



Université Paul Cézanne Aix-Marseille III

Faculté de Droit et de Science politique

École doctorale « Espaces, Cultures, Sociétés » (ED 355)

THÈSE

pour l'obtention du grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ AIX-MARSEILLE III

Discipline : Anthropologie

présentée et soutenue publiquement par

Blandine Missida BILA

le vendredi 28 janvier 2011

*Genre et médicament :
Analyse anthropologique dans le contexte du sida
au Burkina Faso*

**Sous la direction de
Alice DESCLAUX**

Jury :

Doris BONNET (*rapporteuse*)

Jean-Bernard OUÉDRAOGO (*rapporteur*)

Bruno MARTINELLI

Annabel DESGRÉES DU LOÛ

Marc EGROT

N° national :

GENRE ET MÉDICAMENT :

*ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE DANS LE
CONTEXTE DU SIDA*

AU BURKINA FASO

Thèse préparée au sein de
Groupe de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (GReCSS)
Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille
Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme
5 rue du Château de l'Horloge 13094 AIX-EN-PROVENCE cedex 2
France

<http://grecss.mmsch.univ-aix.fr/>

et

Unité Mixte de Recherche 145 « Sida et Maladies associées »
Institut de Recherches pour le Développement

Contact auteur

blandinebila@yahoo.fr

Genre et médicament : analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso

Résumé

Cette thèse a pour objectif d'appréhender au Burkina Faso les conditions de genre qui déterminent le rapport des hommes et des femmes au *médicament*, entendu comme produit pharmaceutique et plus largement objet socialement reconnu comme tel. L'étude repose sur une ethnographie fine des pratiques de recours aux *médicaments* à Ouagadougou, abordés suivant trois axes.

L'analyse des différences entre hommes et des femmes dans l'accès aux traitements médicamenteux, biomédicaux et alternatifs, est d'abord proposée pour une maladie courante, le paludisme, maladie endémique dans cette région. À partir des contenus des pharmacies domestiques, les liens entre les représentations des traitements et celles du paludisme, l'histoire des choix thérapeutiques entre automédication et recours à une prise en charge, l'origine des *médicaments*, sont explicités. On découvre comment les conditions de genre peuvent déterminer le rapport des personnes au *médicament*.

Ensuite, l'analyse des déterminants socioculturels de l'accès des hommes et des femmes aux antirétroviraux part du constat de l'importance de la présence et de la participation féminines sur les lieux de prise en charge des PVIH, alors que les hommes y sont généralement minoritaires. Les différences dans les pratiques, précisément documentées, sont expliquées par des représentations, normes et valeurs liées au genre, inspirées par la culture moose.

Enfin, l'analyse genrée de l'utilisation de stimulants sexuels permet de prendre en compte un domaine — les relations sexuelles — où habituellement s'exerce particulièrement la domination masculine. L'étude montre les enjeux de positionnement des individus vis-à-vis de leur conjoint ou leur entourage, l'utilisation des attributs de genre par les acteurs de la vente de ces produits, et l'évolution des définitions de la masculinité et la féminité, dans un monde de plus en plus globalisé.

Ces analyses du rapport des personnes au *médicament* reposent sur des collectes d'informations systématiques : un inventaire des produits identifiés à Ouagadougou dans le traitement du paludisme, et dans le domaine de la sexualité, des entretiens qualitatifs répétés, des observations, dans le cadre d'une approche ethnographique. L'analyse des différences de genre dans l'accès à l'objet thérapeutique et ses usages permet de comprendre les modalités d'influence des rapports sociaux de sexe en matière de santé dans une société fortement influencée par la culture moose, ainsi que leur évolution. Cette analyse aborde un aspect essentiel de l'accès aux traitements en Afrique de l'ouest.

Mots-clés : Hommes, Femmes, genre, *médicament*, sida, VIH, Burkina Faso, Anthropologie, Afrique.

Gender and medicines

An anthropological analysis in the context of AIDS in Burkina Faso

Summary

This PhD dissertation aims at considering gender aspects in Burkina Faso that shape men's and women's relationships with medicines, understood as pharmaceuticals, including objects which are socially considered so. The study is based on an ethnography of practices and uses of medicines in Ouagadougou, following three directions.

The analysis of differences between men and women in access to pharmaceutical – biomedical and alternative- treatments is first presented for malaria, a common disease, endemic in West Africa. From the content of home pharmacies, the relationships between representations of treatments and perceptions of malaria, the story of therapeutic choice between selfmedication and care-seeking, and the origin of pharmaceuticals, are described. This part shows how gender condition may influence the relationship between persons and medicines.

Then, the analysis of sociocultural determinants of access to antiretrovirals for men and women starts with the observation of an important presence and participation of women on HIV/AIDS care sites, where men are usually a minority. Differences observed in practices are precisely documented and explained by representations, norms and values related to gender, inspired by moose culture.

At last, a gendered analysis of the utilisation of sexual enhancers allows to consider a field — sexual relationships— where male domination is particularly present. The study shows issues for persons about positioning in relationships with their partner or significant others, the use of gender attributes by salesmen, and the evolution of the definitions of masculinity and femininity, in a more and more global world.

These analyzes of relationships between individuals and medicines are based on systematic data collection : an inventory of medicines identified in Ouagadougou for malaria treatment and for sexuality enhancement, repeated qualitative interviews, and observations held within an ethnographic approach. The analysis of gender differences in access to medicines and in uses of pharmaceutical permits to understand the ways gender determines health in a society influenced by moose culture, and the evolution of gender relationships at a more general level. This analysis deals with an important aspect of access to treatment in West Africa.

Key-words: Menwomen, gender, medicine, AIDS, HIV, Burkina Faso, anthropology, Africa

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord à Alice DESCLAUX pour avoir cru en moi, pour la qualité de son encadrement qui, dans mon cas, a largement dépassé le cadre académique pour imprimer sa marque dans ma production scientifique et dans l'animation scientifique de l'IRSS, mon institut de recherche d'origine. Qu'elle trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance pour sa générosité et sa patience qui ont contribué à me ramener définitivement dans le monde scientifique alors que ma réalité sociale m'en écartait de plus en plus.

Je remercie également le Pr Blaise SONDO, directeur de l'institut de recherche en science de la santé (IRSS/CNRST) ainsi que le Dr KOUANDA, chef du Département Biomédical et Santé publique de l'IRSS pour leur compréhension et le soutien institutionnel qu'ils m'ont toujours apportés.

A la représentation de l'IRD au Burkina pour son accueil gracieux dans son établissement et pour toutes les facilités de recherche octroyées depuis 2003, successivement dans le cadre du programme ANRS 1281, puis de la bourse de formation continue, de 2005 à 2007, des programmes ANRS 12111 et PROSODIE de 2006 à 2008, et jusqu'à présent dans le cadre des activités de l'UMR 145. Que le représentant ainsi que l'ensemble de son personnel trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Je loue ici l'association Sidaction qui, après avoir soutenu ma participation à des rencontres internationales, m'a octroyé une bourse de fin de thèse en 2008-2009. Mes remerciements vont également à l'ANRS dont les programmes de recherche auxquels j'ai participé (ANRS 1281 et ANRS 12111), en privilégiant le partenariat Nord-sud, ont créé des conditions favorables à l'initiation de cette thèse.

Je remercie également mon « chef », ami et collaborateur le plus proche tout au long de ces années de terrain, Marc EGROT, coordonnateur nord du programme ANRS 1281. Nos échanges à trois avec Bernard Taverne de l'IRD ont constitué des occasions de riches émulations scientifiques qui ont contribué à la naissance, à la maturation et à la réalisation de cette thèse. Je n'oublie pas Aïcha DIALLO et Dieudonné POUSGA dont la disponibilité et l'amitié ont aplani plus d'un obstacle sur le terrain. Qu'ils soient tous remerciés.

J'ai également une pensée particulière pour le Pr Jean BENOIST, ce médecin anthropologue dont la manière unique de positionner l'anthropologie entre le « malade », sa « maladie » et les « recours » disponibles, a suscité en moi, en 1992, la passion d'une certaine anthropologie.

Je tiens tout particulièrement à marquer ma reconnaissance pour les participants à cette recherche, personnes séropositives ou non, responsables et prestataires de service dans les structures, pour la qualité particulière de leur contribution sur des thèmes souvent douloureux ou intimes. Je les rassure que le sacrifice qu'ils ont consenti et la confiance qu'ils ont investie en moi, seront reconvertis en autant d'acquis pour la recherche et pour l'action.

J'ai également une pensée pleine de reconnaissance pour tous ces grands noms de la recherche que j'ai eu la chance de croiser dans mon parcours académique autant sinueux que long. D'abord Jacky BOUJU, Bruno MARTINELLI et Doris BONNET à la fin des années 1980, croisés, le premier dans son rôle

d'enseignant alors que j'étais étudiante au premier cycle à l'université de Ouagadougou, les deux autres sur des terrains de recherche dans les tréfonds du Burkina. Que chacun trouve ici l'expression de ma gratitude.

Je tiens également à témoigner ma reconnaissance à mes collègues de l'IRSS et particulièrement à Fadima BOCOUM et Maurice YAMÉOGO qui, parfois, ont dû investir à ma place, pour me permettre d'avancer dans cette thèse. Je remercie par la même occasion le Pr Jean-Luc BONNIOL, Marie-Hélène SCHIÉLÉ puis Dominique SEIGNE pour leurs efforts continus dans le suivi de mes dossiers administratifs. Mes pensées vont également à Charles MASSON qui a bien voulu m'accompagner dans mon initiation à la rédaction scientifique et à Ghislaine de VILLIERS, pour la mise en forme. Je n'oublie pas non plus mes collègues doctorantes, et en particulier Yuvany GNEP et Khoudia SOW dont l'amitié et les apports m'ont été d'un grand soutien.

Ma gratitude va également aux familles amies qui m'ont toujours offerts leurs soutiens multiformes lors de mes séjours à Aix et à Paris. Je pense notamment à la famille KIENZT Marine, Madeleine et Bernard que la mort vient d'arracher à notre affection, à l'Estaque (Marseille) ; à la famille MAURO Max et Martine, leur fils Victor et Ishem ROUAÏ à Aix ; à Christine et Pierre VELLA/RICORD à la Seyne-sur-Mer et à leurs enfants Mathilde et Tristan ; à mon oncle, le Colonel MONÉ Alassane, son épouse Rosalie et mes neveux Fadima, Ibrahim et Lucas. Que tous trouvent ici l'expression de ma gratitude.

Je rends hommage ici à ma fille Bénédicte et à mon époux, le Colonel Emile OUÉDRAOGO, pour leur sacrifice, leur compréhension, leur soutien quotidien et sans limite qui m'ont donné la force d'affronter avec succès tous les obstacles. Que cette thèse leur soit dédiée à tous les deux, et surtout à la plus petite. À leur suite, je remercie ma mère, mes frères et sœurs ainsi que leurs enfants, toute ma famille et ma belle-famille, mes amis et voisins pour leur soutien permanent et les sacrifices qu'ils ont consentis pour que cette thèse soit.

A toutes ces personnes qui m'ont soutenue, merci
et encore merci.

