santé publique que représente la reprotoxicité est un risque négligé dans les politiques sanitaires nationales burkinabè alors qu'il est reconnu par une multiplicité d'acteurs sur le terrain (inquiétudes des femmes, alertes médiatiques, gestion du risque par des ONG). Il est également reconnu sur le plan international mais les situations d'exposition des femmes ne sont que partiellement considérées. De même, seule la santé des mères est considérée, omettant la santé des femmes en général.

Le risque toxique en Afrique n'est pas un phénomène nouveau. Après les indépendances, le développement industriel, agricole et minier sur le continent a provoqué des effets directs et indirects sur la santé des travailleurs (des hommes) et de leurs familles par l'exposition à des toxiques (métaux lourds, amiante et pesticides) (Packard 1989). Le risque lié à l'usage des pesticides est désormais considéré par la communauté internationale comme une véritable « atteinte aux

Droits Humains » dans les pays du Sud (Elver et Tuncak 2017). 99% des décès par intoxications aiguës dues aux pesticides chaque année dans le monde se produisent en effet dans ces pays (Elver and Tuncak 2017). Les agriculteurs et les ouvriers agricoles sont les populations les plus exposées et mettent également en danger leur famille. D'autres populations sont considérées comme plus vulnérables aux pesticides, telles que les enfants, les travailleurs saisonniers et les migrants, les populations résidant à proximité des cultures, les communautés autochtones, les femmes enceintes et les enfants (Elver and Tuncak 2017). Cependant, bien que la vulnérabilité des femmes enceintes soit reconnue, les femmes dites en âge de procréer ne sont pas mentionnées, malgré la toxicité des pesticides et leurs effets à moyen et long terme sur la procréation. De même, leur exposition n'est pas spécifiée, notamment dans le travail agricole, contrairement à celle des enfants dans ce contexte. De son côté, l'OMS reconnaît également les pesticides comme un problème sanitaire, en particulier ceux considérés comme les plus dangereux. L'OMS a en effet identifié et classé certains pesticides comme « extrêmement dangereux », une catégorie qui comprend dix produits chimiques répertoriés « posant un problème majeur de santé publique ». Ces pesticides peuvent provoquer des effets aigus et chroniques en particulier chez les enfants et dans plusieurs situations d'exposition : au travail, par intoxication involontaire ou non, et via la chaîne alimentaire contaminée. Alors que l'exposition spécifique des enfants est relevée, celle des femmes n'est pas caractérisée non plus comme dans le rapport cité précédemment. Par ailleurs, afin de réguler l'utilisation de ces produits, l'OMS en propose une classification selon 5 niveaux de toxicité : extrêmement dangereux (Ia), hautement dangereux (Ib), modérément dangereux (II), légèrement dangereux (III), peu susceptible de présenter un danger aigu (U) (WHO 2010). C'est à partir de cette classification que la plupart des recherches en toxicologie sont réalisées sur le terrain. Or, cette classification se focalise uniquement sur la toxicité aiguë de la substance active, ce qui en limite la portée, dans la mesure où elle ne rend pas compte des intoxications chroniques, c'est-à-dire des effets à long terme provoqués par des expositions aux pesticides répétées et à faibles doses. Les limites de cet instrument de mesure des risques tend à invisibiliser les intoxications à moyen terme et long terme (Jouzel et Dedieu 2013). De même les tests réalisés in vivo le sont substance par substance, dans des conditions particulières très éloignées des réalités d'application des produits et des situations d'exposition sur le terrain (Jouzel et Dedieu 2013). C'est pourquoi les études qui s'intéressent à l'impact sanitaire des pesticides sur les travailleurs ne rendent compte que des intoxications aiguës. L'instrument utilisé ne convient pas aux situations d'exposition que nous avons relevées chez les femmes. Elles sont en effet souvent soumises à des situations d'expositions multiples ainsi qu'à des mélanges de substances. De même, les risques qu'elles encourent pour leur santé et celle de leur bébé n'ont pas des répercussions immédiates similaire aux effets provoqués par une intoxication aiguë, d'autant plus qu'au moment de l'exposition les femmes ne savent pas toujours qu'elles sont enceintes. De plus, le risque est déjà présent lors de la phase

de préconception et tout le long de la vie des femmes, avec des périodes de vulnérabilité accrue (enfance et puberté). Les phénomènes de bioaccumulation et de bioamplification de certains produits accroissent encore le risque avec l'âge.

« In some parts of the world, women make up 85% or more of pesticides applicators on commercial farms and plantations. They work while pregnant and breastfeeding. Even when not directly handling pesticides, women in agricultural areas all over the world, live, work and raise their children in a toxic environment » (Moses 2003).

Cette absence de caractérisation de l'exposition des femmes aux risques liés aux pesticides dans le cadre des activités agricoles constitue un « angle mort », en particulier dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. En 2015, le bureau International du Travail rapportait qu' « *un quart de la main d'œuvre féminine mondiale travaillait dans l'agriculture* » (BIT 2016). En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 57,4% des travailleurs agricoles : elles sont en plus grand nombre que les hommes (BIT 2017). Ces aspects sont importants car souvent les données concernant l'impact des pesticides sur la santé humaine ne sont pas désagrégées en fonction du sexe, ce qui amène des représentations tronquées voire fausses sur les expositions aux pesticides (Dinham 2003). D'après cette auteure, cette invisibilisation est renforcée par la représentation véhiculée selon laquelle seuls les hommes épandent les pesticides, occultant ainsi la part des femmes dans cette tâche et les autres situations d'exposition (Dinham 2003). Ceci amène certains chercheurs à se demander si l'exposition des femmes aux pesticides et les conséquences sur leur santé seraient ainsi « hors de la vue » et « hors de l'esprit » (London et al. 2002). Selon eux, des données sur les pays du Sud montrent que l'exposition aux pesticides des femmes dans ces régions est sous-estimée, tout comme les atteintes qu'elles peuvent subir à cause de ces produits toxiques. De même, la perception erronée du risque augmente l'exposition des femmes (London et al. 2002). Ces auteurs ajoutent que les lacunes observées au niveau des connaissances des expositions et des effets sexospécifiques sont liées aux représentations sexistes qui opèrent lors des enquêtes épidémiologiques et, partant dans la littérature (London et al. 2002).

Cette sous-estimation a pour conséquence l'absence de formation sur ces produits toxiques à l'attention des femmes, et une absence des femmes pendant les formations. A ce sujet Rother montre que ce manque de formation chez les femmes engendre une compréhension des pictogrammes moins bonne que les hommes. Elle décrit également l'absence de pictogrammes pertinents pour l'exposition des femmes (Rother 2008).

Le risque « iatrogène » de mal traitance

Les données recueillies montrent par ailleurs, que les femmes considèrent le système de santé à risque pour la femme enceinte. Cette perception s'inscrit dans un contexte burkinabè plus large de contestation politique qui englobe le système

de soins. Nous assistons aujourd'hui à une « crise de confiance » comme elle est aussi apparue en France et dans les pays du Nord (Saout 2009; Bureau et Hermann-Mesfen 2014) de la part de la société civile y compris les professionnels de santé.

Pour les populations, les conditions sanitaires des structures publiques de santé constituent un risque pour les patients et en particulier pour les femmes qui accouchent. Le contexte récurrent de pénurie des ressources matérielles, de professionnels de santé mais aussi les violences physiques et psychologiques subies par les femmes représentent un risque iatrogène de « mal traitements ». Le terme iatrogène provient du grec *iatros*, « médecin », et *gennân*, « engendrer », et en médecine « se dit de troubles provoqués par l'intervention du médecin, par le traitement médical⁴⁷² ». Dans notre recherche, les dysfonctionnements du système de santé peuvent générer des « troubles » qui prennent la forme de « mal traitements » qui se caractérisent par des violences subies par les femmes. Nous avons dans le cadre de nos observations montré comment certains gestes et instruments constituaient une forme de violence sur le corps des femmes. En France, un mouvement récent émanant de la société civile a révélé l'ampleur des violences gynécologiques et obstétricales que subissaient les femmes de la part des professionnels de santé, intervenant dans le domaine de la santé génésique, attesté par un rapport qui qualifie ces violences de sexistes (Bousquet, Couraud, et Collet 2018). Au Burkina Faso, nous avons montré que ces situations à risque sont parfois fatales pour la mère et/ou le bébé.

Cette « crise de confiance » se traduit par des réactions de la part des populations qui prennent des formes multiples : actes de violence à l'encontre des structures de santé et de leurs personnels, manifestations publiques comme celle qu'a suscitée la mobilisation autour du CHU de Bobo-Dioulasso, grèves des professionnels de la santé sans service minimum (qui entraînent la mort de patients), procès. Les actes de violence rappellent, toutes proportions gardées, certains événements qui se sont déroulés pendant l'épidémie à virus Ebola en Guinée et en Sierra Leone. La population a également perpétré des actes violents envers les structures de santé et les professionnels. Dans ce cas extrême où le système sanitaire a été rapidement débordé, où même les corps des morts étaient « traités comme des fagots » (Le Marcis 2015) par le dispositif sanitaire et humanitaire mis en place, il ne s'agissait pas d'une « crise de confiance » mais d'une « rupture du rapport de confiance » entre la population et le système de santé national et international (Niang 2014). En outre, au Burkina Faso, nous assistons également à un début de judiciarisation, le procès comme « mode de contestation » dans le domaine de la santé, comme décrit en France (Saout 2009 : 122), en particulier dans les cas de décès maternels et néonataux au Burkina Faso.

⁴⁷² Selon la définition du CNRTL, <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/iatrog%C3%A8ne>

Conclusion

Notre recherche met en évidence des risques perçus par les femmes à partir de leur expérience de la procréation qui ne figurent pas dans les programmes de la santé maternelle et néonatale. Ces risques révélés et décrits sont liés d'une part, aux conditions sanitaires et sont, d'autre part, articulés aux activités féminines (femmes pauvres en ville, villageoises en zone rurale) c'est-à-dire aux conditions de travail et à l'exposition aux risques toxiques parmi lesquels les pesticides. En revanche un rapport de l'Organisation Internationale du Travail rappelle les risques reproductifs (parmi lesquels les risques toxiques et ceux liés aux conditions de travail) courus par les femmes dans le contexte du travail et se réfère à la convention internationale 183 datant de 2000 (une première datait de 1919) qui établit les protections minimales de la maternité sur le lieu de travail (Paul 2012). Or, nous avons donné plus de visibilité à une catégorie que nous avons appelé le « sous-prolétariat féminin » qui ne bénéficie d'aucune protection sociale en termes de réglementations et de droits, en particulier au moment de la grossesse. Comme nous l'avons abordé dans notre sociohistoire sur les programmes de santé maternelle et infantile, les progrès en termes de baisse de la mortalité et morbidité des mères et des nouveau-nés ont été rendus possibles aussi grâce à des réformes sociales et politiques.

Ainsi notre recherche participe à l'inscription dans les champs de la santé environnementale et de la santé au travail, de la santé maternelle et néonatale dans les pays du Sud et en particulier en Afrique. De plus, notre approche s'inscrit dans ce que Messing appelle « la science empathique » (Messing 2016 [2014]) dans le sens où nous sommes parties de la parole des femmes et de leurs expériences, considérant que celles-ci avaient un regard pertinent et juste sur les risques relatifs à la procréation.

Les limites de notre recherche

Notre recherche est circonscrite à Bobo-Dioulasso et la zone rurale proche. Bobo-Dioulasso présente des particularités singulières de ville à la campagne, implantée dans une région agricole productive reconnue pour être « le grenier du Faso ». Dès sa périphérie, les terrains sont dédiés à l'agriculture, bien que l'étalement urbain progresse et les carrières de sable détruisent définitivement les terres arables. Cette situation géographique particulière favorise depuis la période coloniale une vocation industrielle avec l'implantation d'usines de transformation agro-alimentaires et la seule usine de formulation de pesticides du pays. A présent, des unités plus petites de transformation se multiplient et se disséminent dans la ville, donnant peu de visibilité et de moyens de contrôler les conditions de travail. Il n'est pas évident de retrouver une telle configuration à propos des activités féminines à Ouagadougou et dans d'autres villes moyennes burkinabè.

Par ailleurs, notre recherche est un travail exploratoire sur les risques relatifs à la procréation. Nous avons dans cette perspective, ouvert beaucoup de champs thématiques tous intéressants mais vastes. Il nous était impossible de tous les approfondir. C'est pourquoi nous avons opté pour nous concentrer sur certains aspects comme le risque toxique et en particulier, celui lié aux pesticides et articulé à l'activité féminine. Cette thématique n'avait pas encore été abordée dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né au Burkina Faso. De plus les inquiétudes des femmes et les situations critiques d'exposition observées sur le terrain montraient l'urgence de se saisir et d'examiner ce problème. Néanmoins, nous n'avons pas abordé sur le terrain toutes les situations d'exposition comme celles des femmes qui pratiquent le maraîchage. Cette question mérite d'être traitée notamment à Ouagadougou où les femmes sont très actives dans ce domaine ainsi que dans les zones de cultures de contre saison (comme dans la région de Bama par exemple). De même nous avons traité les conditions de travail des femmes dans le secteur informel ayant trait à certaines activités que nous avons abordées à partir des femmes rencontrées au cours de l'enquête de terrain. D'autres activités se sont dessinées au fur et à mesure et qui nécessiterait d'être investiguées. Ces activités ont toutes en commun une situation d'exposition au risque toxique. Il s'agit des activités exercées par les femmes dans les unités de transformations agro-alimentaires ou celles qui exposent les femmes à la dioxine à travers la combustion des pneus usagés. En effet, les femmes brûlent les pneus usagés pour récupérer les ferrailles et les vendre, ou encore pour attendrir le minerai et faciliter ainsi son extraction dans les carrières de granite. Les sites d'orpaillage où l'activité des femmes est avérée sont également des lieux d'exposition au cyanure et au mercure qu'il est urgent, au vu de l'ampleur que prend le phénomène, de documenter par rapport à la santé des femmes et en particulier des femmes enceintes.

La question de la toxicité mériterait aussi des investigations plus approfondies par rapport aux nouvelles habitudes alimentaires et à l'usage des produits chimiques dans l'alimentation ou encore aux défauts de procédés de raffinage dans la fabrication de l'huile de coton, par exemple. Nous avons ainsi observé chez les femmes une pratique largement répandue en ville qui consiste à allumer le feu du foyer pour cuisiner avec des sachets de plastiques noirs ou encore avec des morceaux de pneu usagé (vendus sous forme de lamelles) pour faciliter l'allumage, plus rapide notamment en période d'hivernage. Cette pratique expose également les femmes aux émanations de dioxine.

De plus, parmi les risques évoqués et perçus par les femmes comme constituant une véritable menace pour la femme enceinte et son bébé, le paludisme a été souvent évoqué. S'agissant d'un risque connu et figurant parmi les programmes de santé de la mère et de l'enfant, nous avons préféré nous intéresser aux risques perçus et attestés comme la reprotoxicité qui n'apparaît pas dans les programmes de santé maternelle et néonatale.

En outre, nous avons abordé la banalisation du risque VIH et la persistance du phénomène de stigmatisation. Cette lecture du risque ne concerne que le milieu urbain et nécessiterait une étude en milieu rural dans un contexte de décentralisation des traitements antirétroviraux en zone rurale. Les contraintes sécuritaires nous ont empêchée d'investiguer de manière plus approfondie cette thématique.

Notre recherche s'appuie essentiellement sur une approche ethnographique, c'est-à-dire à partir des perceptions et des expériences des femmes que nous avons croisées avec nos propres observations de terrain. C'est pourquoi, notre recherche nécessite notamment pour la reprotoxicité d'être complétée par une approche quantitative épidémiologique pour caractériser plus précisément le risque lié aux pesticides. De même concernant les violences subies par les femmes, nous avons abordé certaines violences notamment concernant les gestes médicaux. Un relevé plus exhaustif sur un plan qualitatif et quantitatif permettrait de mieux appréhender et caractériser précisément les violences obstétricales et gynécologiques que subissent les femmes.

Recommandations

Notre travail permet de faire des recommandations sur un plan interventionnel ainsi que sur les recherches à poursuivre.

Au niveau interventionnel, il s'agit de promouvoir des programmes de sensibilisation sur le VIH auprès de la population générale et de soutenir les Organisations à Base Communautaire dans leurs interventions de terrain auprès des populations.

De même la Convention Internationale 183 de l'Organisation Internationale du Travail qui établit les protections minimales de la maternité sur le lieu de travail doit être promue et son application étendue au secteur informel.

Concernant le risque lié à l'exposition des pesticides, les projets agroécologiques doivent être favorisés comme ceux conduits par la FENOP. Parallèlement, il est important de mobiliser à la fois les chercheurs, les professionnels de santé et les populations à partir des interventions suivantes :

(1) L'organisation d'un atelier « Santé et Pesticides » qui permet de réunir les chercheurs (dont les toxicologues, les chercheurs qui travaillent dans le domaine de la santé maternelle et infantile), les professionnels de santé, et les GPC ainsi que d'autres groupements agricoles, en particulier féminins (qui auront été préalablement identifiés).

(2) La création d'outils de sensibilisation et d'information sur le risque toxique autour de la procréation qui sont ensuite diffusés auprès des femmes enceintes lors des CPN.

(3) La mise en place d'une formation sur le risque lié aux pesticides destinée aux professionnels de santé (ceux intervenant dans le cadre de la Santé Maternelle et

Infantile) et aux groupements féminins présents dans les quartiers en ville et à la campagne.

Par ailleurs, il s'agit de promouvoir des programmes d'actions contre les maltraitances faites aux femmes dans les structures sanitaires. Ces actions comprennent la formation des professionnels sur les bonnes pratiques de soins et la diffusion des référentiels existants des bonnes pratiques. Elles consistent également à augmenter le degré de participation des populations dans les structures sanitaires par la création de comités d'usagers, en prenant appui sur les Comités Consultatifs Communautaires burkinabè créés dans le cadre de la lutte contre le VIH. Ces comités peuvent de plus diffuser la Charte des patients auprès de la population.

Les recherches pluridisciplinaires à poursuivre sont les suivantes :

- Promouvoir des études épidémiologiques et anthropologiques approfondies sur les maladies que les femmes en âge de procréer développent en milieu urbain et rural en lien avec les tâches agricoles et les activités que nous avons décrites.
- Promouvoir des projets de recherche sur les effets reprotoxiques, qui impliquent ensemble des toxicologues et des médecins pour enregistrer les malformations auprès des femmes des GPC et celles qui pratiquent le maraîchage, en faisant des dosages d'exposition et en décrivant de manière rigoureuse leurs temps et modes de travail. Engager parallèlement des recherches similaires auprès des hommes exposés aux pesticides par le biais de leur activité : cultivateurs de coton, maraîchers et vendeurs de pesticides puisque des problèmes d'infertilité masculine ont été observés par les gynécologues et les médecins.
- Promouvoir des études épidémiologiques et anthropologiques sur les violences obstétricales faites aux femmes pendant le suivi de la grossesse et l'accouchement, sur le modèle de l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France⁴⁷³ (ENVEFF), en se focalisant particulièrement sur les pratiques (gestes et relations à la patiente).

⁴⁷³ http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/2000_ENVEFF-metropoler.pdf

ANNEXE 1 : Tableau socio-graphique des femmes à Bobo-Dioulasso

| | Pseudonyme | Age | Statut marital | Niveau d'instruction (cas échéant) /activité/ lien avec le milieu rural ou zone maraîchère |
|----|-------------------|------------|-----------------------|---|
| 1 | Djénéba° | 24 ans | Mariée coépouse | 3 ^{ème} /Coiffe à son domicile/Prépare les concours de la fonction publique |
| 2 | Mme Cissé° | 38 ans | Mariée | 3 ^{ème} / Accoucheuse |
| 3 | Fatoumata° | 25 ans | Mariée | 3 ^{ème} /Accoucheuse auxiliaire |
| 4 | Safiatou~ | 28 ans | Mariée coépouse | Ramasse et vend les sachets plastiques au kilo à un entrepreneur |
| 5 | Zénabe° | 38 ans | Mariée | Etudes supérieures/ Institutrice |
| 6 | Maï | 41 ans | Célibataire | Etudes supérieures/ travaille dans un établissement de santé |
| 7 | Bibata ~ | 60 ans | Mariée | Matrone mais ne pratique plus /Mari cultivateur/ Habite à proximité de jardins potagers |
| 8 | Clémence° | 30 ans | Mariée | Terminale/ commerçante (vente de pagnes) |
| 9 | Christelle* | 40 ans | Mariée | 3 ^{ème} / Membre active dans une association de PvVIH |
| 10 | Mireille | 70 ans | Mariée | Matrone qui n'exerce plus / Connaît les plantes / Soigne les petits bébés (tisanes, massages) |
| 11 | Mariam | 58 ans | Mariée | N'exerce pas d'activité. Son mari est maçon et cultivateur. Son fils, cultivateur, habite en milieu rural à proximité de Bobo Dioulasso. |

| | | | | |
|----|-------------|--------|--------------------|--|
| 12 | Marie° | 31 ans | Mariée | 4 ^{ème} / travaille dans une unité qui met l'eau en sachet |
| 13 | Julienne°~ | 25 ans | Mariée | Travailleuse journalière (sésame, coton sale, huile de coton) |
| 14 | Rokiatou*° | 21 ans | Célibataire | 6 ^{ème} Cherche du travail/ A vécu au village dans une famille de cultivateurs |
| 15 | Kadija*°~ | 28 ans | Mariée coépouse | Etait cultivatrice en milieu rural (zone cotonnière) / Travailleuse journalière (travaux agricoles, sésame, anacarde, graviers, lave le linge) |
| 16 | Nicole*°~ | 37 ans | Remariée | 3 ^{ème} / Membre active dans une PvVIH/ Héberge une parente du village pour sa scolarité qui rentre chaque été au village pour les travaux agricoles. A reçu des parentes (4 au total) venues du village qui sont productrices de coton, dont 2 appartiennent à un GPC. |
| 17 | Mme Sangaré | 70 ans | Mariée | N'exerce pas d'activité. Mari tradipraticien |
| 18 | Mathilde° | 33 ans | Mariée | Petit commerce (vente arachides, mangues selon les périodes) |
| 19 | Assétou° | 29 ans | Mariée | 5 ^{ème} /S'occupe de ses enfants |
| 20 | Sylvie* | 42 ans | Mariée | 4 ^{ème} / membre active association PvVIH / Habite à proximité de parcelles maraîchères |
| 21 | Awa*° | 42 ans | Veuve | Cuisinière/Habite près de parcelles maraîchères/ Famille de cultivateurs et de maraîchers |
| 22 | Alizéta° | 28 ans | Mariée | Etudes supérieures/professeur de biologie dans le secteur de l'enseignement privé |
| 23 | Ami~ | 42 ans | Mariée coépouse | N'exerce pas d'activité |
| 24 | Odette*° | 22 ans | Mariée | 5 ^{ème} /Travaille dans une unité de séchage de mangues (travail saisonnier) |

| | | | | |
|----|-------------|--------|----------------------------|---|
| 25 | Adissa*° | 41 ans | Veuve pendant la recherche | Petits commerces et ramassage des déchets |
| 26 | Pénélope° | 27 ans | Mariée | Etudes supérieures/ a travaillé comme technicienne de labo sous contrat/ prépare les concours de la fonction publique |
| 27 | Eléonore~ | 59 ans | Veuve | CP2/Travailleuse journalière (travaux agricoles) / Prépare et vend des condiments |
| 28 | Rokya | 49 ans | Séparée | Vend des plantes médicinales (<i>fàrafìn fila bóla</i> : celle qui enlève les médicaments) Fabrique et vend des savons dans une association |
| 29 | Salimata°~ | 27 ans | Mariée | Etait travailleuse journalière (travaux agricoles), lave le linge puis s'est arrêtée pour s'occuper de son bébé |
| 30 | Assita*° | 28 ans | Veuve remariée coépouse | CE1 (langue française) / 6 ^{ème} (langue arabe) (école franco arabe) S'occupe de ses enfants |
| 31 | Sandrine*°~ | 31 ans | Mariée | Etait cultivatrice en milieu rural/ Lave le linge, aide son mari dans son activité |
| 32 | Adja~ | 47 ans | Mariée | Vend des plantes médicinales, son mari Ibrahim, 50 ans, est forgeron, cultivateur et tradipraticien. Sa fille Nawa° 28 ans vit au village |
| 33 | Mawa° | 30 ans | Mariée | CM2/Commerçante |
| 34 | Lucie*° | 31 ans | Veuve pendant la recherche | 5 ^{ème} /Petit commerce d'arachides |

| | | | | |
|----|------------------|--------|-------------------------------|--|
| 35 | Patricia*°~ | 31 ans | Veuve remariée coépouse | Etait cultivatrice en milieu rural. Cultive un champ au village, part en brousse, vend bois mort. Travailleuse journalière (travaux agricoles, sésame) |
| 36 | Saida* | 55 ans | Veuve | CM2/n'exerce pas d'activité/ Membres de sa famille habitent Bobo et sont cultivateurs |
| 37 | Béatrice° | 35 ans | Mariée | 3 ^{ème} / restauration de rue |
| 38 | Mme Ba | >100 | Veuve | Etait cultivatrice |
| 39 | Mme Ouattara | 58 ans | Veuve pendant la recherche | N'exerce pas d'activité |
| 40 | Mme Ouedraogo | 48 ans | Mariée | 4 ^{ème} /Fabrique et vend des jus à base d'ingrédients locaux (bissap, gingembre, tamarin, petit mil) |
| 41 | Valentine | 54 ans | Veuve | N'exerce pas d'activité/ Reçoit régulièrement la visite de parents venus du village |
| 42 | Julie*° | 19 ans | Célibataire | Elève |
| 43 | Adjida | 55 ans | Mariée | N'exerce pas d'activité. Mari cultivateur |
| 44 | Maïmouna~ | 38 ans | Mariée coépouse | Ramasse et vend les sachets plastiques au kilo à un entrepreneur |
| 45 | Alimata°~ | 27 ans | Mariée | A tamisé le <i>coton sale</i> , fait du petit commerce ambulant dans village limitrophe. Travaille dans les champs pendant la saison des pluies. |
| 46 | Karine*~ | 46 ans | Veuve pendant la recherche | CM1/ Fabrique des savons / Habite à proximité de parcelles maraîchères |

| | | | | |
|----|-----------|--------|--|---|
| 47 | Adjara*° | 25 ans | Séparée de son mari pendant la recherche | 3 ^{ème} /Petit commerce (confection et vente de gâteaux) |
| 48 | Claudine° | 33 ans | Séparée | CM2/ couturière |
| 49 | Anne | 43 ans | Veuve pendant la recherche | Part cultiver pendant la saison des pluies au village familial (60 km) (zone cotonnière) |
| 50 | Sabrina°~ | 24 ans | Mariée | Etait cultivatrice en milieu rural (zone cotonnière) /Travailleuse journalière (travaux agricoles) / Vend du soja au détail/ natte les femmes |
| 51 | Aminata° | 22 ans | Mariée | 3 ^{ème} /Natte à son domicile, crée des perruques |
| 52 | Odile* | 45 ans | Veuve | CM2/Membre active association de PvVIH A reçu des parentes villageoises d'une région cotonnière |
| 53 | Mawatou° | 24 ans | Mariée | Potière (Pala, village limitrophe de Bobo) |
| 54 | Minata* | 36 ans | Séparée | 3 ^{ème} /Petit commerce/ Membre active dans une association de PvVIH |
| 55 | Fati° | 23 ans | Mariée | 3 ^{ème} /couturière |
| 56 | Fatou° | 33 ans | Mariée | CM2/ S'occupe de ses enfants |
| 57 | Fatim°~ | 26 ans | Mariée | 5 ^{ème} /Travail saisonnier sous contrat dans usine d'anacardes au poste de dépelliculage |
| 58 | Abi~ | 60 ans | Veuve | Matrone mais ne pratique plus /Famille de cultivateurs/ Habite à proximité de jardins potagers |
| 59 | Fadila° | 33 ans | Célibataire | 5 ^{ème} / travail saisonnier dans une usine de séchage de mangues |

| | | | | |
|----|---------|--------|---------------|---|
| 60 | Céline* | 36 ans | Mariée | 5 ^{ème} /Membre active dans une association de PvVIH |
| 61 | Cécile* | 47 ans | Veuve | Terminale/Membre active dans une association de PvVIH |
| 62 | Orokya~ | + 70 | veuve | Forgeronne/ Matrone pratique toujours les accouchements des femmes (en cas d'urgence) / Connaît certaines plantes et leur vertu |
| 63 | Alima~ | 45 ans | Veuve | Travail déclaré au poste de décorticage dans une usine d'anacarde depuis 2 ans |
| 64 | Nadège | 24 ans | Non renseigné | Etudiante participe au mouvement « Balai citoyen » |

° Femmes ayant une expérience récente de grossesse (de moins de 4 ans)

~ Femmes vivant dans un *non loti*

*Femmes vivant avec le VIH

ANNEXE 2 : Article publié

Servais S., Desclaux A., Berthé A., Bila B., Msellati P. Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ? In: Médecine et Santé Tropicales, 2018, 28 (3): 307-311

Article original

Médecine et Santé Tropicales 2018 ; 28 : 307-311

Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ?