Ouagadougou novembre 2010

Je dédie cette thèse à ma fille OUÉDRAOGO
WENDPANGA Ève Bénédicte pour toutes les
privations qu'elle a consenties pour sa réalisation.

TABLE DES MATIÈRES

CONVENTIONS D'ÉCRITURE	12
<i>Sigles & acronymes</i>	12
ANONYMAT	12
TRANSCRIPTION GRAPHIQUE	12
NOMS VERNACULAIRES	13
<i>Ethnonymes</i>	13
PARTIE INTRODUCTIVE	14
SUJET ET PROBLÉMATIQUE	15
<i>Prologue : L'histoire de Natou et d'Antoine</i>	15
<i>D'une interpellation empirique à la thèse</i>	18
<i>Approche conceptuelle</i>	20
<i>Problématique</i>	38
APPROCHE ET MÉTHODE	47
<i>L'organisation de la recherche</i>	47
<i>Méthode et outils de la recherche</i>	50
<i>Des sites aux personnes</i>	58
UNE RECHERCHE SENSIBLE	61
<i>Le parcours de l'ethnologue</i>	61
<i>Autochtonie, empathie et risques sociaux</i>	64
<i>De la relation d'enquête à l'établissement du lien social : les frustrations de l'amitié de circonstance</i>	66
<i>L'éthique aux risques du terrain</i>	68
PREMIÈRE PARTIE :	
LES MÉDICAMENTS AU QUOTIDIEN DANS L'UNITÉ FAMILIALE	72
VIVRE À OUAGADOUGOU	75
<i>Une population entre cultures locales et globale</i>	75
<i>Hommes et femmes dans la culture moose</i>	81
<i>L'organisation de l'espace domestique</i>	86
LA PHARMACOCÉNOSE	95
<i>La pharmacocénose à Ouagadougou</i>	97
<i>Les médicaments distribués par les pharmacies</i>	98
<i>Les médicaments de la rue</i>	101
<i>Les médicaments de la médecine alternative</i>	108
L'USAGE DES « MÉDICAMENTS »	112
<i>Les médicaments dans l'unité domestique</i>	112
DES RÔLES DE GENRE DANS LES SOINS DOMESTIQUES	155

DEUXIÈME PARTIE :

GENRE ET ACCÈS AU MÉDICAMENT DANS LES SERVICES DE SANTÉ	159
LE CAS DE L'INFECTION À VIH	159
DES DISCOURS AUX CHIFFRES, LES MULTIPLES FACETTES D'UN ACCÈS DIFFÉRENTIEL	160
<i>Le « sida » au Burkina Faso</i>	169
GENRE, COUPLE ET RAPPORT AU SYSTÈME DE PEC DES PVVIH	173
<i>Beaucoup de femmes seules sur les lieux de PEC</i>	173
<i>Des hommes rares sur les lieux de PEC</i>	184
<i>Un rapport différent des hommes et des femmes aux représentations négatives du sida</i>	198
VULNÉRABILITÉ DES HOMMES ET RÔLES DES FEMMES SUR LES LIEUX DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH	206
<i>Des valeurs qui déterminent la vulnérabilité des hommes sur les lieux de prise en charge des PvVIH</i>	206
<i>Rôle de « care » des femmes et prise en charge de l'infection à VIH</i>	221
<i>Une prise en charge des femmes qui reste tributaire de la condition masculine</i>	232

TROISIÈME PARTIE

DES MÉDICAMENTS GENRÉS DANS DES ESPACES SOCIAUX DISTINCTS	235
DES MÉDICAMENTS DANS LA SEXUALITÉ	237
<i>Des catégories de stimulants sexuels à Ouagadougou</i>	237
<i>Des anciens rapports de genre qui se perpétuent, et de nouvelles idéologies</i>	244
DES HOMMES, DES FEMMES, DES STIMULANTS SEXUELS	246
<i>Sexualité et Représentations de genre</i>	252
GENRE DE MÉDICAMENT ET CONDITIONS DE VENDEUR	257
<i>Peur et incertitude au masculin, règne de la femme initiatrice : une inversion de statuts ?</i>	257
<i>Une séparation des sexes dans la vente des médicaments mise à mal dans la vente des produits chinois</i>	266
CONCLUSION	276
BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES	288
ANNEXES	303

CONVENTIONS D'ÉCRITURE

Sigles & acronymes

PvVIH	personnes vivant avec le VIH
VIH	virus de l'immuno-déficience humaine
SIDA	Syndrome immunodéficience acquise
PEC	Prise en charge
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
CMRPN	Conseil militaire du redressement pour le salut national
CSP	Conseil du salut du peuple
RDP	Révolution démocratique et populaire
FP	Front populaire
PMA	pays les moins avancés
PIB	produit intérieur brut
USD	dollars US
PNUD	Programme des nations unies pour le développement
CFA	Communauté française d'Afrique, actuellement, zone franc Afrique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Organisation des Nations unies contre le SIDA
FMI	Fonds monétaire international
BAD	Banque africaine de développement
DPC	Direction du patrimoine culturel
Fespaco	Festival panafricain du cinéma de Ouagadougou
Siao	Salon international de l'artisanat de Ouagadougou

ANONYMAT

Les noms utilisés dans ce document sont des pseudonymes ; cette disposition nous est apparue nécessaire pour le respect de l'anonymat souhaité par une large majorité des personnes interviewées ; cette disposition est conforme aux dispositions du chapitre des méthodes.

TRANSCRIPTION GRAPHIQUE

La notation et la transcription des mots en langues locales, concernera essentiellement des mots de la langue de l'ethnie des *moose* : le *moore*.

Nous nous référons à deux documents :

- le cours pratique d'initiation à la grammaire du *moore* de Norbert Nikiéma,
- le dictionnaire orthographique du *moore* de Norbert NIKIÉMA et Jules KINDA (NIKIÉMA 1978 ; NIKIÉMA & KINDA, 1997).

En *moore*, des accents aigu et grave indiquent les tons hauts et bas, changeant la tonalité de la voyelle à laquelle ils sont affectés. Le « e » muet n'existe pas et tout « e » se lit comme le « é » français.

Un tableau de correspondance entre certains symboles de transcription du *moore* et les symboles des claviers français permet d'atténuer les difficultés liées à l'utilisation de mots du *moore* dans les textes écrits en français (NIKIÉMA 1978 : p. 6).

Le mot « *moore* » se lit en français « *moore* ».

Le mot « *moose* » se lit en français « *mossi* », etc.

NOMS VERNACULAIRES

Ethnonymes

Les noms d'ethnies sont considérés invariables lorsqu'ils ne sont pas intégrés au lexique ; ex. : les *Lobi*.

Il en est de même pour : *Moose*, *Yonyonse*, *Ninsi*, *Gourmantche*, *Songhay*, *Bisa*, *Bwa*, *Samo*, *Peul*, *Rimaïbe*, *Touareg*, *Bella*, ...etc.

Utilisés comme nom, ces mots commencent par une majuscule.

Utilisés comme adjectifs, ils sont sans majuscule ; ex. : Le système patriarcal *moose* ; la musique traditionnelle *bwa* ; ... etc.

PARTIE INTRODUCTIVE

SUJET ET PROBLÉMATIQUE

Prologue : L'histoire de Natou et d'Antoine

J'introduis ma thèse par l'histoire de Natou que j'ai rencontrée en 2004. Elle est alors physiquement marquée par la maladie avec notamment des dermatoses sévères, flagrantes et un amaigrissement important qui pourrait aisément évoquer la cachexie classique de la phase sida de l'infection. De son récit de vie sur 63 pages, je vous propose ici les étapes les plus marquantes de l'histoire de sa vie de couple avec le VIH.

Natou est une femme *moaga*¹ catholique de 40 ans, mariée et mère de quatre enfants. Pendant des années, la famille vit confortablement grâce aux revenus substantiels de son époux, Antoine, chef d'entreprise. Natou apprend sa séropositivité au VIH en 2000 suite à un zona récidivant. Elle considère que son mari est à l'origine de son infection, en particulier du fait que l'une des dernières conquêtes féminines de celui-ci, « une femme de bar »², serait décédée du sida³.

Elle dit partager immédiatement l'information sur sa séropositivité avec son mari ; néanmoins, ce dernier refuse selon elle d'admettre l'éventualité de sa propre infection et de faire un test VIH. Malgré la fréquence et la constance de « petites maladies » qu'Antoine soigne par automédication, Natou affirme qu'il persiste dans son refus pendant trois ans, de 2000 à 2002. Elle décrit en détail comment il vit durant cette période, tantôt malade, tantôt plus ou moins rétabli, sans jamais consulter un médecin.

Parallèlement, il passe selon elle de plus en plus de temps dans les bars, augmente progressivement sa consommation d'alcool, continue et même multiplie ses conquêtes féminines au su et au vu de tous, y compris de sa femme qui dit ne pas pouvoir s'y opposer. Natou explique également qu'Antoine, par son détachement progressif et ses absences répétées, néglige son entreprise qui périclète. Elle souligne que très vite, son mari n'a plus assez d'argent, ni pour le « prix des condiments »⁴ ni pour des *médicaments*⁵.

Selon Natou, son mari évite tout ce qui pourrait éventuellement révéler à autrui l'atteinte de sa famille par l'infection à VIH. Il en fait de même pour les problèmes financiers qui en découlent. Il aurait notamment demandé et obtenu de Natou qu'elle ne fréquente pas les associations ; qu'elle soit également la plus discrète possible dans la structure publique où elle est suivie. Lui-même aurait investi le peu d'argent qui lui restait dans le maintien d'une apparence de bonne

-
1. Singulier de moose
 2. Expression consacrée à consonance péjorative désignant les serveuses des buvettes et autres débits de boisson (maquis, bars, etc.) au Burkina Faso et laissant supposer implicitement une activité connexe de relations sexuelles rémunérées.
 3. Selon Natou, la fille aurait finalement perdu la vie après plusieurs mois de maux de ventre attribués par la souffrante et son entourage à des attaques de sorcellerie. Cette dernière se serait même rendue dans son pays d'origine, au Ghana, pour des soins traditionnels. Elle serait revenue de ce voyage très affaiblie et amaigrie au point où Antoine, qui partageait alors avec elle une garçonnière de location — localement appelée *celibaterium* —, l'aurait d'abord cachée des regards indiscrets, avant de l'abandonner à ses compatriotes quelques jours avant sa mort.
 4. Le terme « *zeed ligdi* » en moore et « *nansongo* » en dioula désigne la dotation régulière d'argent nécessaire à l'achat des condiments pour la préparation des repas. L'analyse reviendra sur cette obligation sociale du mari envers son épouse et ses enfants.
 5. Ce mot est écrit en italique parce que sa conceptualisation dans cette thèse déborde les limites de sa définition dans le dictionnaire ou auprès des institutions pharmaceutiques. Son contenu sera défini plus loin dans la problématique.

santé, d'aisance et le maintien d'un embonpoint à coup de « vitamines » achetées à même la rue à des vendeurs ambulants, maintien d'un véhicule 4X4 entretenu à grands frais, maintien d'un petit véhicule de ville pour madame. Toutes ces tentatives de l'homme pour continuer à paraître riche et en bonne santé ont selon Natou, pour seul objectif de dérouter tous ceux qui, dans l'entourage familial ou le voisinage, commencent à spéculer sur le « sida du couple ». Néanmoins en 2006, peu de temps avant de mourir, Antoine doit vendre la voiture de Natou pour subvenir aux besoins de la famille.