Living with HIV at the time of its normalization: a routine experience for women?

Servais S.¹, Desclaux A.¹, Berthé A.², Bila B.³, Msellati P.¹

¹ TransVIHMI (IRD, Inserm, Université de Montpellier), France

² Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³ IRSS/CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

Article accepté le 14/6/2018

Résumé. Pour atteindre l'objectif de fin de la pandémie de sida en 2030, il est nécessaire d'étendre le dépistage et l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) en Afrique, ce qui implique que les personnes soient volontaires pour être dépistées et traitées. Or, depuis les débuts de l'épidémie, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) apparaît comme un obstacle majeur dans la lutte contre le VIH/sida. Malgré une importante réduction de la prévalence au cours des 20 dernières années au Burkina Faso, la stigmatisation reste élevée. Cette étude a pour objectif de caractériser les expressions locales de la stigmatisation dans ce pays vis-à-vis des femmes pour permettre de mieux la combattre. La méthode s'appuie sur une enquête ethnographique de longue durée qui combine des observations de contexte et des entretiens qualitatifs auprès de quarante femmes séronégatives et séropositives. Les résultats de l'étude montrent l'apparition d'une forme de banalisation du VIH/sida car les effets biocliniques de l'infection sont moins graves et moins visibles qu'avant les ARV. Les effets sociaux de la maladie constituent cependant toujours une menace perçue par les femmes séropositives et séronégatives. Bien que moins visible, la stigmatisation persiste et contraint les femmes séropositives à user de stratégies de retrait de certains espaces sociaux pour se protéger. Les PvVIH actives dans les associations communautaires jouent un rôle essentiel dans ce contexte. Elles aident les femmes à maintenir le stigmate « sous contrôle » et participent à la banalisation en permettant de faire évoluer les représentations sur le VIH/sida et les personnes atteintes.

Mots clés : banalisation, femmes, stigmatisation, VIH, Burkina Faso.

Abstract. To meet the objective of ending the AIDS pandemic in 2030, screening and access to anti-retroviral treatments (ARV) must be extended in Africa. This in turn requires that people agree to be screened and treated. Since the beginning of the epidemic, however, the stigmatization of people living with HIV (PLHIV) has been a major obstacle in the battle against HIV/AIDS. Despite a substantial reduction in its prevalence over the past 20 years in Burkina Faso, its stigma remains high. The objective of this study is to characterize the local expression of stigmatization in this country towards these women to help to combat it. The method used a long-term ethnographic survey that combined observations of the setting and qualitative interviews of 40 women – both seronegative and seropositive. The results show the appearance of a sort of normalization of HIV/AIDS because the bioclinical effects of the infection are less serious and less visible than they were before ARV. The social effects of the disease nonetheless continue to constitute a threat, or at least they are so perceived by both seropositive and seronegative women. Although less visible, stigmatization persists and constrains seropositive women to use strategies to withdraw from some social spaces to protect themselves. PLHIV active in community associations play an essential role in this setting. They help women to keep their stigmata “under control” and play a role in its normalization by helping to moderate representations of HIV/AIDS and the people who have it.

Key words: *normalization, women, stigmatization, HIV, Burkina Faso.*

- (ka) *kórc shyén* : (gratter) grattage sous les herbes
- bàga* : poison, plantes (vénéneuses) réputées toxiques, animaux venimeux (venin)
- bárika táara* : la force qui part
- bárika/ báraka* : force autorité, vigueur
- bín fàga lan/fén* : la chose qui tue les herbes
- cè* : homme
- contrat ké* : faire contrat
- dá fani* : pagne, pièce de tissu tissé
- dà* : oseille
- dàtu* : condiment à base de graines d'oseille fermentées
- dògòtòrcmuso* : docteur. Quand les femmes utilisent cette expression, elles désignent généralement les professionnelles de santé sans faire de distinction.
- fàrafín nógc* : l'engrais africain
- fàrafín* : le « Noir », africain, peau noire
- fla kìsɛ* : médicament, comprimé
- fúra /fla* : le traitement, le médicament à base de feuilles
- gèlɛ* : dur, difficile
- gèlɛya tùmá*
- gèlɛya* : difficulté
- gwɛ* : blanc
- jɛni ka jimi* : « brûler et croquer » traduit en français africain par « un travail *sap sap* pour gagner son pain »
- jí* : eau
- ka bín bò* : arracher les herbes avec les mains
- ka dɔɔ bò* : diminuer le nombre de pieds des herbes (céréales).
- kìsɛ* : grain, pépin, germe
- làfiyɛn tɛ* : il n'y a pas de repos

legere : entraide

límcɔɔ gwɛ : la mouche blanche

mùnu : (être) patient

múra : le rhume

ɲágami : mélanger

nóɔɔ : saleté, engrais, fumier

ní yi contrat sòɔ : si tu gagnes contrat

nùmu cè fla bóla : l'homme forgeron qui enlève les feuilles (plantes médicinales)

nùmu : forgeron

pósɔni : poison

sòɔɔsɔɔɔ : la toux

sène : culture, cultiver

sùmansi ɲágami : semences mélangées (traitées)

súmaya : humidité, accès de paludisme

tùbabu : « Blanc », Européen

tùma : moment

Table des illustrations

| | |
|--|-----|
| Figure 1. Affiche « Maternité à moindre Risque », 2016 Servais..... | 23 |
| Figure 2. Carte de Bobo-Dioulasso, 2018 A. Nikiema | 41 |
| Figure 3. Puits dans un non loti, 2016 Servais | 44 |
| Figure 4. Borne fontaine dans un non loti, 2016 Servais | 44 |
| Figure 5. Petit commerce de condiments, 2016 Servais | 45 |
| Figure 6. Carte de la région de Bobo-Dioulasso, 2018 A. Nikiéma | 47 |
| Figure 7. Carte du Burkina Faso, 2009 Ezilon | 106 |
| Figure 8. Carte de dégradation des terres du Burkina Faso en 2012, 2012 Paré..... | 111 |
| Figure 9. Condiments vendus à l'unité, 2016 Servais..... | 121 |
| Figure 10. Femmes qui tamisent le coton sale, 2016 Servais | 131 |
| Figure 11. Femmes qui tamisent le coton sale, 2017 Servais | 132 |
| Figure 12. Mains d'une femme qui décortique l'anacarde, 2016 Servais | 139 |
| Figure 13. Jeune femme qui participe au labour, 2016 Servais | 146 |
| Figure 14. Femmes qui sèment les graines de coton, 2016 Servais | 147 |
| Figure 15. Femmes et enfants qui récoltent l'arachide, 2016 Servais | 148 |
| Figure 16. Femme qui ramasse le maïs, 2016 Servais | 149 |
| Figure 17. Femme enceinte qui récolte le coton, 2016 Servais..... | 150 |
| Figure 18. Motif créé à l'occasion du 8 mars, 2016 Servais..... | 161 |
| Figure 19. Confiture fabriquée par des femmes, 2016 Servais | 161 |
| Figure 20. Le produit « Kouka », 2017 Servais..... | 191 |
| Figure 21. Indication « poison » sur un sachet de pesticides, 2016 Servais..... | 193 |
| Figure 22. Indication « poison » sur le flacon de pesticides, 2016 Servais..... | 193 |
| Figure 23. Jeune garçon qui épand de l'herbicide, 2016 Servais | 214 |
| Figure 24. Enrobage manuel des semences, 2017 Sanou..... | 222 |
| Figure 25. Enrobage manuel des semences, 2017 Sanou..... | 222 |
| Figure 26. Pesticides pour traiter les semences sur le marché de Bama, 2016 Servais..... | 223 |
| Figure 27. Sac de semences de coton, 2016 Servais | 224 |
| Figure 28. Semences de coton traitées (bleues), 2016 Servais | 224 |
| Figure 29. Doigts bleus enduits de pesticide, 2016 Servais | 225 |
| Figure 30. Epandage dans le champ à proximité des bébés, 2016 Servais..... | 226 |
| Figure 31. Bébé dans les champs pendant l'épandage, 2016 Servais | 226 |
| Figure 32. Manuel du distributeur d'intrants agricoles, 2016 Servais | 240 |
| Figure 33. Photos de malformations d'enfants, 2016 Servais | 240 |
| Figure 34. Certificat de participation au Programme « Applique bien », 2016 Servais..... | 241 |
| Figure 35. Photo de la marche du 24.05.2014, fournie par le Balai Citoyen | 278 |
| Figure 36. Photo de la marche du 24.05.2014, fournie par le Balai Citoyen | 278 |
| Figure 37. Photo de la marche du 24.05.2014, fournie par le Balai Citoyen | 278 |
| Figure 38. Le « pot » ou bassin de lit, 2016 Servais | 287 |
| Figure 39. Retrait d'implant, 2016 OMS..... | 304 |

Bibliographie

- AbouZahr, C., 2003. « Safe Motherhood : A Brief History of the Global Movement 1947–2002 ». *British Medical Bulletin* 67 (1) : 13-25. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg014>
- Achilli, L., et Hejoaka F., 2005. « Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso ». *Face à face. Regards sur la santé*, n°7. <http://faceaface.revues.org/305>
- Acosta-Maldonado, B., Sánchez-Ramírez B., Reza-López S., et Levario-Carrillo M., 2009. « Effects of Exposure to Pesticides during Pregnancy on Placental Maturity and Weight of Newborns : A Cross-Sectional Pilot Study in Women from the Chihuahua State, Mexico ». *Human & Experimental Toxicology* 28 (8) : 451-59.
- Adjamagbo, A. et Calvès A., 2012. « L'émancipation féminine sous contrainte ». *Autrepart*, n° 61 : 3-21. <https://doi.org/10.3917/autr.061.0003>
- Alfieri, C., 2005. « Vivre et penser la nature chez les Bobo-Vore (Burkina Faso) : une forme implicite de patrimonialisation ? » In *Patrimoines naturels au Sud : territoires, identités et stratégies locales*, Paris : IRD, 335-60. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-07/010037547.pdf
- Allen, D., 2009. *Managing Motherhood, Managing Risk : Fertility and Danger in West Central Tanzania*. University of Michigan Press.
- Alomepe, J., Buseh A., Awasom C. et Snethen J., 2016. « Life With HIV : Insights from HIV-Infected Women in Cameroon, Central Africa ». *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC* 27 (5) : 654-66.
- Anderson N., Schwartz O., Arborio A-M., et Fournier P., 2013. *Le hobo : sociologie du sans-abri*. Paris, France : Armand Colin.
- Anses. 2016. « Expositions professionnelles aux pesticides en agriculture. Expertise collective ». Volume n°1 : volume central. Edition scientifique. Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2011SA0192Ra.pdf>
- Appadurai A., 1996. *Modernity at large : cultural dimensions of globalization*. Minneapolis, Etats-Unis : University of Minnesota Press.
- Arborio, S., 2007. « « Maternité sans risque : du contrôle à la confiance ». Analyse anthropologique du risque au Mali (Afrique de l'Ouest) ». *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 36 (8) : 786-94.

- Arbuckle, T E., Lin Z. et Mery L. S., 2001. « An exploratory analysis of the effect of pesticide exposure on the risk of spontaneous abortion in an Ontario farm population. » *Environmental Health Perspectives* 109 (8) : 851-57.
- Arnold, S., Klotz D., Collins B., Vonier P, Guillette L. et McLachlan J., 1996. « Synergistic Activation of Estrogen Receptor with Combinations of Environmental Chemicals ». *Science* 272 (5267) : 1489-92.
- Aronowitz, R., 2011. « The Framingham Heart Study and the Emergence of the Risk Factor Approach to Coronary Heart Disease, 1947-1970, Summary ». *Revue d'histoire des Sciences* 64 (2) : 263-95. <https://doi.org/10.3917/rhs.642.0263>
- Backett, E. M., Davies A. M. et Petros-Barvazian A., 1984. « The Risk Approach in Health Care. With Special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning ». *Public Health Papers* 76 : 1-113.
- Bado, J P., 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique : 1900-1960 : lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris : Karthala.
- Bajos, N., Teixeira M., Adjamagbo A., Ferrand M., Guillaume A., et Rossier C., 2013. « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains ». *Population* 68 (1) : 17. <https://doi.org/10.3917/popu.1301.0017>
- Baldi, I., Lebailly P., Jean S., Rougetet L., Dulaurent S., et Marquet P., 2006. « Pesticide Contamination of Workers in Vineyards in France ». *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology* 16 (2) : 115-24.
- Barthélémy, P., 2010. *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*. Presses Universitaires de Rennes.
- Bassolé D., et Ouedraogo L., 2007. « Problématique de l'utilisation des produits phytosanitaires en conservation des denrées alimentaires et en maraîchage urbain et péri urbain au Burkina Faso: cas de Bobo Dioulasso, Ouahigouya et Ouagadougou. » IFDC.
- Bates, I., Chapotera G. K., McKew S., et van den Broek N., 2008. « Maternal Mortality in Sub-Saharan Africa: The Contribution of Ineffective Blood Transfusion Services ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115 (11) : 1331-39.
- Bationo, F., 2012. « Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. *Agora débats/jeunesses*, n° 61 : 21-33. <https://doi.org/10.3917/agora.061.0021>
- Battagliola, F., 2008. *Histoire du travail des femmes*. Paris : La Découverte.
- Beck, U., 2001. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris, France : Aubier.

- Becquey, E., 2010. *Sécurité alimentaire des ménages urbains au Burkina Faso : caractéristiques et mesure*. Thèse en épidémiologie, Université Paris VI.
- Bell, E.M., Hertz-Picciotto I., et Beaumont J., 2001. « A Case-Control Study of Pesticides and Fetal Death Due to Congenital Anomalies ». *Epidemiology* 12 (2) : 148.
- Bensaude-Vincent, B., et Stengers I., 2001. *Histoire de la chimie*. Paris, France : La Découverte.
- Bergjso, P., 2001. « Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle ? » In *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Antwerp : ITG Press, 37-58.
- Bergman, Å., Heindel J., Jobling S., Kid K., et Zoeller T., 2013. « State of the Science of Endocrine Disrupting ». UN Environment Programme. <http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/>
- Bernis (de), L., 2003. « Mortalité maternelle dans les pays en développement : quelles stratégies adopter ? », *Médecine Tropicale*, 63 : 391-99.
- Berthé, A., Berthé-Sanou L., Konaté B., Hien H., Tou F., Somda S., Bamba I., Drabo M., Badini-Kinda F., et Macq J., 2013. « Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 61 (6) : 531-37.
- BIT. 2016. « Les femmes au travail. Tendances 2016 ». Genève : BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_483203.pdf
- . 2017. « Emploi et questions sociales dans le monde. Tendances de l'emploi des femmes 2017 ». Genève : BIT. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_540900.pdf
- Bohbot, J. 2017. « L'orpaillage au Burkina Faso : une aubaine économique pour les populations, aux conséquences sociales et environnementales mal maîtrisées ». *EchoGéo*, n° 42 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/echogeo.15150>
- Bohren, M, Vogel J., Hunter E., Lutsiv O., K. Makh S., Souza J.P., Aguiar C., et al. 2015. « The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally : A Mixed-Methods Systematic Review ». *PLoS Medicine* 12 (6) : e1001847; discussion e1001847.
- Bonnefoy, N., 2012. « Rapport d'information. Tome 1 ». Paris, France : Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r12-042-1/r12-042-1.html>
- Bonnet, D., et Duchesne V., 2016. *Procréation médicale et mondialisation : expériences africaines*. Paris, France : L'Harmattan.
- Bonvalet, P., 2014. *De l'urgence politique à la gestion de l'action publique : construire et institutionnaliser l'accès aux traitements du VIH/sida au Bénin*. Thèse

en science politique, Université de Bordeaux. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01233856/document>

Bouillon, F., Fresia M., Tallio V., 2005. *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*. Paris, France : Centre d'études africaines ; EHESS.

Bourdin, A., 2003. « La modernité du risque ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 114 (1) : 5-26. <https://doi.org/10.3917/cis.114.0005>

Bousquet, D., Couraud G., et Collet M., 2018. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. » Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000411.pdf>

Bouwman, H., Reinecke A. J., Cooppan R. M., et Becker P. J., 1990. « Factors Affecting Levels of DDT and Metabolites in Human Breast Milk from Kwazulu ». *Journal of Toxicology and Environmental Health* 31 (2): 93-115.

Bowser, D., et Hill K., 2010. « Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth ». USAID ; Harvard School of Public Health. https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf

Brandecker, N., 2007. « « Der Wandel der bildungspolitischen Ansichten der Weltbank » ». *Arbeitspapiere* n° 82. Mainz : Institut für Ethnologie und Afrikastudien, Johannes Gutenberg Universität. <http://www.ifeas.uni-mainz.de/workingpapers/AP82.pdf>

Brender, J., et Weyer P., 2016. « Agricultural Compounds in Water and Birth Defects ». *Current Environmental Health Reports* 3 (2) : 144-52.

Bureau, E., et Hermann-Mesfen J., 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 8. <http://anthropologiesante.revues.org/1342>

Cahen, F., 2014. « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) ». *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 7 : 34-57. <https://doi.org/10.3917/rhps.007.0034>

Câmara, Antônio., Gadelha I., Borges P., Alves de Paiva S., Martins M., et Soto-Blanco B., 2015. « Toxicity of Gossypol from Cottonseed Cake to Sheep Ovarian Follicles ». *PLoS ONE* 10 (11).

Campbell O., 2001. « Qui fait quelles politiques de santé maternelle dans les pays en développement ? Une analyse des cinq dernières décennies ». In *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Antwerp : ITG Press, 1-28. <http://www.jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2970f/s2970f.pdf>

Carricaburu, D., et Ménoret M., 2004. « Vivre avec une maladie chronique ». In *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin, 107-120.

Carson, R., 2014. *Printemps silencieux*. Marseille, France : Ed. Wildproject, DL 2014.

Cases, C., et Baubeau D., 2004. « Peut-on quantifier les besoins de santé ? » *Solidarité et Santé*, n° 1 : 17-22.

Cecchi, P., 2014. « Qualité des eaux et risques sanitaires associés aux lacs et réservoirs du Burkina Faso : opération « FasoTour 2014 » : compte-rendu de mission ». Montpellier : IRD. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-01/010065652.pdf

Charmes, J., 2001. « Flexibilité du travail, pluralité des normes, accumulation du capital économique et du capital social : trois raisons pour les politiques économiques de s'intéresser au secteur informel en Afrique ». In *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris : IRD, 243-62. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_05/010024544.pdf

Chikuni, O., Polder A., Skaare J. U., et Nhachi C. F., 1997. « An Evaluation of DDT and DDT Residues in Human Breast Milk in the Kariba Valley of Zimbabwe ». *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology* 58 (5) : 776-78.

Chikuni, O., Skare J. U., Nyazema N., et Polder A., 1991. « Residues of Organochlorine Pesticides in Human Milk from Mothers Living in the Greater Harare Area of Zimbabwe ». *The Central African Journal of Medicine* 37 (5) : 136-41.

Chouli, L., 2012. *Burkina Faso 2011: chronique d'un mouvement social*. Lyon, France : Tahin Party. <http://tahin-party.org/textes/Burkina-Faso-2011.pdf>

Clancy-Smith, Julia, et Gouda F., 1998. *Domesticating the Empire: Race, Gender, and Family Life in French and Dutch Colonialism*. Charlottesville : University of Virginia Press.

CNLS Burkina Faso. 2016a. « Rapport d'activités sur la riposte au SIDA au Burkina Faso (GARP 2015) ».

file:///C:/Users/UTILISATEUR/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/1vo2b3cp.default/zotero/storage/ZS8FAS5C/BFA_narrative_report_2016.pdf

———. 2016b. « Plan National Multisectoriel de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST (PNM) 2016 (document provisoire) ».

Colborn, T., Dumanoski D., et Myers J P., 1997. *L'homme en voie de disparition ?* Mens, France : Terre vivante.

Congo, A K., 2013. « Risques sanitaires associés à l'utilisation de pesticides autour de petites retenues : cas du barrage de Loumbila. ». Mémoire de Master en

ingénierie de l'eau et de l'environnement, Institut International d'Ingénierie, Ouagadougou, Burkina Faso. http://documentation.2ie-edu.org/cdi2ie/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1825

Connor, E. M., Sperling R. S., Gelber R., Kiselev P., Scott G., O'Sullivan M. J., Van Dyke R., Bey M., Shearer W., et Jacobson R. L., 1994. « Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group ». *The New England Journal of Medicine* 331 (18) : 1173-80.

Copans, J., 2006. *Développement mondial et mutations des sociétés contemporaines*. Paris : Armand Colin.

Coquery-Vidrovitch C., 2003. « Le postulat de la supériorité blanche et de l'infériorité noire ». In *Le livre noir du colonialisme. XVIe - XXIe siècle : de l'extermination à la repentance*, Paris : R. Laffont, 646-91.

Coquery-Vidrovitch, C., 1994. *Les Africaines : histoire des femmes d'Afrique noire : du XIXe au XXe siècle*. Paris, France : Desjonquères.

Cordell, D., Gregory J., et Piché V., 1996. *Hoe and Wage: A Social History of a Circular Migration System in West Africa*. Boulder : Westview Press.

Cortin, V., Laplante L., Dionne M., et al. 2016. *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Montréal, Canada.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2106_gestion_risques_sante_publicue.pdf

Corvol, P., 2013. « La prévention du risque en médecine. Une introduction ». In *La prévention du risque en médecine : D'une approche populationnelle à une approche personnalisée*. Paris : Collège de France. <http://books.openedition.org/cdf/1660>

Cueto, M., 2004. « The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care ». *American Journal of Public Health* 94 (11) : 1864-74.

Dabis, F., Msellati P., Meda N., Welffens-Ekra C., You B., Manigart O., Leroy V., et al. 1999. « 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso : a double-blind placebo-controlled multicentre trial ». *The Lancet* 353 (9155) : 786-92.

Darne, F., 2001. « Du carbure de calcium à l'acétylène », *Spelunca*. Fédération Française de Spéléologie, n° 83 : 28-33.

Davis, D. L., Gottlieb M. B., et Stampnitzky J. R., 1998. « Reduced Ratio of Male to Female Births in Several Industrial Countries: A Sentinel Health Indicator? » *JAMA* 279 (13) : 1018-23.

- Deacon, H., Stephney I., et Prosalendis S., 2005. *Understanding HIV/AIDS Stigma : A theoretical and methodological analysis*. UK : HSRC Press. <http://www.hsrcpress.ac.za/product.php?productid=2088>
- De Brouwere, V, et Jahn L., 2001. « La référence pendant la grossesse et l'accouchement: concepts et stratégies ». In *Réduire la mortalité maternelle : stratégies et évidences scientifiques*, Antwerp : ITG Press, 239-57.
- De Brouwere, Vincent, René Tonglet, et Wim Van Lerberghe. 1997. *La « maternité sans risque » dans les pays en développement : les leçons de l'histoire*. Antwerp : ITG Press.
- De Brouwere, V., et Van Lerberghe Wim., 2001. « Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle ». In *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique*, Antwerp : ITG Press, 7-35.
- Desgrées du Loû A., 2004. « Sida et fécondité ». In *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Les collections du CEPED, 97-107.
- De Rosis, C., 2017. « Exercices et constructions du pouvoir aux marges de la « cité ». La participation des femmes à la lutte contre le VIH/sida en Éthiopie, entre marginalité et mobilité sociale ». Thèse en anthropologie, Paris : EHESS.
- « Déclaration d'Alma-Ata ». 1978. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- « Déclaration et Programme d'action de Beijing. Quatrième Conférence mondiale sur les femmes », 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>
- Defarge, N., Spiroux de Vendômois J., et Séralini G. E., 2018. « Toxicity of formulants and heavy metals in glyphosate-based herbicides and other pesticides ». *Toxicology Reports* 5 : 156-63.
- Defarge, N., Takács E., Lozano V. L., Mesnage R., Spiroux de Vendômois J., Séralini G. E, et Székács A., 2016. « Co-Formulants in Glyphosate-Based Herbicides Disrupt Aromatase Activity in Human Cells below Toxic Levels ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13 (3) : 1-17.
- Delfosse, V., Dendele B., Huet T., Grimaldi M., Boulahtouf A., Gerbal-Chaloin S., Beucher B., et al. 2015. « Synergistic Activation of Human Pregnane X Receptor by Binary Cocktails of Pharmaceutical and Environmental Compounds ». *Nature Communications* 6 : 8089.
- Delpeuch, B., Maire F., 2004. « La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement ». *Cahiers Agricultures* 13 (1) : 23-30 (1).
- Demange, E., 2010. « La controverse "Abstain, be faithful, use a condom" Transnationalisation de la politique de prévention du VIH/sida en Ouganda ».

Thèse, Institut d'études politiques de Bordeaux. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00553348/document>.

Demange, E., Henry E., et Préau M., 2012. *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*. Paris : ANRS, Collection Sciences Sociales. <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Publications/Publications-ANRS/De-la-recherche-en-collaboration-a-la-recherche-communautaire.-Un-guide-methodologique>.

Demeneix, B., 2017. *Cocktail toxique : comment les perturbateurs endocriniens empoisonnent notre cerveau*. Paris, France : Odile Jacob.

Demeneix, B., 2017. *Toxic cocktail : how chemical pollution in poisoning our brains*. New York : Oxford university press.