De l'année 2000 où elle apprend sa séropositivité, à notre rencontre en 2004, le médecin de Natou change son protocole thérapeutique quatre fois de suite pour cause d'intolérance ou de résistance au traitement. Payants pour tous à l'époque, les ARV étaient inaccessibles à la plupart des patients, de sorte qu'il fallait fournir gratuitement aux plus malades les précieuses doses provenant de dons de pays du nord. Compte tenu du statut socioprofessionnel élevé du mari de Natou au début du traitement de cette dernière, le médecin n'offre gratuitement au couple qu'une partie des médicaments. Natou doit payer l'autre moitié de ses ARV à environ quarante mille (40 000) francs CFA/mois⁶, soit 71 euros.

Natou explique que les revenus de son mari se réduisent rapidement au point qu'il ne peut plus fournir régulièrement à sa femme l'argent nécessaire à l'achat des ARV de cette dernière. Pour « cacher la honte de son mari », Natou refuse pendant plus de 5 ans d'évoquer avec le médecin la réalité de son incapacité à payer l'autre moitié du traitement. Elle tente même par tous les moyens de maintenir et d'afficher des apparences d'aisance, notamment dans l'habillement et les bijoux. Pour elle, cacher la honte de son mari est un devoir d'épouse. Le médecin ne connaîtra finalement les difficultés financières de Natou et ne comprendra ce qui s'était réellement passé pendant 5 ans, qu'en janvier 2007 deux mois après le décès d'Antoine.

Durant toute cette période, Natou explique comment elle a continué à se présenter en consultation, à faire croire au médecin qu'elle achète et prend systématiquement les ARV prescrits. En fait, elle avoue avoir utilisé diverses stratégies d'étalement ou de fractionnement de son traitement qui lui permettaient de patienter jusqu'à la prochaine remise d'argent par son mari. Ainsi, avoue-t-elle suspendre parfois son traitement sur plusieurs jours, voire une semaine, ou décider de sauter exprès une prise sur deux afin d'étaler sur deux mois le traitement d'un seul.

Mais Natou n'avait pas prévu la trahison de son propre corps vis-à-vis du médecin. Ce dernier, excédé par les contradictions flagrantes entre les affirmations de Natou et l'évolution clinique négative de son état de santé, perd patience et ne s'empresse plus de répondre à ses multiples plaintes. Natou est donc obligée, entre deux consultations mensuelles de son médecin, de recourir régulièrement à des consultations en urgence dans des services publics de santé ou des cliniques privées où son statut sérologique n'est pas toujours pris en compte. Ainsi, Malgré une prise en charge médicale précoce, Natou, se retrouve dans une situation de multi-résistances au traitement antirétroviral.

6 . *Prix du Crixivan® (en complément de l'avocomb® donnée gratuitement par le médecin) en 2004 à la centrale d'achat des médicaments génériques (CAMEG) à Ouagadougou ; ce prix a baissé en 2005 à 34 438 FCFA (soit 52, 57 €).*

Natou explique que son mari Antoine n'a été dépisté qu'une fois alité et incapable de se lever, en juin 2003. Alors qu'il lutte encore pour ne pas paraître concerné de près ou de loin au sida, il montre des signes d'une infection palustre. Plutôt que de se rendre au service de santé comme le ferait sa femme pour elle ou pour les enfants, il se contente de *médicaments* achetés aux abords de la route. Que ce soit un défaut de diagnostic, de prescription adéquate ou de médicament, toujours est-il que la crise de paludisme s'intensifie au point de nécessiter une évacuation en urgence vers le plus grand CHU⁷ de la capitale. Le médecin prescripteur de Natou y dirigeait justement un service. Avec Natou, ils sauront exploiter l'opportunité offerte pour convaincre Antoine d'accepter enfin ce test VIH. Le résultat s'avère positif et il reçoit la même prescription que sa femme. À partir de décembre 2003, Antoine ne va plus en consultation et n'obtient donc plus directement ni prescription ni délivrance d'ARV auprès de son médecin. Il continue néanmoins sa trithérapie pendant un temps. Par la suite, notamment avec le retour à la santé, il aurait progressivement abandonné totalement son traitement ARV et son suivi médical, au profit d'une succession de traitements traditionnels. Natou dit notamment avoir vu son mari revenir d'un de ses voyages en août 2005 avec un traitement traditionnel sous forme de mixture à boire qu'il consomme jusqu'à son décès en novembre 2006. Antoine meurt effectivement aux urgences médicales d'un hôpital. Le motif officiel du décès évoque une « hausse de la tension artérielle » sans aucune allusion à sa séropositivité VIH. Simultanément, la famille d'Antoine accuse Natou d'avoir tué ce dernier par la sorcellerie.

Au décès de son mari, Natou était déjà sans traitement antirétroviral depuis plusieurs semaines. Elle explique que les deux derniers mois de voyage et de maladie de son mari avaient mis fin à ses espoirs d'avoir l'argent pour l'achat de son traitement mensuel. Elle est donc restée pendant plusieurs semaines sans traitement antirétroviral.

L'histoire de Natou est loin d'être une exception. La description qu'elle donne d'Antoine son mari pourrait même être qualifiée de classique si l'on se réfère à mes premières observations en 2003 et à la régularité des discours sur les réticences masculines face à la fréquentation des lieux de sa prise en charge des PvVIH et au traitement médical de l'infection. En outre, cette histoire s'accorde avec la plus grande visibilité des femmes sur les lieux de prise en charge, couplée à l'apparente rareté et à l'effacement des hommes en ces mêmes lieux. Enfin, elle montre comment l'expérience de la maladie et de son traitement pour une femme est étroitement dépendante de celle de son mari. Elle permet de percevoir d'emblée combien les hommes et les femmes peuvent être soumis à une construction « genrée » du rapport au *médicament* qui va être analysé dans cette thèse. Le « cliché » que constitue ici l'histoire de Natou rend compte d'une réalité sociale qui met en lumière les observations qui constituent le soubassement de la problématique de cette thèse. Emblématique du rapport des hommes et des femmes à l'infection à VIH, mais aussi des relations de genre dans le couple et de leur déclinaison sur l'accès au traitement, cette histoire apparaît comme une illustration indispensable à la compréhension de la problématique à venir.

7. CHU Yalgado Ouédraogo

D'une interpellation empirique à la thèse

Preliminaire

Entre avril 2003 et mars 2005, j'ai participé à Ouagadougou à l'enquête menée dans le cadre du programme « Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso »⁸. Ce travail de terrain, les observations et les premières données qui en découlent sont à l'origine de cette thèse.

Dès le commencement de l'enquête, Marc Egrot⁹, coordonnateur nord du programme, et moi-même, avons observé une nette différence des effectifs d'hommes et de femmes dans les lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PvVIH).

Par exemple, sur les 53 personnes vivant avec le VIH qui avaient accepté de participer à des entretiens, le rapport hommes/femmes était de 18/35, soit environ un homme pour deux femmes.

La disparité de la représentation hommes/femmes dans les lieux de prise en charge des PvVIH semblait établie :

- dans le temps : elle était observée tout au long du programme ;
- dans l'espace : elle était observée ailleurs qu'à Ouagadougou et confirmée par les données en provenance de Bobo-Dioulasso, seconde ville du Burkina Faso par sa population.

Dans notre étude, tout comme dans différents autres programmes de recherche ou de lutte contre l'infection à VIH¹⁰, l'asymétrie des effectifs était une constante. Aucune de nos tentatives méthodologiques pour corriger l'important décalage entre les effectifs d'hommes et de femmes dans notre enquête ne permettait de l'effacer. Dans tous les sites de soins associatifs et médicaux, les femmes étaient toujours nettement plus nombreuses que les hommes.

À partir des observations faites ci-dessus, nous avons modifié les outils de collecte des données pour mieux appréhender ces différences entre les hommes et les femmes dans les discours. L'histoire de Natou est l'une des plus illustratives.

La récurrence des discours qui relatent le rapport différentiel des hommes et des femmes à l'infection à VIH et aux lieux affectés à son traitement, associée à l'observation de la faiblesse particulière des effectifs d'hommes par rapport à

8. Programme ANRS 1281.

9. Anthropologue, coordonnateur nord du programme ANRS 1281 ; ce programme intitulé « Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso » a été mis en œuvre de 2003 à 2005 dans les villes de Ouagadougou et de Zorgho et était localisé à l'IRD (Institut de recherche pour le développement).

10. Programme Burkinavi, programme de santé publique soutenu par la Banque Mondiale, le Centre Muraz et les Centres Hospitaliers Universitaires CHU de Ouagadougou, de Bobo Dioulasso et de l'Hôpital Tenon de Paris ; Programme ANRS 1271 intitulé : Déterminants de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement, étude multidisciplinaire et multicentrique : aspects socio-anthropologiques, 2003-2007 ; Programme Médecins sans frontière de soutien au Centre Médical avec antenne chirurgicale de Pissy, ..., etc.

ceux des femmes en ces lieux conduisent à la question suivante : comment expliquer cette surreprésentation des femmes dans l'ensemble du dispositif de prise en charge des PvVIH ?

Cette différence des effectifs d'hommes et de femmes était-elle liée à l'accès aux services de soins et à leur utilisation ? Les données épidémiologiques de la prise en charge des patients infectés par le VIH confirment des différences numériques significatives en fonction du genre. En fin 2009, 26.448 personnes placées sous traitement antirétroviral au Burkina Faso (SP/CNLS-IST & ONUSIDA, 2010 : p. 20). Cet effectif compte 17.839 femmes et 8.609 hommes. Dans 35 pays qui rapportent des données ventilées à l'ONUSIDA, les femmes représentent 64% des adultes sous traitement antirétroviral, alors qu'elles comptent pour 60% des adultes qui en ont besoin (OMS, ONUSIDA, UNICEF : 2009 : p. 59). Au niveau du dépistage, OBERMEYER & *al.* montrent que les hommes ont davantage recours au dépistage volontaire que les femmes, sauf pendant les campagnes de dépistage (OBERMEYER & *al.*, 2009 : p. 880).

Ces études montrent que les différences entre hommes et femmes se maintiennent aussi bien dans l'accès à la prise en charge que dans la prévention, même si les termes de comparaison ne sont pas toujours les mêmes : l'importance numérique des femmes dans la prise en charge versus l'importance numérique des hommes au niveau du dépistage dans certaines conditions.

La problématique de cette thèse est ainsi issue de l'interrogation suivante : les représentations sociales des catégories de genre¹¹ et les normes et valeurs attachées à ces catégories, contribuent-elles à l'importante disproportion des effectifs d'hommes et de femmes dans les lieux de prise en charge des PvVIH ? L'accès au traitement est-il différent pour les hommes et pour les femmes ? L'usage des *médicaments*, leurs significations et les effets sociaux sont-ils similaires ? Dans ces domaines, retrouve-t-on les effets des rapports de genre ?

La réponse à ces questions conduit à un élargissement à d'autres situations de rapport des personnes au *médicament* et à d'autres questions de recherche induites par l'interrogation initiale.