Desclaux, A., Ky-Zerbo O., Somé J. F., et M. Obermeyer C., 2014. « Nouveaux enjeux pour le dépistage VIH à l'heure du *Test and treat* dans les pays de basse prévalence : éclairages du Burkina Faso ». *Médecine et Santé Tropicales* 24 (4) : 343-48. <https://doi.org/10.1684/mst.2014.0399>

Desclaux, A., 2001. « Une étrange absence de crise... L'adaptation des systèmes de santé du Sud au VIH/sida ». In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Karthala, 87-101.

———. 2012. « Mesurer la stigmatisation : comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves ». Report. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00713037/document>

Desclaux, A., et Boye S., 2014. « Mondialisation des effets indésirables et construction locale de la communication médecin-patient autour des antiviraux au Sénégal ». *Journal des anthropologues*, n° 138-139 : 89-111.

Desclaux, A., et Cadart M.L., 2008. « Avoir un enfant dans le contexte du VIH, entre risque « résiduel » et normalisation, discours médicaux et liens sociaux ». *Medecine Sciences* 24 (h.s. n° 2) : 53-61.

Desclaux, A., Msellati P., et Sow K., 2011. « Introduction : l'expérience des femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud ». In *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge*, Sciences Sociales et Sida, Paris : ANRS, XIII-XXXII. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010052256>

Desrosières, A., 1993. *La politique des grands nombres : histoire de la raison statistique*. Paris, France : la Découverte.

DGOMR. 2016. « Plan d'Activités 2017 du département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la Reproduction (DGOMR) ». Burkina Faso.

- Diarra, A., 2003. « La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali », Bulletin de l'APAD [En ligne]. <http://apad.revues.org/207>
- Dinham, B., 2003. « Introduction to Part I ». In *Silent Invaders. Pesticides, livelihoods and Women's Health*, London ; New York : Zed Books, 9-15.
- Dipama, J. M., 2009. « Les risques de dégradation des écosystèmes liés à la culture du coton au Burkina Faso : le cas du parc national de Pô ». *Revue de l'Université de Moncton* 40 (2) : 29-52. <https://doi.org/10.7202/1001387ar>
- Domergue, D., 1978. « Les Vingt premières années de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire ». *Outre-Mers. Revue d'histoire* 65 (238) : 40-63. <https://doi.org/10.3406/outre.1978.2077>
- Douglas, M., Calvez M., et Robert A., 2012. « L'individu comme preneur de risques. Une théorie culturelle de la contagion en lien avec le sida ». *Tracés* n° 21 (2) : 195-214.
- Douglas, M., et Wildavsky A. B., 1982. *Risk and culture: an essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley, Etats-Unis : University of California Press.
- Dozon, J.P., 2003. *Frères et sujets : la France et l'Afrique en perspective*. Paris, France : Flammarion.
- Drabo, S., 2009. « Approche anthropologique de la mortalité maternelle dans une formation sanitaire du Burkina Faso : cas du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHU-YO) ». Mémoire de maîtrise en anthropologie de la santé, Université de Ouagadougou.
- Ejobi, F., Kanja L. W., Kyule M. N., Müller P., Krüger J., et Latigo A. A., 1996. « Organochlorine Pesticide Residues in Mothers' Milk in Uganda ». *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology* 56 (6) : 873-80.
- Elson, D., 2010. « Commerce international, égalité des sexes et avantage compétitif ». In *Le sexe de la mondialisation*, Presses de Sciences Po, 57-70.
- Elver, H., et Tuncak B., 2017. « Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit à l'alimentation ». ONU Assemblée Générale. https://www.generations-futures.fr/wp-content/uploads/2017/03/rapport_fao_pesticides_070317.pdf
- Evans-Pritchard, E.E., 1994 [1969]. *Les Nuer : Description des modes de vie et des institutions politiques d'un peuple nilote*. Paris : Gallimard.
- Farmer, P., 2006 [1992]. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley : University of California Press.
- Farmer, P., Kleinman A., Kim J., et Basilico M., 2013. *Reimagining Global Health*. Berkeley : University of California press.

Fassin, Didier. 1999. « L'anthropologie entre engagement et distanciation ». In *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa*, France ; Sénégal : Karthala ; IRD, 41-66.

———. 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique ». In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris : Karthala, 24-40.

———. 2008. *Faire de la santé publique*. Rennes, France : Éditions de l'École des hautes études en santé publique.

Federici, S., 2017 [2014]. *Caliban et la sorcière : femmes, corps et accumulation primitive*. Suisse ; France : Entremonde.

Fourchard, L., 1997. « Sœur Marie-André du Sacré-Cœur, Les conditions du travail de la femme dans les pays de colonisation, 1935 ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 6. <https://doi.org/10.4000/clio.387>

Freedman, L.P., Ramsey K., Abuya T., Bellows B., Ndwiga C., Warren C. E., Kujawski S., Moyo W., Kruk M. E., et Mbaruku G., 2014. « Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda ». *Bulletin of the World Health Organization* 92 (12) : 915-17. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>

Gabrysch, S., et Campbell O., 2009. « Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use ». *BMC Pregnancy and Childbirth* 9: 34.

Gadelha, I., Fonseca N., Oloris S., Melo M., et Soto-Blanco B., 2014. « Gossypol Toxicity from Cottonseed Products ». *The Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2014/231635>

Gagnon, M., et Holmes D., 2016. « Parlons des effets secondaires. Résumé de recherche ». Ottawa : Institut de recherche en Santé du Canada. https://marilougagnondotcom.files.wordpress.com/2017/03/sommaire-de-recherche_effets-secondaires_fr.pdf

Gandéma, S., Youl H., et Nacro A., 2012. « Malformations congénitales reconnaissables à la naissance chez les nouveau-nés au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso. » *Burkina médicale* 16 (2) : 63-69.

Garcia-Moreno, C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L., et Watts C., 2005. « WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women ». WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>

Garcia-Moreno, C., et Watts C., 2011, *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (1). <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/en/>

Garrigou, A., Baldi I., Le Frious P., Anselm R., et Vallier M., 2011. « Ergonomics Contribution to Chemical Risks Prevention: An Ergotoxicological Investigation of the

Effectiveness of Coverall against Plant Pest Risk in Viticulture ». *Applied Ergonomics* 42 (2) : 321-30.

Gaspari, L., Paris F., Jandel C., Kalfa N., Orsini M., Daurès J. P., et Sultan C., 2011. « Prenatal Environmental Risk Factors for Genital Malformations in a Population of 1442 French Male Newborns: A Nested Case-Control Study ». *Human Reproduction* 26 (11) : 3155-62. <https://doi.org/10.1093/humrep/der283>

Gélis, J., 1984. *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris, France : Fayard.

George, J., et Kuttan R., 1997. « Mutagenic, Carcinogenic and Cocarcinogenic Activity of Cashewnut Shell Liquid ». *Cancer Letters* 112 (1) : 11-16.

Gisselquist, D., Rothenberg R., Potterat J., et Drucker E., 2002. « HIV Infections in Sub-Saharan Africa Not Explained by Sexual or Vertical Transmission ». *International Journal of STD & AIDS* 13 (10) : 657-66.

Gobatto, I., 2000. *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation*. Paris, France : L'Harmattan.

Goffman, E., 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris, France : Éd. de Minuit.

Gomgnimbou A., Savadogo P., Nianogo A., et Millogo-Rasolodimby J., 2009. « Usage des intrants chimiques dans un agrosystème tropical : diagnostic du risque de pollution environnementale dans la région cotonnière de l'est du Burkina Faso ». *BASE*, 13 (4) : 499-507. <https://popups.uliege.be:443/1780-4507/index.php?id=4524>

Grandjean, P., 2013. *Only one chance : how environmental pollution impairs brain development and how to protect the brains of the next generation*. UK : Oxford University Press.

Greder Belan, A., Chaplain C., et Boussairi A., 2008. « Suivi biologique de l'infection à VIH chez l'adulte ». *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée* 23 (2) : 95-102.

Greenlee, A. R., Arbuckle T. E., et Chyou P.H., 2003. « Risk Factors for Female Infertility in an Agricultural Region ». *Epidemiology* 14 (4) : 429-36.

Gruénais, M. E., 2017. « Avec la perspective d'élimination de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant, le sida devient-il un « véritable problème de santé publique » ? » *Face à Face. Regards sur la santé*. <http://journals.openedition.org/faceaface/1159>

Guérin, H., 2018. « « ACÉTYLÈNE » ». *Encyclopædia Universalis [en ligne]*. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/acetylene/>

Guérin, I., et Monique S., 2012. *À quoi et comment dépenser son argent ? hommes et femmes face aux mutations globales de la consommation*. Paris, France : L'Harmattan.

- Hadiza, M., 2003. « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », Bulletin de l'APAD [En ligne]. <http://apad.revues.org/205>
- Hagberg, S., Kibora L., Gnessi S., et Konkobo A., 2017. « Transformations sociopolitiques burkinabè de 2014 à 2016. Perspectives anthropologiques des pratiques politiques et de la culture démocratique dans « un Burkina Faso nouveau » ». Université d'Uppsala. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1109664/FULLTEXT01.pdf>
- Hagberg, S., Kibora L., Ouattara F. et Konkobo A., 2015. « Au cœur de la révolution burkinabè ». *Anthropologie & développement*, n° 42-43 : 199-224. <https://doi.org/10.4000/anthropodev.499>
- Hahn, R. A., et Inhorn M., 2009. *Anthropology and public health : bridging differences in culture and society*. New York, Etats-Unis : Oxford University Press.
- Hamlin, H., et Guillette L., 2010. « Wildlife as sentinels of environmental impacts on reproductive health and fertility ». In *Environmental Impacts on Reproductive Health and Fertility*, Cambridge, UK : Cambridge university press.
- Hartikainen, H., Maleta K., Kulmala T., et Ashorn P., 2005. « Seasonality of Gestational Weight Gain and Foetal Growth in Rural Malawi ». *East African Medical Journal* 82 (6) : 294-99.
- Hawkins, T., 2010. « Understanding and Managing the Adverse Effects of Antiretroviral Therapy ». *Antiviral Research* 85 (1) : 201-9.
- Hayes, M. V., 1991. « The risk approach: Unassailable logic? » *Social Science & Medicine* 33 (1) : 55-61.
- Hayes, T., Haston K., Tsui M., Hoang A., Haeffele C., et Vonk A., 2002. « Herbicides: Feminization of Male Frogs in the Wild ». *Nature* 419 (6910) : 895-96.
- Heeren, G. A., Tyler J., et Mandeya A., 2003. « Agricultural chemical exposures and birth defects in the Eastern Cape Province, South Africa A case – control study ». *Environmental Health* 2 : 11. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-2-11>
- Hejoaka, F., 2014a. « La concurrence des souffrances. Genèse et usages électifs de la catégorie des orphelins et enfants vulnérables au temps du sida ». *Autrepart*, n° 72 : 59-75. <https://doi.org/10.3917/autr.072.0059>
- . 2014b. « L'enfant gardien du secret : vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ». Thèse en anthropologie, Paris : EHESS. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00761339/document>
- Herek, G. M., 2002. « Thinking About AIDS and Stigma: A Psychologist's Perspective ». *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 30 (4) : 594–607.

- Heron, R., 2016. « Les mangeurs urbains burkinabè, entre satisfaction et sécurisation alimentaires ». Thèse en socio-anthropologie, Université Panthéon-Sorbonne. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01578922/document>
- Herrera, R., et Ilboudo L., 2012. « Les défis de l'agriculture paysanne : le cas du Burkina Faso ». *L'Homme & la société*, n° 183-184 : 83-95. <https://doi.org/10.3917/lhs.183.0083>
- Hien, A., Soma D., Hema O., Bayili B., Namountougou M., Gnankiné O., Baldet T., Diabaté A., et Dabiré K., 2017. « Evidence That Agricultural Use of Pesticides Selects Pyrethroid Resistance within *Anopheles Gambiae* s.l. Populations from Cotton Growing Areas in Burkina Faso, West Africa ». *PloS One* 12 (3) : e0173098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173098>
- Hien, D., 2016. « Itinéraires professionnels féminins : une ethnographie socio-économique des activités des femmes en milieu urbain (Ouagadougou, Burkina Faso) ». Mémoire de master en anthropologie, Aix Marseille Université. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01361441/document>.
- Hien, H., Drabo M., Ouédraogo L., Konfé S., Sanou D., Zéba S., Compaoré S., Ouédraogo J. B., et Méda N. 2013. « Connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque infectieux associé aux soins : étude dans un hôpital de district au Burkina Faso ». *Santé Publique* 25 (2) : 219-26. <https://doi.org/10.3917/spub.132.0219>
- Hilgers, M., et Loada A., 2013. « Tensions et protestations dans un régime semi-autoritaire : croissance des révoltes populaires et maintien du pouvoir au Burkina Faso ». *Politique africaine*, n° 131 : 187-208. <https://doi.org/10.3917/polaf.131.0187>
- Hirata, H., 2003. « Pour qui sonnent les glas ? Mondialisation et division sexuelle du travail ». In *Regards de femmes sur la globalisation : approches critiques*, Paris : Karthala, 11-25.
- Horne, J., 1998. « In pursuit of greater France : Visions of Empire among Musée Social reformers, 1984-1931 ». In *Domesticating the empire: race, gender, and family life in French and Dutch colonialism*. Charlottesville : University Press of Virginia, 21-42.
- Hours, B., 1985. *L'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun*. Paris, France : L'Harmattan.
- . 2001. *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*. Paris, France : Karthala.
- Hours, B., et Sélim M., 2007. « Production et perte des sens du Sud ». *Autrepart*, n° 41 : 41-55. <https://doi.org/10.3917/autr.041.0041>

Hugon, A., 2004. « La redéfinition de la maternité en Gold Coast, des années 1920 aux années 1950 : projet colonial et réalités locales ». In *Histoire des femmes en situation coloniale : Afrique et Asie, XXe siècle*, Paris : Karthala, 145-171.

INSD. 2002. « La consommation et le rôle du secteur informel dans la satisfaction des besoins des ménages dans l'agglomération de Ouagadougou. Enquête 1-2-3 ». Burkina Faso : Ministère de l'Economie et du Développement. http://www.cns.bf/IMG/pdf/analyse_phas3_bf_vf_edite.pdf.

———. 2015. « Annuaire statistique 2014 ». http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_2014_du_ms.pdf.

———. 2017. « Annuaire statistique 2016 ». http://www.insd.bf/n/contenu/pub_periodiques/annuaires_stat/Annuaire_stat_nationaux_BF/Annuaire_stat_2016.pdf.

INSERM. 2013. « Pesticides. Effets sur la santé. Expertise collective ». <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000015.pdf>.

Jaffré, Y., 2012. *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest : une contribution anthropologique*. Clauay, France : Éd. Faustroll.

Jaffré, Y., et Olivier de Sardan J. P., 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, France : Karthala, 2003.

Janin, Pierre. 2009a. « Précarité et vulnérabilité alimentaires ». Ouagadougou : IRD. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010046854>.

———. 2009b. « Les « émeutes de la faim » : une lecture (géo-politique) du changement (social) ». *Politique étrangère* (2) : 251-63.

———. 2012. « Gestion spatio-temporelle de la soudure alimentaire dans le Sahel Burkinabé ». *Revue Tiers Monde*, n° 180 : 909-33.

Jas, N., 2010. « Pesticides et santé des travailleurs agricoles en France. Questions anciennes, nouveaux enjeux ». *Le Courrier de l'environnement de l'INRA* (59) : 47-59.

Jasseron, C., 2012. « Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en France à l'ère des multithérapies : des recommandations aux pratiques ». Thèse en santé publique et en épidémiologie, Université Paris Sud - Paris XI. <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00783714>

Jewkes, R., Abrahams N., et Mvo Z., 1998. « Why Do Nurses Abuse Patients? Reflections from South African Obstetric Services ». *Social Science & Medicine* 47 (11) : 1781-95.

Jouzel, J. N., et Dedieu F., 2013. « Rendre visible et laisser dans l'ombre ». *Revue française de science politique* 63 (1) : 29-49. <https://doi.org/10.3917/rfsp.631.0029>

- Kalife, N. M., 2016. « La génèse du franc CFA ». In *Sortir l'Afrique de la servitude monétaire :   qui profite le franc CFA ?* Paris, France : La Dispute, 81-100.
- Kalra, S., Dewan P., Batra P., Sharma T., Tyagi V., et Banerjee B., 2016. « Organochlorine Pesticide Exposure in Mothers and Neural Tube Defects in Offsprings ». *Reproductive Toxicology* 66 : 56-60.
- Kanja, L., Sk re J. U., Nafstad I., Maitai C. K., et L kken P., 1986. « Organochlorine Pesticides in Human Milk from Different Areas of Kenya 1983-1985 ». *Journal of Toxicology and Environmental Health* 19 (4) : 449-64.
- Kanji, N., Tan S., et Toulmin C., 2007. « Introduction: Boserup Revisited ». In *Woman's Role in Economic Development*, Routledge, V-XXVI.
- Kante-Traore, H., Sawadogo-Lingani H., Seogo I., Kabore D., et Dicko M. H., 2017. « Procédés de transformation de la mangue et niveau de connaissance des normes de qualité par les unités de production au Burkina Faso ». *International Journal of Biological and Chemical Sciences* 11 (1) : 195-207. <https://doi.org/10.4314/ijbcs.v11i1.16>
- Kendall, C., 2009. « La Santé ». In *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Paris : Colin, 155-74.
- Kermisch, C., 2010. *Les paradigmes de la perception du risque*. Paris, France : Editions Tec & Doc.
- Khan, K. S., Wojdyla D., Say L., G lmezoglu A. M., et Van Look P., 2006. « WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A Systematic Review ». *Lancet* 367 (9516) : 1066-74.
- Kindo, M., 2015. « Orpaillage et dynamique des exploitations agricoles familiales au Burkina Faso : cas de la commune rurale de Y  dans la Province du Nayala, région de la boucle du Mouhoun. » Mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Ouagadougou.
- Kinyamu, J. K., Kanja L. W., Skaare J. U., et Maitho T. E. 1998. « Levels of Organochlorine Pesticides Residues in Milk of Urban Mothers in Kenya ». *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology* 60 (5) : 732-38.
- Ko, H., 2008. « Influence des rejets industriels sur la pollution des eaux à Bobo Dioulasso (Burkina Faso) ». Mémoire de DEA en gestion intégrée des ressources naturelles, Université polytechnique de Bobo Dioulasso. <http://www.beep.ird.fr/collect/upb/index/assoc/IDR-2008-KOH-INF/IDR-2008-KOH-INF.pdf>
- Korb go, G., et Lingani S., 2013. « Des vies reconstruites. Exclusion et réinsertion sociale des femmes vivant avec le VIH   Ouagadougou (Burkina Faso) ». *Sciences sociales et santé* 31 (3) : 5-28.

Laborde-Balen, G., 2016. « Au-delà du traitement du Sida : une anthropologie de l'échec thérapeutique au Cameroun ». Thèse en anthropologie, Aix Marseille Université.

Lallemand, S., Journet O., et Ewombé-Moundo E., 1991. *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris, France : L'Harmattan.

Landrigan, P. J., Sonawane B., Mattison D., McCally M., et Garg A., 2002. « Chemical Contaminants in Breast Milk and Their Impacts on Children's Health : An Overview ». *Environmental Health Perspectives* 110 (6) : 313-315.

La Soudière (de), M., 1988. « L'inconfort du terrain. « Faire » la Creuse, le Maroc, la Lozère... ». *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, n° 11 : 94-105. <https://doi.org/10.4000/terrain.3316>

Lawrence, M., Coward W. A., Lawrence F., Cole T. J., et Whitehead R. G., 1987. « Fat Gain during Pregnancy in Rural African Women: The Effect of Season and Dietary Status ». *The American Journal of Clinical Nutrition* 45 (6) : 1442-50.

Le Breton, D., 2012. *Sociologie du risque*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Le Cœur S., et Khlat M., 2004. « La mortalité maternelle au temps du Sida ». In *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris : CEPED,100.

Le Cour Grandmaison O., 2014. *L'empire des hygiénistes : vivre aux colonies*. Paris : Fayard.

Lehmann, E., Fargues M., Dibié J. J., Konaté Y., et de Alencastro L., 2018. « Assessment of Water Resource Contamination by Pesticides in Vegetable-Producing Areas in Burkina Faso ». *Environmental Science and Pollution Research* 25 (4) : 3681-94.

Lehmann, E., Oltramare C., Dibié J. J., Konaté Y., et de Alencastro L., 2018. « Assessment of human exposure to pesticides by hair analysis: The case of vegetable-producing areas in Burkina Faso ». *Environment International* 111 : 317-31.

Le Marcis, F., 2015. « « Traiter les corps comme des fagots » Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée) ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 11. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1907>.

Le Palec, S., 1999. « Le sida, une maladie des femmes ». In *Vivre et penser le sida en Afrique*, France ; Sénégal : Karthala, IRD, 343-69.

Lévy, A, Cazaban M, et Duffour J., 1999. *Santé publique*. Paris, France.

Lindheimer, M.D., Taler S. J., et Cunningham F. G., 2010. « Hypertension in Pregnancy ». *Journal of the American Society of Hypertension* 4 (2) : 68-78.

- Loada, M., et Ouedraogo-Nikiema L., 2009. « Enquête Nationale sur l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition (ENIAM) ». Rapport définitif, Burkina Faso : Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques.
- London, L., Grosbois S., Wesseling C., Kisting S., Rother H. A., et Mergler D., 2002. « Pesticide Usage and Health Consequences for Women in Developing Countries: Out of Sight, out of Mind? » *International Journal of Occupational and Environmental Health* 8 (1) : 46-59.
- Lourme-Ruiz, A., Dury S., et Martin-Prével Y., 2016. « Consomme-t-on ce que l'on sème ? Relations entre diversité de la production, revenu agricole et diversité alimentaire au Burkina Faso ». *Cahiers Agricultures* 25 (6) : 1-11. <https://www.cahiersagricultures.fr/articles/cagri/pdf/2016/06/cagri160033.pdf>
- Luna, J., 2018. « Getting out of the dirt : racialized modernity and environmental inequality in the cotton sector of Burkina Faso ». *Environmental Sociology* (4): 221-234.
- Luna, J., 2018. « « Pesticides are our children now » : changing labor dynamics and feedback loops in agricultural technology adoption ». In *Capitalism, Culture and Cotton : new agricultural technologies in Burkina Faso*. Thèse, Faculty of the Graduate School of the University of Colorado. Department of Sociology, 107-35.
- Mahler, H., 1987. « The Safe Motherhood Initiative: A Call to Action ». *Lancet* 1 (8534) : 668-70.
- Mancini, F., Van Bruggen A., Jiggins J., Ambatipudi A., et Murphy H., 2005. « Acute Pesticide Poisoning among Female and Male Cotton Growers in India ». *International Journal of Occupational and Environmental Health* 11 (3): 221-32.
- Marcus, G.E., 1995. « Ethnography in/of the World System : The Emergence of Multi-Sited Ethnography ». *Annual Review of Anthropology* 24 : 95-117.
- Marie, A., 1981. « Marginalité et conditions sociales du prolétariat urbain en Afrique. Les approches du concept de marginalité et son évaluation critique. » *Cahiers d'Études africaines* 21 (81) : 347-74. <https://doi.org/10.3406/cea.1981.2318>
- Massé, Raymond. 1995. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- . 2007. « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale ». *Sociologie et sociétés* 39 (1) : 13-27. <https://doi.org/10.7202/016930ar>
- Mendola, P., et Buck L., 2010. « Environmental contaminants, female reproductive health and fertility ». In *Environmental Impacts on Reproductive Health and Fertility*, Cambridge, UK : Cambridge University Press, 161-72.

Messing, K., 2004. « Physical Exposures in Work Commonly Done by Women ». *Canadian Journal of Applied Physiology* 29 (5) : 639-56.

———. 2016. *Les souffrances invisibles: pour une science du travail à l'écoute des gens*. Montréal, Canada : Ecosociété.

Messing, K., et Östlin P., 2006. « Gender Equality, Work and Health. A Review of the Evidence ». WHO. <http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>.

Mestrum, F., 2007. « Les chiffres de la santé et la santé des chiffres ». In *La santé pour tous. Se réapproprier Alma Ata*, Genève : CETIM, 41-55.

———. 2008. « La pauvreté multidimensionnelle. La dynamique sémantique dans le discours de la Banque mondiale ». *Mots. Les langages du politique*, n° 88 : 25-37.

Millogo, F., 2008. « Analyse socio - économique de la production du soubala dans la région des Hauts - Bassins avec comparaison des types de production traditionnelle et semi moderne (ALTECH) ». Mémoire de fin de cycle d'ingénieur en développement rural, Université polytechnique de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. <http://www.beep.ird.fr/collect/upb/index/assoc/IDR-2008-MIL-ANA/IDR-2008-MIL-ANA.pdf>

Ministère de la Santé du Burkina Faso. 2014. « Programme national de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH ». Rapport annuel 2013.

Ministère de la Santé du Burkina Faso. 2011a. « Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020 ». Ministère de la Santé du Burkina Faso. http://www.sante.gov.bf/files/Politiques_sanitaires/PNDS2011-2020_version1.pdf

———. 2011b. « Directives pour la mise en œuvre du programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015 ».

Moseley, W. G., et Gray L., 2008. *Hanging by a Thread : Cotton, Globalization, and Poverty in Africa*. Ohio University, The Nordic Africa Institute.

Moses, M., 2003. « Introduction : the failure to protect women from pesticides ». In *Silent Invaders. Pesticides, Livelihoods and Women's Health*, London ; New York : Zed Book, 1-5.

Moyer, E., et Hardon A., 2014. « A Disease Unlike Any Other? Why HIV Remains Exceptional in the Age of Treatment ». *Medical Anthropology* 33 (4) : 263-69.

Mrema, E. J., Ngowi V., Kishinhi S., et Mamuya S., 2017. « Pesticide Exposure and Health Problems Among Female Horticulture Workers in Tanzania ». *Environmental Health Insights* 11 : 1-13. <https://doi.org/10.1177/1178630217715237>

Msellati, P., et Meyer L., 2011. « Les spécificités épidémiologiques et cliniques de l'atteinte des femmes par le VIH et les questions de prise en charge du sud. » In

Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge, Paris : ANRS, Sciences Sociales et Sida, 1-14.

Munger, R., Isacson P., Hu S., Burns T., Hanson J., Lynch C. F., Cherryholmes K., Van Dorpe P., et Hausler W. J., 1997. « Intrauterine growth retardation in Iowa communities with herbicide-contaminated drinking water supplies. » *Environmental Health Perspectives* 105 (3) : 308-14.

Musso, S., 2018. « Façonnements sociaux des vulnérabilités des femmes. Retour sur l'histoire sociale et les leçons sur l'épidémie de VIH ». In *Femmes, enfants et santé à Madagascar : approches anthropologiques comparées*, Paris : L'Harmattan, 247-60.

Naidoo, S., 2011. « Women's Occupational Health Working in Small-Scale Agriculture in South Africa ». Thèse en santé publique, Utrecht University.