L'investigation porte sur trois contextes du rapport des hommes et des femmes aux soins et plus particulièrement aux *médicaments* :

- d'abord une analyse du contexte local de l'infection à VIH pour comprendre la problématique du rapport des personnes aux structures de PEC des PvVIH qui sont aussi les principaux lieux d'accès aux médicaments. En effet, au Burkina Faso, pays pauvre, les personnes séropositives sont souvent, déjà confrontées à un épuisement financier découlant d'un parcours thérapeutique complexe dans les centres de santé ou à travers d'autres recours. Les structures publiques, associatives ou confessionnelles de santé impliquées dans la prise en charge des PvVIH sont, du fait de l'accessibilité de leurs services aux pauvres, les principaux lieux d'accès aux consultations et aux médicaments pour la plupart des personnes infectées¹². Dans la quasi-totalité

11 Voir définition plus loin dans le texte, dans le chapitre « Etat de l'art », sous chapitre « les différences de genre »...

12 Cette période est caractérisée par des difficultés d'accès local aux ARV. L'on peut dire que c'était également la période d'une certaine gratuité, ou de tarification différentielle des stocks de médicaments issus des dons, dans la mesure où ces produits étaient redistribués aux patients de manière assez différentes d'une structure à l'autre, et au sein de la même structure, les contributions demandées aux patients pouvaient différer selon leur catégorie de classification. Ceux de catégorie A paieront

de ces structures, certaines prestations sociales (soutien à la scolarisation des enfants par exemple) viennent en sus des médicaments antirétroviraux fournis gratuitement ou presque. Du fait des difficultés économiques de la plupart des PvVIH, l'accès à ces lieux équivaut pour eux à l'accès au médicament.

- ensuite, pour étudier une autre situation de maladie, moins « réformatrice », et moins liée à la stigmatisation ; donc une maladie plus courante favorisant la mise en évidence des rôles des acteurs dans leur rapport au *médicament* et aux soins au sein des ménages. Le cas du paludisme a été retenu ; cette maladie, première cause de mortalité dans le monde, est endémique au Burkina Faso (MS, 2006 : p.11). Par ailleurs, la consommation de *médicaments* antipaludéens pharmaceutiques ou non est courante, voire banalisée dans ce pays.
- puis, pour étudier une situation de non-maladie, le cas des stimulants sexuels a été retenu. Ce choix se justifie par le lien étroit entre ces produits et la sexualité, le rapport sexuel étant présenté « comme le premier rapport social de domination » (BOURDIEU, 1998 : p.37). C'est aussi le domaine par excellence des interactions conditionnant la relation de couple et le haut lieu d'élaboration de stratégies individuelles et collectives de positionnement social. En outre, la définition de la maladie peut s'étendre à la « panne sexuelle » qui, dans une société où la capacité sexuelle de l'homme est une condition *sine qua none* de la masculinité, constitue une infortune. Par ailleurs, l'utilisation de stimulants sexuels, par application ou par ingurgitation pose des questions d'ordre médical par l'exposition des corps à des éléments extérieurs non toujours maîtrisés. L'utilisation des méthodes préventives face aux applications de stimulants sexuels locaux, en rapport avec les infections sexuellement transmissibles et le sida peut également interpeller la réflexion. En outre la relative banalité de cette pratique au Burkina Faso est en soi un motif d'interrogation.

L'examen de ces rapports à des traitements de différents types rendra possible une explication du rapport différentiel des hommes et des femmes aux *médicaments* face aux situations de nécessité vitale ou de banalité, dans les lieux de soin, dans les ménages, dans les couples, et dans les stratégies de positionnement social. Une telle orientation de la recherche compense la rareté des études sur l'accès des femmes et / ou des hommes aux médicaments relevée à l'OMS (BISILLIAT, 2001 : p. 3).

Approche conceptuelle

Il s'agit ici d'établir les contours épistémologiques des principaux concepts — « Genre », « *médicament* » —, qui sont mobilisés dans la compréhension des conditions sociales du rapport des personnes à l'objet thérapeutique.

alors une contribution financière plus élevée que ceux de catégorie B, qui paieront davantage que ceux des catégories plus basses et ainsi de suite. Mais les ARV n'étaient accessibles dans ces conditions que dans les associations et les structures confessionnelles actives dans la prise en charge des PvVIH.

Le genre

Genre vient du mot latin *genus, generis*, qui signifie « origine », « naissance » ; il peut revêtir plusieurs sens : le genre humain, la désignation d'un groupe d'êtres ou d'objets qui présentent des caractères communs, ou une catégorie grammaticale : masculin, féminin, neutre (Petit Robert 1, p. 861).

Le mot genre recouvre une distinction universelle, entre le masculin et le féminin :

Il suffit de se promener les yeux ouverts pour constater que l'humanité se partage en deux catégories d'individus dont les vêtements, le visage, le corps, les sourires, la démarche, les intérêts, les occupations sont manifestement différents : peut-être ces différences sont-elles superficielles, peut-être sont-elles destinées à disparaître. Ce qui est certain, c'est que pour l'instant elles existent avec une éclatante évidence.

De BEAUVOIR (1949 : p. 14).

Le masculin et le féminin sont présentés comme deux pôles symétriques ; ils n'ont cependant pas la même valeur ; l'homme représente à la fois le positif et le neutre au point que l'expression « les hommes » désigne en français « les êtres humains ». À l'opposé, la femme apparaît comme le négatif. Par ailleurs, elle est définie non « en soi » mais par rapport à lui, dans une humanité qui est « mâle » ; au-delà de son absence d'autonomie et donc sa dépendance, la femme définie à travers sa relation à l'homme apparaît d'abord comme une anatomie particulière caractérisée par des ovaires, un utérus.... Le corps de l'homme par contre, a un sens par lui-même, a une relation directe et normale avec le monde. Dans cette perspective, la « femme » est à l'image de ce que l'homme veut et voit en elle, le sexe. Ainsi, « la femme se détermine et se différencie par rapport à l'homme et non celui-ci par rapport à elle. Elle est l'inessentiel, en face de l'essentiel » qu'est l'homme (De BEAUVOIR, 1949 : p. 15 & 16).

Ces processus de différenciation des sexes ou de la « différenciation du sexe en genre » sont en œuvre dans les sociétés humaines (MATHIEU, 1991 : p. 660-664). Ils permettent de définir le genre comme « le sexe socialement construit » (BISILLIAT, 2001 p. 3), ou catégorie de sexe ou encore catégorie de genre (GUIONNET & NEVEU, 2004 : p. 8).

La pensée de la dualité homme femme est différemment exprimée d'une société à l'autre. La division des sexes est marquée par la suprématie masculine couplée à l'infériorité de la femme. Il va donc de soi que les situations des femmes leur offrent toujours des possibilités moindres comparativement aux hommes. Ces situations sont présentées comme des produits d'un conditionnement culturel (MEAD, 1966 : p. 13 ; De BEAUVOIR, 1949 : p. 17, 27 & 431).

L'idéologie démontre et critique l'accentuation de la subordination des femmes par la naturalisation de leur rôle social en tant que donnée biologique propre à leur constitution sexuelle, par le recours au pouvoir particulier des mots (DWORKIN, 1978), et par le patriarcat comme fondement du système de pouvoir (MACKINNON, 1987). La norme hétérosexuelle et les rôles sexuels archétypaux légitiment l'idéologie de la suprématie masculine (BUTLER, 2006).

Cette critique s'étend également à la pensée scientifique sommée de se démarquer de l'androcentrisme basé sur le principe de la domination masculine. La prise en compte effective des mécanismes d'« invisibilisation » des femmes qui sont en cours dans les sociétés apparaît à ce prix.

UNE CONSTRUCTION SOCIALE

La perspective d'analyse anthropologique du genre se situe au-delà des évidences biologiques. La définition du genre met en œuvre des catégories sociales de sexe constituées à partir d'attributs sociaux spécifiques qui peuvent d'ailleurs se dissocier du sexe biologique. À travers l'assignation de fonctions différentes à chacun des deux sexes, les sociétés construisent ces catégories sociales de sexe.

La différenciation des fonctions sociales par genre s'exerce d'abord sur deux fondamentaux : la reproduction et le travail. Ce marquage se poursuit ensuite sur ses autres aspects : les vêtements, la motricité, la verbalisation, l'accès différentiel aux ressources, etc. Omniprésente dans toutes les sociétés mais d'une extrême variabilité, la répartition par genre apparaît comme la base de l'organisation et des institutions sociales. Parce que les limites entre les catégories de genre sont fragiles, la société doit intégrer les personnes, notamment à travers l'éducation. En enseignant aux deux sexes des fonctions différentes, ce sont les sociétés qui construisent la différenciation des sexes. Les stratégies évolutives d'intégration qu'elles élaborent ainsi sont à la base de la reproduction du système social (MATHIEU, 1991 : p. 661 & 662).

Plus que le sexe, la fécondité est à l'origine de la différence de genre ; le contrôle de la fécondité féminine apparaît comme le seul moyen pour les hommes de s'approprier ce privilège exclusif des femmes. Ce contrôle s'appuie d'abord sur le construit social de la représentation du genre. L'association d'attributs et de valeurs généralement négatifs au féminin, et de ceux positifs au masculin génère l'inégalité de genre et consacre la valence différentielle des sexes. Les manipulations symboliques dans les représentations de la procréation, du rôle respectif des géniteurs, des humeurs du corps, sont les supports de cette inégalité. Les mécanismes de cette inégalité, tels les règles de filiation (dans la parenté), et la loi d'exogamie (dans l'alliance) consacrent la domination des hommes et l'assujettissement des femmes. Ces mécanismes légitiment ainsi l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes (HÉRITIER, 1996 : p. 24 à 29 & 205 à 235). Les dispositions de genre apparaissent alors comme des produits d'un conditionnement culturel ; à partir donc de différences sexuelles « objectives », physiques, est engendrée une représentation des genres ; les visions « genrées » œuvrent ensuite comme systèmes d'évaluation et de hiérarchisation (GUIONNET & NEVEU, 2004 : p. 12 ; LÖWY, 2006 : p. 31). La dimension éminemment sociale de ces catégories désigne les normes et valeurs culturelles — qui soutiennent les institutions sociales telles à la parenté et l'alliance — comme les clés de compréhension des relations de genre.