Namoutougou, M., Simard F., Baldet T., Diabaté A., Ouédraogo J. B., Martin T., et Dabiré R. K., 2012. « Multiple Insecticide Resistance in *Anopheles Gambiae* s.l. Populations from Burkina Faso, West Africa ». *PloS One* 7 (11) : e48412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048412>

Naré, A., Savadogo P., Gnankambary Z., Nacro H., et Sedogo M., 2015. « Analyzing Risks Related to the Use of Pesticides in Vegetable Gardens in Burkina Faso ». *Agriculture, Forestry and Fisheries* 4 (4) : 165. <https://doi.org/10.11648/j.aff.20150404.13>

Nauleau, M., Destremau B., et Lautier B., 2013. « « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». *Revue Tiers Monde*, n° 215 : 129-48.

Nébié, R. C., Yameogo T. R., et Sie S. F., 2002. « Résidus de pesticides dans quelques produits alimentaires de grande consommation au Burkina Faso. » *Bull. Inf. SOACHIM*, n° 4 : 68-78.

Nganoah, V., 2009. « Etude risques environnementaux et sanitaires liés à l'utilisation des pesticides chimiques de synthèse dans la culture du coton à l'Ouest du Burkina Faso. ». Mémoire de fin d'étude de Master d'ingénierie de l'eau et l'environnement, Institut International d'Ingénierie, Ouagadougou, Burkina Faso. http://documentation.2ie-edu.org/cdi2ie/opac_css/doc_num.php?explnum_id=739

Nguyen, V. K. 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham : Duke University Press Books.

Niang, C. I. 2014. « Ebola : une épidémie postcoloniale ». *Politique étrangère* (4) : 97-109. <https://doi.org/10.3917/pe.144.0097>

Ntow, W. J., 2001. « Organochlorine Pesticides in Water, Sediment, Crops, and Human Fluids in a Farming Community in Ghana ». *Archives of Environmental Contamination and Toxicology* 40 (4) : 557-63.

Nubukpo, K., Belinga M. Z., Tinel B., et Dembélé D. M., 2016. *Sortir l'Afrique de la servitude monétaire : à qui profite le franc CFA ?* Paris, France : La Dispute.

OCDE. 2016. « Burkina Faso 2016. Perspectives économiques en Afrique ».

Ochoa-Acuña, H., Frankenberger J., Hahn L., et Carbajo C., 2009. « Drinking-Water Herbicide Exposure in Indiana and Prevalence of Small-for-Gestational-Age and Preterm Delivery ». *Environmental Health Perspectives* 117 (10) : 1619-24. <https://doi.org/10.1289/ehp.0900784>

Oliveira, A., Simone G., et Schraiber L., 2002. « Violence against Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem ». *Lancet* 359 (9318) : 1681-85.

Olivier de Sardan, J. P., 2001. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. ». *Autrepart*, n° 20 : 61-73.

Olivier de Sardan, J. P., 2003. « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? » In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, 265-94.

Olivier de Sardan, J. P., 2000. « Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain ». *Revue française de sociologie* 41 (3) : 417-45.

———. 2008. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve, Belgique : Academia-Bruylant.

Olivier de Sardan, J. P., et Ridde V., 2014. *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris, France : Karthala.

OMS. 1985. « Les femmes, la santé et le développement ». Publication offset n°90. Genève : OMS.

———. 2000. « Pour une grossesse à moindre risque. Rapport du Secrétariat ». OMS. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/fe26.pdf

———. 2002. « Définition et évaluation des risques pour la santé ». In *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. <http://www.who.int/whr/2002/en/chapter2fr.pdf>

———. 2008. « La recherche pour la sécurité des patients ». OMS. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_fr.pdf

———. 2012. « Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson ». Mise à jour programmatique. http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update2012/fr/

- . 2014. « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins ». Déclaration de l'OMS, Genève : OMS.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1
- . 2015. « Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 ». <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/fr/>
- . 2017. « Profil Sanitaire complet du Burkina Faso 2015. Système de santé du Burkina Faso. Module 2 ». Burkina Faso : OMS/Ministère de la Santé du Burkina Faso. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/Profil%20sanitaire%20du%20Burkina%20%202.pdf>
- OMS, et ONUSIDA. 2012. « Infection à VIH : traitement 2.0 en bref ». http://www.who.int/hiv/pub/arv/treatment2_brochure/fr/
- ONU. 1994. « Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Assemblée Générale des Nations Unies ». A/RES/48/104.
- . 2016. « Déclaration politique sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 ». https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.52&Lang=F
- . 2017. « Progress towards the Sustainable Development Goals ». Report of the Secretary-General, UNO/Economic and Social Council. <https://sustainabledevelopment.un.org/SDG3>
- ONU Habitat. 2014. « L'état des villes africaines 2014. Réinventer la transition urbaine ». Kenya : ONU Habitat.
- ONUSIDA. 1997. « Les femmes et le SIDA. » http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-pov_fr_0.pdf
- . 2004. « Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA ». 4ème rapport mondial. http://data.unaids.org/global-reports/bangkok-2004/unaidsbangkokpress/gar2004htmlfr/gar2004_00_fr.htm#TopOfPage
- . 2018. « Un long chemin reste à parcourir ». Mise à jour des données mondiales du sida 2018. <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2018/global-aids-update>
- Otis, J., Lévy J., et Bernier M., 2015. *La recherche communautaire VIH/sida : des savoirs engagés*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Ouattara, F., Gruénais M. E., et Richard F., 2016. *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso : anthropologie et santé publique dans un projet d'amélioration des soins obstétricaux*. Paris, France : L'Harmattan.

Ouedraogo, J. B., Ouedraogo R., Iboulo S., Bayili B., Paré T., Kékélé A., et Sawadogo B., 2016. « Utilisation des pesticides agricoles dans trois régions à l'ouest du Burkina Faso et évaluation de leur impact sur la santé et l'environnement : cas des Régions de la Boucle du Mouhoun, des Cascades et des Hauts-Bassins. » Rapport final, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Burkina Faso.

Ouedraogo, R., 2016. « Les évacuations sanitaires des femmes enceintes : acteurs et logiques sociales en situation d'évacuation ». In *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso*, Paris, France : L'Harmattan, 113-32.

Ouedraogo, R., Toé A., Ilboudo S., et Guissou P., 2014. « Risk of workers exposure to pesticides during mixing/loading and supervision of the application in sugarcane cultivation in Burkina Faso ». *International Journal of Environmental Science and Toxicology* 2 : 143-51.

Ouedraogo, R., Pare S., Toé A., et Guissou P., 2012. « Pesticides risk assessment by piri for surface water in sugar cane cultivation in Burkina Faso ». *Journal of Environmental Hydrology* 20 : 1-10.

Packard, R. M., 1989. « Industrial Production, Health and Disease in Sub-Saharan Africa ». *Social Science & Medicine* 28 (5) : 475-96.

Packard, R. M., et Epstein P., 1991. « Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa ». *Social Science & Medicine* 33 (7) : 771-83; discussion 783-794.

Paluzzi J. E, 2004. « Primary health care since Alma Ata: Lost in the Bretton Woods? » In *Unhealthy Health Policy : A Critical Anthropological Examination*, Altamira Press, 63-78.

Paré, M., 1985. « L'utilisation actuelle des pesticides au Burkina Faso ». Thèse de médecine vétérinaire, Faculté de médecine et de pharmacie de Dakar. <http://www.beep.ird.fr/collect/eismv/index/assoc/TD85-11.dir/TD85-11.pdf>

Pastore, L. M., Hertz-Picciotto I., et Beaumont J. J., 1997. « Risk of stillbirth from occupational and residential exposures. » *Occupational and Environmental Medicine* 54 (7) : 511-18.

Paul, J., 2012. « Partir du bon pied : Guide sur la maternité sans risques et le monde du travail ». Genève : Bureau International du Travail. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_177367.pdf

Peretti-Watel, P., 2000. *Sociologie du risque*. Paris, France : Armand Colin.

———. 2003. *Sociologie du risque*. Paris, France : Armand Colin.

———. 2004. « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque ». *Revue française de sociologie* Vol. 45 (1) : 103-32.

- Peretti-Watel, P., et Moatti J. P., 2009. *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*. Paris, France : Seuil.
- Pétonnet, C., 1982. « L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien ». *L'Homme* 22 (4) : 37-47. <https://doi.org/10.3406/hom.1982.368323>
- Pfeiffer, J., et Nichter M., 2008. « What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? A Health Systems Perspective ». *Medical Anthropology Quarterly* 22 (4) : 410-15.
- PNUD. 2001. « Rapport National sur le Développement Humain 2001 ». Le PNUD au Burkina Faso. 2001. http://www.bf.undp.org/content/burkina_faso/fr/home/library/human_development/apnatdh01.html
- . 2016a. « Rapport sur le développement humain 2016. Le développement humain pour tous ». PNUD. http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_FR_Overview_Web.pdf
- . 2016b. « Rapport sur le développement humain en Afrique 2016. Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique ». <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hdr/2016-africa-human-development-report.html>
- Pohl, H. R., et Tylenda C. A., 2000. « Breast-Feeding Exposure of Infants to Selected Pesticides: A Public Health Viewpoint ». *Toxicology and Industrial Health* 16 (2) : 65-77.
- Poussart-Vanier, M., 2005. « La politisation de l'aide alimentaire d'urgence au Burkina-Faso ». *Tiers-Monde* 46 (184) : 737-60.
- Pruval, A., 2004. « La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique », *Médecine Tropicale*, 64 : 569-575.
- Bourdieu P., 1988. « Préface ». In *Un ethnologue au Maroc : réflexions sur une enquête de terrain*, Paris, France : Hachette, 11-14.
- Rappazzo, K. M., Warren J. L., Meyer R. E., Herring A. H., Sanders A. P., Brownstein N. C., et Luben T. J., 2016. « Maternal Residential Exposure to Agricultural Pesticides and Birth Defects in a 2003 to 2005 North Carolina Birth Cohort ». *Birth Defects Research. Part A, Clinical and Molecular Teratology* 106 (4) : 240-49.
- Reif, J. S., 2011. « Animal Sentinels for Environmental and Public Health ». *Public Health Reports* 126 : 50-57.
- REN LAC. 2016. « Rapport sur l'état de la corruption ». Burkina Faso, Réseau National de la Lutte Anti-Corruption (REN LAC).

Ricau, P., 2013. « Connaître et Comprendre le marché international de l'anacarde ». RONGEAD. Commerce international et développement durable. http://www.rongead.org/IMG/pdf/Guide_RONGEAD___Le_Marche_International_de_l_Anacarde.pdf

Ridde, V., 2014. « De la généralisation à la suppression du paiement direct. Une histoire de politiques publiques et de projets pilotes ». In *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Karthala, 31-49.

Rivière, J. L. 1993. « Les animaux sentinelles ». *Le Courrier de l'environnement de l'INRA* (20) : 59-68.

Roberts, S. B., Paul A. A., Cole T. J., et Whitehead R. G., 1982. « Seasonal Changes in Activity, Birth Weight and Lactational Performance in Rural Gambian Women ». *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 76 (5) : 668-78.

Robineau, O., 2014. « Les quartiers non-lotis : espaces de l'entre-deux dans la ville burkinabé ». *Carnets de géographes*, n° 7 : 1-7 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/cdg.478>

Rodier, P. M. 2004. « Environmental Causes of Central Nervous System Maldevelopment ». *Pediatrics* 113 (4) : 1076-83.

Rollet-Echalier, C., 1990. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*. Paris, INED : Presses universitaires de France.

Roncati, L., Pisciolli F., et Pusioli T., 2016. « The Endocrine Disruptors among the Environmental Risk Factors for Stillbirth ». *The Science of the Total Environment* 563-564 : 1086-87.

Ronsmans, C., et Graham W., 2006. « Maternal mortality: who, when, where, and why ». *The Lancet* 368 (9542) : 1189-1200.

Rosenfield, A., et Maine D., 1985. « MATERNAL MORTALITY-A NEGLECTED TRAGEDY: Where is the M in MCH? ». *The Lancet*, 326 (8446) : 83-85.

Rother, H. A. 2008. « South African Farm Workers' Interpretation of Risk Assessment Data Expressed as Pictograms on Pesticide Labels ». *Environmental Research* 108 (3) : 419-27.

Rull, R. P., Ritz B., et Shaw G. M., 2006. « Neural Tube Defects and Maternal Residential Proximity to Agricultural Pesticide Applications ». *American Journal of Epidemiology* 163 (8) : 743-53.

Sanon A., 2009. « De la houe à la charrue : innovations technologiques et changements sociaux dans l'ouest burkinabè ». In *Travail et société au Burkina Faso. Technique, innovation, mobilisation*, Paris : L'Harmattan, 201-223.

Saout, C., 2009. « La crise de confiance dans le système de santé ». *Les Tribunes de la santé*, n° 22 : 119-32. <https://doi.org/10.3917/seve.022.0119>

Saul, M. et Royer P., 2002. *West African Challenge To Empire: Culture & History In Volta-Bani Anticolonial War*. Athens ; Oxford : Ohio University Press.

Saussey, M., Moity Maïzi P., et Muchnik J., 2008. « Nouvelles formes de reconnaissance des femmes burkinabè dans la production collective de beurre de karité ». *Cahiers Agricultures* 17 (6) : 582-86.

Saussey, M., 2011. « Initiatives féminines et économie sociale et solidaire dans la production du beurre de karité au Burkina Faso ». In *Femmes, économie et développement*, Toulouse : ERES, 107-28.

Saussey, M., et Elias M., 2012. « Consommer équitable et vendre son beurre. Imaginaire politico-écologique d'une filière globalisée ». In *A quoi et comment dépenser son argent ?* Paris : L'Harmattan, 207-28.

Savadogo P. W., Traoré O., Topan M., Tapsoba K. H., Sédogo P. M. et Bonzi-Coulibaly L. Y., 2006. « Variation de la teneur en résidus de pesticides dans les sols de la zone cotonnière du Burkina Faso. », *Journal Africain des Sciences de l'Environnement*, 1 : 29-39.