L'idée de la différence de genre, tout comme celle de la construction sociale de cette différence est transversale à la plupart des auteurs en anthropologie sur le genre (MEAD, 1966 ; MATHIEU, 1991 ; HÉRITIER, 1996 ; LÖWY ; 2006). Les rôles sexués associés à cette différenciation ne découlent donc pas « naturellement »

des différences biologiques mais sont le résultat de constructions sociales (PARINI, 2006 : p. 23). La « division socio-sexuée du travail », tout comme les « rôles de reproduction » découlent de l'assignation de fonctions différentes dans le corps social. Ces règles du fonctionnement social participent à l'élaboration de la différenciation de genre, tout comme celle-là est à son tour la base de l'organisation des institutions sociales (MATHIEU, 1991 : p. 660-662 ; De BEAUVOIR, 1949 : p. 14). La base « naturelle » de la différenciation de genre est par ailleurs largement récusée ; l'idéologie naturaliste¹³ est accusée de favoriser l'occultation de la responsabilité du système social dans la construction des représentations de genre. Or, ce système fondé sur le principe de la domination masculine apparaît bien comme le seul générateur des hiérarchies socialement établies, et notamment de celle qui régit les relations de genre. Occulter une telle responsabilité du système dans la construction des représentations de genre ne permet cependant pas d'identifier en son sein des points d'ancrage pour le changement (PARINI 2006 : p. 25 ; MAILLÉ, 2001 : p. 166 ; DELPHY, 2002). De même, la flexibilité croissante des rôles féminins et masculins, notamment en Europe, ne doit pas cacher la rigidité de certains points de cette « construction sociale » des catégories de sexe. L'anthropologie rejoint ici le féminisme pour voir dans la variante contemporaine du patriarcat le principal déterminant de la subordination des femmes. Ce système de subordination des femmes est pérennisé à travers un ensemble de règles intériorisées (BOURDIEU, 1998 : p. 15 ; Löwy, 2006 : p. 49).

Les différences de genre sont à la base des inégalités entre les hommes et les femmes ; les dynamiques sociales de construction des différences engendrent une « hiérarchisation des sexes, avec une affirmation de la prévalence masculine » (MATHIEU, 1991 : p. 662) ; cette hiérarchisation est soutenue par l'image de l'homme représentant l'espèce humaine et les valeurs positives, par opposition à la femme qui représente le négatif, au point que toute détermination lui est imputée. La hiérarchisation met ainsi en évidence l'existence et la profondeur d'ancrages symboliques qui passent généralement inaperçus aux yeux des populations qui les mettent en pratique (De BEAUVOIR, 1949 : p. 14 & 15). Ces ancrages sont réalisés à travers des mécanismes d'attribution de valeurs positives et négatives aux catégories de sexe. À leur tour, ces mécanismes œuvrent à travers une idéologie inculquée aux personnes depuis l'enfance ; laquelle idéologie légitime un ordre social basé sur le principe de la suprématie masculine (HÉRITIER, 1996 : p. 24, 208 & 219).

La théorie structuraliste de la reproduction des corps comme « réalité sexuée » et comme dépositaire de « *principes de vision et de division sexuants* » projette les inégalités de genre comme résultant de l'attribution de significations et de valeurs inspirées de la vision androcentrique ; cette analyse montre cependant que, aussi bien les hommes dominants que les femmes dominées se retrouvent tous prisonniers d'un système social bâti sur le principe de la domination masculine (BOURDIEU, 1998 : p. 39, 46 & 55).

La « valence différentielle des sexes » apparaît alors comme l'expression d'un rapport conceptuel orienté, d'une idéologie sociale de hiérarchisation qui opère à partir du processus de différenciation sociale. Cette idéologie sociale

13 Attribution d'un caractère naturel à la « différence des sexes » et englobe le genre et le sexe biologique ; la division de l'humanité entre « hommes » et « femmes » impose l'évidence du rapport hétérosexuel et sa finalité reproductive.

construit une essence féminine imparfaite et dont la faiblesse justifie sa soumission (HÉRITIER, 2002 : p. 12). Les discriminations ainsi établies entre masculin et féminin sont ensuite reproduites à travers des mécanismes sociaux qui sont en œuvre autour des rôles, et des identités, et qui sont regroupés sous le vocable « évidences invisibles » (HÉRITIER, 1996 : p. 24 ; LÖWY, 2006 : p. 31). En tant que construction sociale, l'inégalité de genre est en rapport avec l'évolution sans cesse renouvelée des sociétés humaines ; dans le contexte des sociétés modernes, l'approche essentialiste fondée sur une différence naturelle des sexes résiste difficilement à l'argument de la dimension sociale du genre. L'idéologie matérialiste fondée sur la seule responsabilité du système social dans l'instigation des distinctions et de la hiérarchie entre les sexes omet également trop souvent la dimension interrelationnelle de l'identité de genre (MAILLÉ, 2001, p. 166). La proposition de THÉRY d'aborder désormais le genre « comme un attribut des relations sociales » plutôt que comme « attribut et identité de la personne » introduit une perspective particulièrement propice à l'analyse des interactions entre hommes et femmes dans un système social dynamique (THÉRY, 2007 : p. 227). Il apparaît en effet difficile d'envisager l'une ou l'autre des catégories de genre de façon autonome ; ces catégories apparaissent bien au contraire, absolument interdépendantes. Elles, interviennent en permanence dans la détermination des liens sociaux des relations de confiance, de hiérarchie ou de domination entre des réalités existentielles. Ces réalités se réfèrent, dans les discours et les pratiques sociales, au masculin ou au féminin (HÉRITIER, 1996 : p. 379 ; LÖWY, 2006).

La catégorisation de genre telle qu'elle est définie ici détermine les positions sociales mais aussi les représentations et le rapport aux choses et aux événements. Elle détermine notamment le rapport de la personne au corps pour soi et pour les autres. De la même manière, elle intervient dans le rapport à la santé, à la quête de soins, et à l'accès à l'objet thérapeutique en tant que finalité de cette quête, aussi bien dans l'espace familial que dans le système de santé.

Dans le prolongement des travaux de HÉRITIER, et LÖWY, nous considérons le genre comme une construction dynamique de catégories, définies en référence à un ensemble de réalités socio-sexuées. Ce processus de construction quotidienne du sens donné au masculin ou au féminin dans un espace défini, ou encore la « fabrication du genre » laisse percevoir la possibilité d'une action de régulation sociale à plusieurs niveaux du système social, et notamment dans la relation interpersonnelle. L'analyse de Bourdieu montre effectivement que, bien que déduit de schèmes de pensée générés par le système, chacun des deux genres n'existe et ne prend réellement son sens que dans sa relation à son opposé (HÉRITIER, 1996 : p. 379 ; LÖWY, 2006 : p. 63 à 86 ; PARINI, 2006, p. 12 ; BOURDIEU, 1998 : p. 41 ; THÉRY, 2007 : p. 227).

L'interaction réciproque et continue des catégories de genre commande la prise en compte des mécanismes par lesquels l'œuvre sociale d'incorporation des habitus s'exprime à travers les routines du fonctionnement social, notamment dans le rapport des personnes au *médicament*. La prise en compte de cette interaction apparaît essentielle dans l'analyse du rapport des personnes au *médicament* en tant qu'objet socialement chargé de sens. En effet, ce sont les

processus interrelationnels susceptibles interférer dans la détermination des niveaux de représentation, d'accès et d'utilisation de cet objet, ainsi que les stratégies qu'il suscite qui seront au cœur de l'analyse, étant entendu que :

La réalité sociale est un tissu complexe de relations, dans lequel les aptitudes personnelles, la capacité à dominer l'autre et à influencer sur la relation, apparaissent plus déterminantes que le sexe biologique.

THÉRY (2007 : p. 23)

La question de cette interaction entre les catégories de genre se pose d'abord dans la relation de couple puis dans des espaces sociaux plus élargis (ménage, services de santé, système de santé).

En tant que produits de ce système social qu'elles reproduisent, les femmes évoluent dans les ménages, en interaction constante avec les hommes. Par leurs rôles sociaux, mais aussi et surtout par la nature des réponses qu'elles y apportent, elles affichent leur position dans la santé et leur rapport au *médicament*, d'abord dans les familles. L'approche dualiste du genre étend cette analyse à leurs conjoints.

Genre et santé en Afrique

Dans le domaine de l'accès à la santé et au médicament, les travaux se sont succédés jusqu'à présent pour mettre l'accent sur les effets des inégalités de genre sur la vulnérabilité des femmes. Cette vulnérabilité est décrite tant du point de vue de l'accès à la santé que de l'exacerbation de la responsabilité féminine dans les soins domestiques ou encore dans le faible accès des femmes aux soins (BISILLIAT, 2001 ; DOYAL, 2000 ; LEE, 1999 ; MANE & AGGLETON, 2001).

Appréhender le rapport au médicament face à une diversité d'offres thérapeutiques implique une analyse des arbitrages qui sous-tendent le rapport des personnes — selon leur sexe —, à des produits thérapeutiques d'origines différentes. À travers les cheminements des personnes en quête de *médicaments*, il s'agira de comprendre comment et en quoi le genre comme une entrée heuristique permet d'analyser les logiques de l'accès aux *médicaments*.

Les femmes qui ont généralement des ressources plus réduites comparativement à celles des hommes sont exposées à davantage de difficultés que ces derniers face à leur dépense de santé (et notamment à l'achat de médicaments). Les inégalités par rapport à la pauvreté apparaissent donc comme les principaux déterminants de l'accès des personnes à la santé en fonction du sexe (DOYAL, 2000 : p. 932).

Du fait de leur rôle spécifique dans la procréation et de leur spécificité biologique, les femmes, ont des besoins de santé plus diversifiés et plus importants que ceux des hommes. Leur accès aux ressources pour la santé est alors présenté comme un impératif qui devrait guider les stratégies pour l'équité des soins. Cette logique appliquée aux populations démunies fait de l'appartenance à une catégorie de sexe dans un environnement de pauvreté, un déterminant de l'accès à la santé.

Le domaine de la gestion des médicaments apparaît également comme une situation propice à l'analyse des rôles de genre, notamment au sein des ménages. La littérature anthropologique qui a déjà documenté le rôle traditionnel de « soignante familiale » (SAILLANT, 2003) montre également que ce rôle, loin de disparaître avec la modernité tend à se perpétuer, et cela, même dans les sociétés non occidentales. Au Burkina, et particulièrement dans les sociétés d'origine *moose*, les soins en général sont dans les attributs des femmes (VINEL, 2005) ; les enfants et les membres malades de la famille leur sont en priorité confiés.

Les inégalités en rapport avec le médicament s'inscrivent parmi les inégalités de genre dans le domaine de la santé. Représentations du corps et de la maladie, spécificités d'accès aux ressources en fonction du genre apparaissent comme des facteurs susceptibles d'exacerber des inégalités préexistantes dans la répartition des ressources, ou d'en engendrer. Le plaidoyer sur l'équité de genre dans la santé part du postulat que les femmes sont pénalisées par rapport aux hommes si l'on considère les besoins de santé propres à chaque catégorie de sexe. Or, c'est encore elles que leur rôle de « soignante domestique », désigne pour prendre soin des malades de la famille, et particulièrement de leur mari.

Par ailleurs, certaines analyses montrent comment les rôles de genre entraînent des différences de comportement qui se répercutent sur l'état de santé et bien évidemment sur le rapport au *médicament*. La compréhension de ce rapport des personnes au médicament impose un retour vers les fondements socioculturels spécifiques des logiques qui guident les actions humaines. Les causes des différences culturelles, structurelles et/ou économiques dans les rapports des personnes au *médicament*, notamment au sein des catégories de sexe — et des inégalités qu'elles engendrent — nous ramènent aux contextes socioculturels spécifiques (POLLARD & HYATT, 1999 ; ANNANDALE & HUNT, 2000).

La différence des responsabilités des membres du ménage face à la santé familiale est une évidence empirique ; mais il y a peu d'études sur le sujet, que ce soit en anthropologie ou dans d'autres domaines. Les analyses anthropologiques sur les sociétés européennes présentent clairement les femmes comme les principales productrices de soins, professionnellement et au sein des ménages. Bien que ce rôle central des femmes dans les soins domestiques soit une constante, il reste sans cesse nié, banalisé ou dévalorisé (CRESSON, 1991 : p. 31 ; SAILLANT, 1999 : p. 7). Ces études ne montrent pas une différence quelconque entre les femmes européennes et celles africaines dans l'activité domestique de santé si l'on se réfère aux évidences empiriques.

Le rôle de santé des femmes africaines est néanmoins mentionné dans certaines analyses sur l'économie domestique en Afrique ; ainsi, dans les sociétés africaines, les soins et particulièrement ceux adressés aux enfants, sont des activités qui incombent essentiellement aux femmes, tout comme la cuisine et d'autres corvées ménagères (BRIET, 2005 : p.1 ; SANDRON, 2001). Ce rôle féminin de soignante domestique que les femmes africaines partagent avec celles occidentales est alourdi par le contexte du sida en Afrique où les

conditions et les représentations sociales de l'infection à VIH y suscitent leur plus grande implications (DESCLAUX & DESGRÉES Du LOÛ, 2006 : p. 4 ; OUATTARA & Al., 2004 ; UNESCO/ONUSIDA, 2003). La similarité dans les responsabilités des femmes en matière de santé domestique dans diverses sociétés permet d'envisager ce rôle féminin comme un invariant culturel.

L'analyse des rôles en matière de santé présente les soins comme une pratique relationnelle, mais aussi comme un domaine carrefour où « convergent l'entretien de la vie et sa protection, l'altérité et le lien social, les savoirs sur le corps, les rapports corps/émotions, hommes/femmes, pouvoir/savoir, naturel/surnaturel » (SAILLANT, 1991 : p. 11). L'aspect relationnel des soins apparaît marqué dans la culture *moose* par la distinction des espaces entre les catégories de sexe. Hommes et femmes y constituent deux groupes fortement cloisonnés ; un cloisonnement qui porte autant sur la division du travail que sur l'exercice des responsabilités, le pouvoir de décision et l'accès aux moyens de production (GOISLARD, 1996, p. 45). Ce cloisonnement est également matérialisé dans les rôles. Il apparaît dans la société *moose* à travers la responsabilisation particulière de la mère dans la survie de l'enfant. Le principe de la séparation des espaces et des rôles féminins et masculins organise ainsi dans cette société la vie domestique et sociale mais aussi le travail (ROTH, 1996 : p. 8 ; EGROT, 2001 : p. 474). Cette responsabilité maternelle et ce rôle classique des femmes dans la santé familiale apparaissent comme deux dimensions incontournables dans la compréhension des rôles et de genre et de leur interactions réciproques dans cette société dans le système de santé et dans l'espace thérapeutique (BONNET, 1996 : p. 286 ; EGROT, 2001 : p. 389 ; VINEL, 2005 : p. 122 & 144).

Les inégalités sociales sont également considérées comme des facteurs d'accentuation de la vulnérabilité des femmes dans la gestion collective de la maladie. Elles opèrent à travers l'existence de processus d'inscription de marquages physiques des inégalités dans les corps. Ces marquages sont en œuvre dans les rapports des femmes et des enfants au pouvoir masculin et parental. La disparition des châtiments physiques apparaît ainsi concomitante aux disparités sociales face à la maladie, nouvelle expression d'une permanente violence imposée aux corps (FASSIN, 1996 : p. 122).

L'objet de cette pacification — ici, notamment la femme — devient l'instrument de la reproduction de cette violence sur sa propre personne. La liaison établie entre la disparition de l'asservissement physique et les disparités sociales face à la maladie, met en perspective la substitution d'une violence imposée par la société, par une violence reproduite par les victimes elles-mêmes. La notion « *d'incorporation progressive des inégalités dans l'accumulation des risques* » est associée à ce processus. En justifiant l'adoption de conduites dommageables par les victimes elles-mêmes, cette notion permet de rendre compte d'une forme de violence sociale exercée sur les personnes, par catégories.

Le médicament

UN OBJET ÉMERGENT EN ANTHROPOLOGIE

Le dictionnaire définit comme médicament « toute substance employée à des fins thérapeutiques pour rétablir l'équilibre dans un organisme perturbé » ; il s'agit donc de :

« Toute substance étrangère au régime de l'état de santé, que l'on applique extérieurement, ou que l'on fait prendre à l'intérieur, dans un but curatif. Ces substances médicamenteuses appartiennent au règne minéral, comme le sulfate de soude et le phosphate de chaux ; au règne végétal, comme la térébenthine ou l'huile de ricin ; et enfin au règne animal, comme les sérums et les extraits glandulaires. »

(TLFi, 2010).

La définition législative du médicament reprise par l'ordre des pharmaciens¹⁴ diffère peu de celle du dictionnaire. Il étend néanmoins la dimension curative du produit, de l'humain à l'animal. L'introduction de l'idée d'une composition élargit le champ du médicament, de la « substance » à la préparation pharmaceutique par extraction et association de propriétés spécifiques de certains matériaux :

« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique »

(ORDRE DES PHARMACIENS, 2010).

Par ailleurs, la loi définit strictement le médicament comme un produit en conformité avec un certain nombre de règles et ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM). Cette conformité suppose que le médicament obéit à des critères d'efficacité et d'innocuité, dont il a fait la preuve au travers d'études scientifiques. Cette preuve faite de données de recherche constitue l'une des bases du paradigme de la médecine basée sur les preuves, *Evidence based medicine* (EBM), avec l'analyse systématique des observations cliniques et des préférences du patient (SACKETT & al. 1996 : p. 72). 2007). Preuves scientifiques fournies par les données de la recherche et résultats statistiques de l'essai clinique randomisé (ECR) doivent donner ensemble un niveau de preuve indispensable à la validation de l'acte clinique (STRAUSS & al. 2007). Support de cet acte clinique, il nous apparaît que le médicament en tant que produit hérite de l'efficacité mais aussi d'éventuelles limites de ce paradigme. En effet, l'EBM privilégie des modèles statistiques à travers lesquels la maladie est seulement envisagée du point de vue du groupe alors que le médecin a toujours affaire à des individus. En outre, d'autres dimensions de la maladie telles que la sociale, culturelle et familiales apparaissent difficilement saisissables à travers l'EBM.

¹⁴ Il s'agit ici d'une partie de l'article L. 5111-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament. L'adéquation d'un produit à cette définition est la condition pour l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou l'Agence européenne du médicament. L'AFSSAPS et l'OMS travaillent en réseau avec les laboratoires nationaux dans 11 pays africains dont le Burkina Faso pour le contrôle qualité des produits médicinaux (AFSSAPS annual report, 2008: p. 109).

Dans le dictionnaire de la pensée médicale, la définition du médicament renvoie au vocable latin *medicamentum*, et qui implique d'emblée l'idée d'une préparation en vue d'obtenir un remède adéquat (LECOURT, 2003 : p. : 722). La présentation du médicament à travers une double entrée : « médicament et individu » montre autant le lien entre le produit pharmaceutique et son utilisateur que l'étroitesse des « ...rapports très complexes qu'entretient chaque être humain avec lui-même et avec les autres au cours du processus jamais achevé de son individualisation ».

Il est également rappelé ici l'amalgame qui est souvent fait entre remède et médicament, alors que le premier est entendu dans un sens plus étendu, en tant que secours médicinal. À ce titre, le mot remède englobe aussi bien la saignée que l'exercice, l'abstinence, et même le médicament entendu au sens biomédical (LECOURT, 2003 : p. 722). L'importance du changement intervenu au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans la répartition des rôles entre médecin et pharmacien, et sur le processus d'élaboration du médicament permet de nous interroger sur ses répercussions sur la relation de l'utilisateur au médicament. Désormais, c'est le pharmacien du laboratoire qui propose un médicament accompagné d'instruction au médecin, contrairement à une période antérieure pendant laquelle le pharmacien d'officine ne produisait de médicament que sur indication du médecin. Le médicament moderne en tant que production exclusive de l'industrie pharmaceutique, aspirant uniquement à une action strictement pharmacologique et biologique relance la question de son passage à l'humain vu comme une entité qui ne se réduit pas à sa seule dimension biologique.

La contextualisation de cette définition du médicament renvoie dans les pays du Sud à la mise en œuvre de politiques pharmaceutiques nationales soutenues par l'OMS sur la base des besoins sanitaires réels et du pouvoir d'achat des populations, et qui sont à l'origine des concepts de médicaments essentiels et génériques. Les médicaments sont qualifiés d'essentiels s'ils appartiennent à une liste définie par l'OMS comme susceptible de répondre aux besoins de santé dans les pays (OMS, 1977). Les médicaments génériques sont considérés comme « des copies de médicaments de référence », copies dont l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties¹⁵. Les effets néfastes ou l'efficacité insuffisante des génériques ressentis par les usagers comparativement aux médicaments de référence ou médicaments princeps¹⁶ peuvent apparaître comme des « effets placebos négatifs », sans que l'éventualité d'une réelle composante biologique de ces effets ne puisse être totalement écartée. Malgré ces doutes, nous pouvons retenir « la position des pharmacologues et des agences du médicament qui considèrent que la substitution d'un médicament de marque par son générique ne pose pas de problème clinique » (CRECSS, position commune, 2006)¹⁷.

Le médicament en tant qu'objet social n'est pas rationnel en soi, et se distingue de la notion biomédicale positiviste « *Medicines are not rational per se* ». De même, aucune raison ne justifie que la maladie soit définie en termes de

15 Garantie donnée par l'Agence européenne du médicament

16 Le médicament original ou princeps est un médicament de marque découvert par un laboratoire qui en garde encore l'exclusivité de la licence. D'autres laboratoires qui voudraient produire le même médicament devront acheter la licence auprès du laboratoire découvreur. Après plusieurs années d'exploitation exclusive de la licence par le laboratoire découvreur, la licence du médicament princeps tombe dans le domaine public et il devient alors possible à n'importe quel laboratoire reconnu de reproduire des copie de sa molécule pour produire des médicaments génériques à moindre coût.

17 Centre de recherche cultures, sociétés et santé, position commune.

médicaments alors que ses dimensions débordent son contenu médical pour englober le domaine du symbolique. Le médicament peut être défini avec plusieurs dimensions, dans les mêmes termes que la maladie elle-même : « *The medicine might gain meaning from a different direction, in terms of the illness itself* ». Des différentes représentations populaires de la maladie et du traitement, qu'elles soient traditionnelles ou pas, apparaissent parfaitement capables de réinterpréter les médicaments en fonction de leurs propres modèles. Ces représentations de la maladie (et partant, du médicament), peuvent ainsi fournir à l'objet thérapeutique de nouvelles significations par un processus métaphorique créatif (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1991 : p. 172). Dans le même sens, les médicaments biomédicaux sont présentés comme relevant d'un autre monde qui ne permet pas facilement leur mise en relation avec ce qui fait la personne ou l'identité du patient, ce qui permet de relever l'importance particulière du système de représentation sur le rapport des personnes au médicament (FAINZANG, 2001 : p. 10). À travers la non-réductibilité du médicament à sa seule expression biomédicale, et sa réappropriation par les populations à travers les enjeux sociaux de son utilisation, c'est la biomédecine qui est mise à la disposition des personnes.