Savy, M., Martin-Prével Y., Traissac P., Eymard-Duvernay S., et Delpeuch F., 2006. « Dietary Diversity Scores and Nutritional Status of Women Change during the Seasonal Food Shortage in Rural Burkina Faso ». *The Journal of Nutrition* 136 (10) : 2625-32.

Schettler, T., Solomon G., Valenti M., et Huddle A., 2000. *Generations at Risk : Reproductive Health and the Environment*. Cambridge : The MIT Press.

Schiffers, B., 2012. « Les pesticides ou le mythe de Prométhée revisité ». Leçon inaugurale, Rentrée académique 2012. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/212918>

Schwartz, A., 1994. « L'adhésion des paysans à la culture du coton au Burkina Faso : des comportements contrastés ». In *Economie des politiques agricoles dans les pays en développement*, Revue française d'économie, 105-29.

———. 1995. « La politique coloniale de la mise en valeur agricole de la Haute-Volta (1919-1960) ». In *La Haute-Volta coloniale : témoignages, recherches, regards*, Paris : Karthala, 263-91.

———. 2000. « Culture du coton, sécurité alimentaire et développement durable dans les savanes de l'Afrique subsaharienne. L'exemple du Burkina Faso. » In *Sécurité alimentaire et développement durable*, Londres ; Paris ; New York : Technique et Documentation, 189-198.

Servais, S., 2013. « Les pratiques de soins des femmes enceintes à Bobo Dioulasso. Une médicalisation inachevée de la grossesse ». Mémoire de Master en anthropologie de la santé, Aix Marseille Université.

Setbon, M., 2000. « La normalisation paradoxale du sida ». *Revue française de sociologie* 41 (1) : 61-78.

Shaffer, N., Chuachoowong R., Mock P. A., Bhadrakom C., Siriwasin W., Young N. L., Chotpitayasunondh T., et al., 1999. « Short-Course Zidovudine for Perinatal HIV-1 Transmission in Bangkok, Thailand: A Randomised Controlled Trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group ». *Lancet* 353 (9155) : 773-80.

Shy, C, Greenberg R, et Winn D., 1994. « Sentinel health events of environmental contamination: a consensus statement. » *Environmental Health Perspectives* 102 (3) : 316-17.

Siddiqui, M. W., et Dhua R.S., 2010. « Eating Artificially Ripened Fruits is Harmful ». *Current science* 99 : 1664-68.

Simon, F., Kraemer P., De Pina J. J., et Rapp C., 2007. « Le risque nosocomial en Afrique intertropicale partie 2 : les infections des patients », *Médecine Tropicale*, n° 67 : 197-203.

Skaare, J. U., 1981. « Persistent Organochlorinated Compounds in Norwegian Human Milk in 1979 ». *Acta Pharmacologica et Toxicologica* 49 (5) : 384-89.

Skinner, M. K., 2016. « Endocrine Disruptors in 2015: Epigenetic Transgenerational Inheritance ». *Nature Reviews. Endocrinology* 12 (2) : 68-70.

Slovic, P., 2000. *The perception of risk*. London, Royaume-Uni, Etats-Unis : Risk, society and policy series.

Somé, E., Da C., Boncougou J., et Poda J. N., 2017. « Who is responsible for couple infertility: A clinic-based survey in Ouagadougou (Burkina Faso) ». *International Journal of Nursing and Midwifery* 9 (2) : 10-16.

Somogyi, A, et Beck H., 1993. « Nurturing and breast-feeding: exposure to chemicals in breast milk. » *Environmental Health Perspectives* 101 : 45-52.

Son, D., Somda I., Legreve A., et Schiffers B., 2017. « Pratiques phytosanitaires des producteurs de tomates du Burkina Faso et risques pour la santé et l'environnement ». *Cahiers Agricultures* 26 (2) : 1-6. <https://doi.org/10.1051/cagri/2017010>

Song-Naba, F., 2016. « Entreprises informelles de transformation agroalimentaire au Burkina Faso : entre impératifs sanitaires et réalités économiques ». *Revue Congolaise de Gestion* Numéro 21-22 (1) : 125-55. <https://doi.org/10.3917/rcg.021.0125>

Soto, A. M., Chung K. L., et Sonnenschein C., 1994. « The pesticides endosulfan, toxaphene, and dieldrin have estrogenic effects on human estrogen-sensitive cells. » *Environmental Health Perspectives* 102 (4) : 380-83.

- Sow, K., 2013. « De l'exception à la « normalisation » : Anthropologie de la santé reproductive confrontée au VIH au Sénégal ». Thèse en anthropologie, Aix-Marseille Université.
- Stahl R., 1997. « Can mammalian and non-mammalian « sentinel species »; data be used to evaluate the human health implications of environmental contaminants? » *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal* (3) : 329-35.
- Starrs A., 1987. « Prévenir la mort tragique de la mère ». Rapport sur la Conférence internationale sur la Maternité sans Risques, Banque Mondiale ; OMS ; UNFPA.
- . 1997. « The Safe Motherhood action agenda: priorities for the next decade. » Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka. <https://www.popline.org/node/526231>
- Stillwaggon, E., 2006. *AIDS and the Ecology of Poverty*. Oxford ; New York : Oxford University Press.
- Sutter, P. L. 2010. « Analyse de la filière anacarde au Burkina-Faso : identification des leviers d'actions pour une meilleure valorisation des ressources paysanne ». Mémoire de fin d'études d'ingénieur, Institut Supérieur d'Agriculture de Lille. http://www.rongead.org/IMG/pdf/Memoire_Sutter_PL-2.pdf
- Tagutchou, J. P., et Naquin P., 2012. « Caractérisation et traitement thermo-chimique des coques d'anacarde en vue de leur valorisation énergétique dans les procédés de transformation artisanale de noix de cajou », *Déchets sciences et techniques, revue francophone d'écologie industrielle*, n° 62 : 28-35.
- Talahite, F., 2010. « Genre, marché du travail et mondialisation ». In *Le sexe de la mondialisation*, Presses de Sciences Po, 43-56.
- Tapsoba, H., et Bonzi Coulibaly Y., 2006. « Production cotonnière et pollution des eaux par les pesticides au Burkina Faso », *Journal de la Société ouest-africaine de chimie*, n° 21 : 87-93.
- Tarnagda, Z., Toé A., Ido G., et Koné S., 2002. « Pollution chimique et microbiologique des eaux du marigot Houët : mort massive des silures et menaces sanitaires des populations riveraines », *L'Eau, L'Industrie, Les Nuisances*, n°8 : 49-58.
- Teixeira, M., Nathalie B., et Agnès G., 2015. « De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : effets secondaires et usages à la marge ». In *Anthropologie du médicament au sud*, Paris, France : L'Harmattan, 181-195.
- Thébaud, F., 1986. *Quand nos grand-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'entre-deux guerres*. Lyon, France : Presses universitaires de Lyon.
- Thiébaud, S., 2017. *Écologie de la santé : pour une nouvelle lecture de nos maux*. Paris, France : Le Cherche Midi ; CNRS.

Thune, M., 2011. « L'industrialisation de l'exploitation de l'or à Kalsaka, Burkina Faso : une chance pour une population rurale pauvre ? » *EchoGéo*, n° 17 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/echogeo.12535>

Tinel, B., 2016. « Le fonctionnement des comptes d'opérations et leur rôle dans les relations entre la France et les pays africain ». Documents de travail du Centre d'Economie de la Sorbonne. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01391233/document>

Toé A., 2010. « Pilot Study on Agricultural Pesticide Poisoning in Burkina Faso. » Final Report, Secretariat of the Rotterdam Convention. https://www.publiceye.ch/fileadmin/files/documents/Syngenta/Paraquat/2010_Pilot_Study_on_Agricultural_Pesticide_Poisoning_Report_Final_SHPF_Burkina_EN.pdf

Ton, P., Tovignan S., et Vodouhê S. D., 2000. « Endosulfan Deaths and Poisonings in Benin. » *Pesticides News*, n° No. 47.

Tourneux, H., 2010. « Evaluation de la communication en matière de risques liés à l'utilisation des pesticides au Nord-Cameroun ». In *Sociétés, Environnement, Santé*, IRD Editions, 171-85.

Traoré, S., 2010. *Approche ethnologique des transformations des rôles des femmes et de leurs activités en milieu rural au Burkina Faso : les Bwaba de Bondukuy*. Thèse en ethnologie, Université Paris Descartes.

Treichler, P., 1999. *How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS*. Durham : Duke University Press Books.

UN Environment. 2017. « The 16 New POPs. An introduction to the chemicals added to the Stockholm Convention as Persistent Organic Pollutants by the Conference of the Parties ».

Unger, J. P., et Killingsworth J. R., 1986. « Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results ». *Social Science & Medicine* 22 (10): 1001-13.

UNICEF. 2017. « Levels and Trends in Child Mortality ». Report 2017, United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME).

Van der Maren, J. M., 2011. « Écrire en recherche qualitative et le conflit des paradigmes », Hors-série « Les Actes », n° 11. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v11/RQ-HS11-numero_complet.pdf

Vaufleury, A., Gimbert F., et Gomot L., 2013. *Bioaccumulation, bioamplification des polluants dans la faune terrestre. Un outil pour la biosurveillance des écosystèmes*. ADEME, EDP Sciences.

Vautier, R., 2013. *Afrique 50. Les Mutins de Pangée* : Arcadès.

Vidal, L., 1999. « Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes ». *Autrepart*, n° 12 : 19-36.

———. 2000. *Femmes en temps de sida : expériences d'Afrique*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Walsh, J. A., et Warren K. S., 1979. « Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries ». *The New England Journal of Medicine* 301 (18) : 967-74.

Wang, A., Padula A., Sirota M., et Woodruff T. J., 2016. « Environmental Influences on Reproductive Health: The Importance of Chemical Exposures ». *Fertility and Sterility* 106 (4) : 905-29.

Warzager, V., 1993. « La protection maternelle et infantile en Afrique Occidentale Française : 1920-1960 ». Mémoire de DEA en histoire, Aix-Marseille Université.

Werthmann, K., 2007. « Dans un monde masculin : le travail des femmes dans un camp de chercheurs d'or au Burkina Faso ». In *Les nouveaux urbains dans l'espace Sahara-Sahel. Un cosmopolitisme par le bas*, Paris ; Berlin : Karthala ; ZMO, 295-322. http://sahel.afrique-gouvernance.net/_bdf/docs/les-nouveaux-urbains-dans-l_espace-sahara-sahel.pdf#page=296

Werthmann, K., et Sanogo M. L., 2013. *La ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso : urbanité et appartenances en Afrique de l'Ouest*. Paris, France : Karthala.

WHO. 1978. « Risk Approach for Maternal and Child Health Care : A Managerial Strategy to Improve the Coverage and Quality of Maternal and Child Health ». <http://www.who.int/iris/handle/10665/37151>

———. 1986. « Maternal mortality: helping women off the road to death », WHO chronicle, n° 40: 175-83.

———. 1994. « Mother baby-package: Implementing safe motherhood in countries ». Genève : WHO.

———. 2007. « Standards for maternal and neonatal care ». http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/en/

———. 2010. « The WHO Recommended Classification of Pesticides by Hazard and Guidelines to Classification 2009 ». http://www.who.int/ipcs/publications/pesticides_hazard_2009.pdf

———. 2013a. « Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. » Geneva : WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

———. 2013b. « WHO | Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection ». Geneva : WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>

———. 2018. « World Health Statistics 2018. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals. » http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/

WHO, World Health., 2011. « Principes Directeurs Pour La Gestion Des Pesticides Utilisés En Santé Publique Dans La Région Africaine de l'OMS ». <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44631>

Whyte, S. R., 2012. « Chronicity and control: framing « noncommunicable diseases » in Africa ». *Anthropology & Medicine* 19 (1) : 63-74.

Wiktor, S. Z., Ekpini E., Karon J. M., Nkengasong J., Maurice C., Severin S. T., Roels T. H., et al. 1999. « Short-Course Oral Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: A Randomised Trial ». *Lancet* 353 (9155) : 781-85.

Wilberz, C., et Accarain E., 2016. Rapport de stage au Burkina Faso, Université Catholique de Louvain, Belgique.

Winskell, K., Hill E., et Obyerodhyambo O., 2011. « Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: Social representations in young people's narratives ». *Social Science & Medicine* 73 (8) : 1257-65.

Withers, W. A, et Carruth F. E., 1918. « Gossypol, the toxic substance in cottonseed meal », *Journal of Agricultural Research*, 12 (2) : 83-101. <https://naldc.nal.usda.gov/download/IND43966011/PDF>

Woodruff, T. J., et Giudice L. C., 2010. « Introduction ». In *Environmental Impacts on Reproductive Health and Fertility*, Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1-7.

Woodruff, T. J., Janssen S., Guillette L., et Giudice L., 2010. *Environmental impacts on reproductive health and fertility*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Xu, L. F., Zhou X. L., Wang Q., Zhou J. L., Liu Y. P., Ju Q., Wang H., et al., 2015. « A Case-Control Study of Environmental Risk Factors for Nonsyndromic Cleft of the Lip and/or Palate in Xuzhou, China ». *Biomedical and Environmental Sciences : BES* 28 (7) : 535-38.

Youl, H., 2011. « Malformations congénitales reconnaissables à la naissance chez les nouveau-nés dans le département de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou. » Thèse de médecine : Université de Ouagadougou. <http://www.beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M12613.dir/M12613.pdf>

Zagré, P., 1994. *Les politiques économiques du Burkina Faso: une tradition d'ajustement structurel*. Paris, France : Karthala.

Zongo, S., 2012. *Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina Faso)*. Thèse en anthropologie, Aix-Marseille Université. <http://www.theses.fr/2012AIXM3071>

———. 2016. « Les accouchements à domicile : un choix ou une contrainte ? » In *Accompagner les femmes à la maternité au Burkina Faso*, Paris, France : l'Harmattan, 93-111.