Ainsi, les anthropologues considèrent, à l'opposé des pharmaciens, qu'il n'existe pas de frontières rigides et prédéfinies entre le médicament légal, faisant l'objet d'une AMM, et d'autres formes de médicaments. Une démarche propre aux anthropologues et basée sur la prise en compte du point de vue *émique* permet en effet de montrer que les populations appliquent également le terme « médicament » dans d'autres conditions. Deux niveaux peuvent être distingués :

Les produits communément désignés sous le vocable « médicaments de la rue ». Il s'agit de produits industriels qui ne se distinguent généralement pas des produits pharmaceutiques, ni dans leur emballage, ni dans leur conditionnement. La principale différence se situe dans le fait qu'ils n'obéissent pas aux critères de légalité et de contrôle énoncés plus haut, et n'ont pas été légitimés par des études scientifiques. Leur origine est souvent incertaine, ou alors ils sont rattachée à des laboratoires non reconnus par les institutions pharmaceutiques locales. Leur circuit de distribution est généralement parallèle au circuit actuel des professionnels de la pharmacie, et leur promotion locale est assurée par des acteurs non reconnus par les responsables du secteur pharmaceutique.

Cette définition englobe également les remèdes traditionnels locaux ou d'importation ainsi que les produits de la médecine alternative, qui sont utilisés par les populations au même titre que les produits pharmaceutiques, pour les besoins d'action sur le corps. Certains de ces « médicaments », particulièrement intégrés dans l'éventail des produits thérapeutiques et dans le système thérapeutique locaux, sont par ailleurs quelquefois prescrits par des professionnels de santé, notamment le *Saye* contre le paludisme. Ces « médicaments » n'ont généralement pas une présentation uniforme par rapport au référentiel biomédical. Les *médicaments* traditionnels sont généralement à des stades artisanaux de conditionnement, tandis que les *médicaments* de la médecine alternative ont une présentation beaucoup plus élaborée et qui se confond facilement avec celles des produits pharmaceutiques.

Dans cette thèse, le « *médicament* » sera considéré comme un objet doté d'une action perçue ou attendue par les populations qui l'utilisent. Nous

attribuons donc à ce terme une définition éémique, qui ne correspond pas exactement à la définition légale ; c'est pourquoi nous indiquerons ce terme en italique afin de différencier les deux définitions. Il peut s'agir de médicaments au sens biomédical, spécialités ou génériques généralement distribués dans les officines pharmaceutiques, ou d'une autre manière par des professionnels de la santé. Il peut également s'agir de produits manufacturés de même présentation que les médicaments au sens biomédical, mais distribués à travers des circuits autres (*médicaments* de la rue). Enfin, il peut s'agir de produits thérapeutiques issus de la pharmacopée traditionnelle locale ou d'importation, ou de la médecine alternative et qui sont associés ou substitués par les utilisateurs aux médicaments de la pharmacie dans la vie courante. En somme, les médicaments sont des objets concrets face à la notion abstraite de la santé et « l'être humain a un besoin ontologique d'avoir un médiateur — le thérapeute —, et une substance médiatisante, — le médicament —, pour écarter de lui la maladie, signe de la mort » (BISILLIAT, 2001 : p. 1). Les travaux récents autour de la dimension sociale du médicament et sa relation étroite avec les cultures nous permettent de revenir sur sa définition anthropologique qui va au-delà de son action physiologique de (DESCLAUX & LEVY, 2003 p. 5).

D'abord, les médicaments sont reconnus dans leur dimension matérielle et leurs références scientifiques en tant que produits pharmaceutiques industriels élaborés à partir de références relevant de la biomédecine et de la pharmacie. Cette prise en compte du médicament dans les limites de sa définition biomédicale le rendrait néanmoins inopérant dans une étude qui, comme cette thèse, analyse le rapport des personnes à tout objet considéré comme pouvant agir d'une manière ou d'une autre sur les fonctions physiologiques, dans un contexte de diversité de l'offre. Ce contexte marqué par l'utilisation indifférenciée des médicaments au sens biomédical, des « *médicaments* de la rue », de produits thérapeutiques traditionnels ou non, locaux ou d'importation impose la prise en compte de cette diversité de types de médicaments qui marque la pharmacocénose, c'est-à-dire l'ensemble des thérapeutiques localement disponibles (DESCLAUX & LEVY, 2003 : p. 11).

Les médicaments sont ensuite vus comme des objets saturés de sens, dotés d'une grande ambivalence, et qui s'intègrent dans la vie quotidienne des personnes au sein de l'espace privé, à travers la reconnaissance de leur efficacité matérielle sur les corps. Leur matérialité qui permet leur identification et leur utilisation par des centaines de millions de personnes apparaît comme un puissant support de leur efficacité. Empreints de la culture scientifique dont ils sont issus, les médicaments véhiculent des idées et constituent un support propice aux interprétations et à aux élaborations symboliques dans les différentes cultures qui les reçoivent et se les réapproprient à travers une réinterprétation spécifique. En somme, les médicaments, au-delà et en dépit de leur action pharmacologique :

(...) sont de plus des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de savoirs et de pouvoirs plus ou moins égalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes, de réseaux »

(DESCLAUX & LEVY, 2003 : p. 5).

La relation de l'homme au médicament n'est pas un phénomène nouveau. La consommation de végétaux et de minéraux à des fins thérapeutiques date de la préhistoire. À travers les sociétés humaines, différents produits thérapeutiques sont nés et ont évolué en fonction de la satisfaction qu'ils donnaient à leurs utilisateurs. Leur efficacité est attribuée aux propriétés magiques ou symboliques de la substance, en accord avec les représentations savantes ou populaires, associées ou non à des propriétés pharmacologiques. Aujourd'hui encore, le phénomène reste fondamentalement le même :

« La croyance que l'ingestion ou l'application de certains produits puisse être une réponse efficace à la maladie soutient toujours l'utilisation du médicament. Cependant, les transformations scientifiques, industrielles et socio-sanitaires de ces dernières années confèrent à cet invariant historique une coloration particulière »

(DUMAS & LAURIER, 1985 : p.178).

L'anthropologie du médicament offre une nouvelle perspective d'analyse. Jusqu'alors réservée aux sociétés dite exotiques, la prise en compte de la dimension culturelle du médicament, est élargie à toute société humaine. Cette anthropologie s'intéresse tout particulièrement aux contextes sociaux et culturels dans lesquels les médicaments sont produits, distribués, utilisés et peuvent être explorés. Cette nouvelle ère de recherche qualitative sur l'objet thérapeutique est marquée par les travaux de VAN DER GEEST et REYNOLDS WHYTE de l'université d'Amsterdam à la fin des années 1980. L'anthropologie du médicament est développée au département de sociologie et d'anthropologie sociale de l'Université d'Amsterdam alors investie dans les pays en voie de développement (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1988) ; VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1988 : p. 3).

À travers ce courant de pensée, l'objet médicament n'est plus seulement considéré pour sa simple action pharmacologique « substance used in the « treatment of sickness ». Sa dimension sociale est désormais mise en évidence. Elle apparaît notamment à travers ses perceptions et son utilisation dans le contexte de coexistence entre médecine moderne et thérapies traditionnelles (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1988 : p. 3).

Les *médicaments* sont appréhendés dans ce champ de recherche sous deux angles ; d'abord en tant que substances « *they are substances* », le médicament est un objet « *a thing* ». Ensuite, comme dotés du pouvoir de transformation sur les sociétés humaines « *believes to contain in themselves a power to transform the human condition* » (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1988 : p. 3). Au delà du simple objet pharmacologique à finalité biologique, le médicament est analysé dans sa dimension sociale et symbolique en tant que porteur d'enjeux sanitaires, économiques, culturels et sociaux, mais aussi comme support de stratégies individuelles et collectives.

Ainsi défini, les *médicaments*, en passant d'une personne à l'autre dans le cadre de leur production, leur distribution et leur utilisation, apparaissent comme des objets d'échange ; comme objets, ils ont également une vie. Cette vie sociale du médicament implique qu'il passe d'un contexte de production, de sens, et de gestion, vers un autre, celui de son utilisation. La notion de principe actif intrinsèque à certaines substances permet de comprendre la dynamique de leur

diffusion d'une culture à l'autre. Pourtant, même si des personnes de cultures différentes partagent une idée basique sur l'efficacité d'un médicament, la perception de cette efficacité doit être considérée selon les sociétés. La vie sociale des médicaments s'exprime également à travers les effets perçus de leur efficacité, les attentes qu'ils suscitent, et toutes ces dispositions sont culturellement marquées de différentes façons, comme il est ainsi stipulé en anglais :

Yet even though people of different cultures share the basic idea that a medicine is powerful, the specific nature of that power may be conceived quite differently. The characteristics that indicate potency, the expectations about how a medicine works, notions about suitable uses of a medicine's power — all these are culturally shaped in various ways

VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE (1988 : p. 4)

Ces premiers travaux soulignent également les contours théoriques et méthodologiques de l'anthropologie du médicament ; cette anthropologie se démarque des analyses produites jusqu'alors dans le champ du médicament, notamment par un regain d'intérêt pour les sociétés occidentales. Le questionnement qui s'en suit sur « l'anthropologie médicale chez soi » permet de voir l'héritage laissé par les recherches dans les sociétés autres, et l'apport des sociétés occidentales (FAINZANG, 2001a). Ce retour chez soi de l'anthropologie médicale à partir de la question du médicament s'illustre par une série de travaux parmi lesquels figurent en bonne place l'analyse de la place des médicaments et des ordonnances dans la vie de personnes de diverses origines culturelles religieuses (FAINZANG, 2001b). Il en est de même des rôles de genre et le rapport aux médicaments dans l'espace domestique (SAILLANT, 1999), ou de l'analyse du réseau thérapeutique des médicaments (AKRICH, 1995). Il en est de même des multiples études sur l'effet placebo des médicaments et comme celle de LACHAUX & LEMOINE, décrivant comment le placebo, au même titre que le vrai médicament est un objet dans la relation entre malade et soignant (BENOIST, 2002), ou encore des études en psychologie sur le symbolisme du médicament (PIERRON, 2009). L'anthropologie du médicament apparaît à ce titre comme fille de l'anthropologie médicale.

À travers les travaux de HAHN ET KLEINMAN, la dimension culturelle des médicaments se dessine comme objet de recherche à la fois dans les sociétés non occidentales et dans celles occidentales euro-américaines (HAHN & KLEINMAN, 1983 : p. 305). L'analyse de cette dimension du médicament se déploie à travers cinq thèmes principaux : la production et le marketing, la prescription, la distribution, l'utilisation, et l'efficacité. L'étude des aspects sociaux et culturels des médicaments est ainsi proposée à un niveau international et dans une diversité des sociétés. Elle présente dans une perspective comparative, la question de l'accessibilité, de la disponibilité et du stockage d'une part, et celle de la formation des personnels de santé et des stratégies de recherche d'autre part (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1983 : p. 331-343 ; ETKIN & TAN, 1994 : p. 3 & 6). Cette nouvelle perspective de l'anthropologie permet l'analyse des représentations des médicaments tout comme de leur médiation (qui ne sera pas abordée dans cette thèse) dans la relation soignant-soigné (BENOIST, 1999). Les symboliques des médicaments permettent d'analyser ces objets, entre la culture

scientifique biomédicale qui les génère, et les différentes cultures dans lesquelles elles sont utilisées et qui les réinterprètent selon leurs référents propres (DESCLAUX & LEVY, 2003). Les médicaments sont également au cœur d'une chaîne complexe où interviennent différents acteurs, de leur conception à leur consommation. Ils prennent alors une valence et des significations différentes qui en font des substances à la fois techniques et symboliques (LEVY & GARNIER, 2007).

L'ensemble des travaux cités, à l'instar de nombreuses autres études, ont en commun la valorisation de la dimension culturelle des médicaments. Certains d'entre eux effleurent des aspects biopolitiques de la question à travers les enjeux de l'exportation du savoir biomédical — présenté comme objectif et universel — dans les pays en développement où opèrent déjà des savoirs locaux qui détiennent leurs moyens particuliers de guérir (LAPLANTE, 2003 et 2007). Appliquée à l'introduction de nouveaux recours thérapeutiques et l'apparition d'une nouvelle maladie (le sida) dans un système de soins de santé où coexistent des remèdes traditionnels et médicaments licites ou non, l'utilisation des outils de l'anthropologie du médicament s'impose pour une connaissance profonde des questions spécifiques. Dans un contexte précis de bouleversements économiques et sociaux en Afrique, ces nouveaux recours aboutissent à la modification de l'étiologie sociale des maladies étudiées (les kits MST valant comme traitement des troubles de la fécondité), posant ainsi la question de l'accès des populations au *médicament*, dans les conditions d'efficacité optimales (HAXAIRE, 2003 : p. 59). L'approche de l'économie politique de la santé révèle les enjeux de pouvoir qui déterminent la position des savoirs populaires liés aux usages sociaux des médicaments. Le débat sur les forces structurelles en œuvre au sein des sociétés est également au cœur de cette thèse à travers l'analyse le rapport entre la disponibilité des médicaments, et son influence sur les modes de consommation (MASSÉ, 2008).

Avec l'avènement de l'infection à VIH en Afrique, sont apparus différents types produits phytothérapeutiques industriels ou des remèdes néo-traditionnels de production locale. Les analyses faites à partir de discours de prescripteurs et de consommateurs mettent en exergue des processus d'instrumentalisation des idées de similarité et de différence qui vont déterminer leur représentation et leurs usages (SIMON, 2008).

Phytomédicament ou non, d'importants processus de médicalisation en cours aboutissent à l'utilisation de « médicaments » d'introduction récente pour des besoins non médicaux. Certains de ces médicaments comme le Viagra®, commercialisés à grande échelle se ritualisent en Europe sans que les enjeux scientifiques, éthiques, sociaux et économiques de leur production soient clairement spécifiés (POURRAIN, 2008). La mondialisation en tant que processus d'expansion et d'harmonisation des liens d'interdépendance entre les nations, les activités humaines et les systèmes, exporte également cette question en Afrique où les référents spécifiques à son analyse sont encore à définir. Le Viagra®, tout comme d'autres produits présentés comme des phytomédicaments et ou des traitements « néotraditionnels » évoluent sur le marché des médicaments avec des conséquences sanitaires mal évaluées (MERCAN, 2008). De tels travaux questionnent sur les effets de ces médicaments dans des systèmes de santé africains souvent en crise.

Le rôle consacré de soignantes domestiques des femmes en font des interlocutrices privilégiées dans l'analyse de l'utilisation des médicaments dans cette étude. À travers les liens particuliers des femmes aux médicaments se présente une occasion d'analyse de ceux des hommes, comme le montrent les travaux sur les rôles de genre et les rapports au médicament en Europe (Saillant, 1999 ; Cresson, 1991), mais aussi en Afrique (DESCLAUX et DESGRÉES du LOÛ, 2006).

UN OBJET MATÉRIEL ET SOCIAL

Les médicaments sont appréhendés ici, d'abord en tant que substances, objets matériels. À ces substances est reconnu le pouvoir d'agir sur les corps. Leur matérialité permet d'établir plus facilement un lien concret entre leur utilisation et leurs effets sur les corps. Ces effets peuvent être à la fois nuisibles et bénéfiques. Perçus comme les clés de la guérison ou du bien être, ils passent d'une personne à l'autre, et sont directement administrés aux corps. C'est donc la substance elle-même qui est perçue comme étant intrinsèquement efficace : ainsi se dissocie les médicaments des savoirs magiques. Néanmoins, les pouvoirs de transformation du médicament peuvent être utilisés à différentes fins (REYNOLDS WHYTE, VAN DER GEEST, HARDON, 2002 : p. 3). Ces fins peuvent être celles visées par la diversité des soignants, biomédicaux ou non, ou celles souvent surprenantes des utilisateurs, particulièrement dans l'automédication.

L'importance de la place occupée par les *médicaments* dans la vie est relevée à travers l'assimilation de leurs noms commerciaux dans le vocabulaire courant des populations à travers le monde. Ces auteurs relèvent que les domaines de la vie « bouleversés par l'efficacité matérielle des médicaments débordent désormais le cadre du seul soulagement des maladies. Les médicaments s'ouvrent ainsi à d'autres utilisations, telles la gestion de la fécondité, la nutrition ou les émotions (DESCLAUX & LEVY, 2003 :p. 8).

Les *médicaments* doivent être appréhendés dans une perspective dynamique et diachronique, en prenant en compte notamment les origines et l'histoire des transferts de savoir et de savoir-faire (REYNOLDS WHYTE, VAN DER GEEST, HARDON, 2002 : p. 5 & 6).

Pris isolément, les médicaments n'ont pas une « vie sociale » ; tout au plus, seraient-ils des agents d'un réseau au même titre que leurs utilisateurs. Mais leur utilisation au sein des sociétés humaines génère des situations d'interaction entre ces produits et les personnes, tout comme ils sont les supports d'enjeux divers et donc de stratégies. Les médicaments apparaissent ainsi en tant qu'objets dotés d'une vie sociale « *things with social life* » (REYNOLDS WHYTE, VAN DER GEEST, HARDON, 2002 : p. 13).

Au-delà des services de santé et du système biomédical dans son ensemble, la « vie sociale » du médicament se poursuit, dans diverses situations : elle va de la prescription médicale à l'automédication ; du détournement d'usage de produits pharmaceutiques par des promoteurs de médecines traditionnelles, à la guerre des molécules. Cette vie sociale du médicament nous oriente également à travers les systèmes parallèles de distribution dont certains aboutissent à la vente de produits traditionnels plus ou moins « modernisés » dans des espaces de légitimité biomédicale comme les

officines pharmaceutiques. Différents par l'origine ou par la présentation, issus des officines pharmaceutiques, des étals de produits traditionnels, des dépôts d'autres médecines locales ou d'exportation, divers *médicaments*, du fait de leur disponibilité sur le marché apparaissent comme d'importants supports de l'analyse ici proposée. La diversité attendue des types de médicaments peut également être mise en relation avec la multitude des pratiques dans un système médical local complexe.

Ainsi, par leur interférences avec les groupes sociaux et entre eux, les médicaments « vivent » une « vie sociale » en relation avec les acteurs et les contextes de leur utilisation (REYNOLDS WHYTE, VAN DER GEEST, HARDON, 2002 : p. 13).

Cette perspective de recherche présente les *médicaments* entre les mains de différents types d'acteurs. Ils passent ainsi successivement entre des personnes liées par certaines relations sociales : les consommateurs, les promoteurs et les intervenants des politiques sanitaires.

Notre réflexion qui englobe aussi bien le premier niveau de relation de genre (la relation individuelle dans le couple), que le système de santé dans son ensemble, trouve ici, à travers la matérialité du *médicament*, mais aussi par la complexité de son rôle social, un support pratique à sa mise en œuvre.

UN OBJET SYMBOLIQUE

Certaines études se focalisent sur les liens qui existent entre le médicament et la structure sociale. Les systèmes de représentation, et notamment la « culture religieuse » peuvent influencer sur le rapport des personnes au *médicament* (FAINZANG 2001 : p. 10). Plus qu'« une marchandise », le *médicament* est analysé comme un opérateur pour un ensemble de réseaux socioéconomiques, de pratiques, de représentations, de constructions socioculturelles, et de ce fait, associe « le traitement notamment — mais pas seulement — à la maladie socialement représentée » (DESCLAUX & LEVY, 2003 p. 8 & 9).

Au-delà de la seule action pharmacologique des *médicaments*, leur utilisation apparaît en partie comme le reflet d'une relation entre l'individu, sa culture d'origine et la communauté, mais aussi de l'intégration de cette même culture dans le système de soins (PALÉ & LADNER, 2006). Leurs représentations, loin d'être figées, sont propres à chaque culture ; par ailleurs, elles évoluent dans des systèmes de soin spécifiques mais tous, plus ou moins ouverts au pluralisme médical.

De l'objet à vocation essentiellement thérapeutique, le *médicament*, à travers sa nature et les représentations de celle-ci, son utilisation, les conditions de son accessibilité, apparaît comme un objet particulièrement chargé de sens social. Il intervient comme un médiateur entre les hommes et les maux qui les tourmentent. Ses multiples utilisations se révèlent, quelle que soit la situation, comme des faits sociaux dans des systèmes organisés (BENOIST, 1989-1990 : p. 45).

Certains travaux analysent la manière dont les thérapeutiques nouvelles se positionnent par rapport aux anciennes. Ils montrent comment la société européenne est passée en l'espace d'une génération, entre une préhistoire du médicament faite d'élixir et de décoctions, à la modernité faite de comprimés et

d'ampoules jetables. À la suite, la plupart des pays en développement expérimentent depuis la colonisation, une cohabitation de fait entre la biomédecine et ses produits pharmaceutiques plus ou moins certifiés, et les produits issus des thérapies traditionnelles ou autres (médecine dite parallèle, locale ou d'importation). La nécessaire matérialité de notre objet d'étude impose ici quelques précisions terminologiques. La notion très large de « médecine traditionnelle », souvent utilisée est néanmoins rarement définie ; pour nous, cette médecine traditionnelle englobe d'abord la pratique du « guérisseur » ou encore « thérapeute traditionnel ». Le champ d'action de ce dernier se situe dans un continuum entre le symbolique, le magique et le corps, receptacle des atteintes magiques. La réponse à la maladie se situe alors autant, voire davantage, dans la dimension magico-religieuse de la thérapie (sacrifice, sort, incantations, prières, etc.) que dans la matérialité du corps et de la substance médicamenteuse. Le sacrifice (*Doaga* en *moore*), la prière, l'incantation, l'amulette apparaissent alors comme des préalables indispensables à l'opérationnalité de la substance médicamenteuse (plantes, minéraux ou matière animale utilisés seuls ou en association). Le pouvoir d'action de cette substance apparaît alors conditionné par sa composante magique (SOUBEÏGA, 2009 : p. 344–345). Mais cette notion de médecine traditionnelle englobe également la phytothérapie qui utilise essentiellement la substance des plantes, même si les représentations locales d'une nature dotée de pouvoir supra naturels, ne permet pas d'exclure totalement la dimension magique. À la plante qui est cueillie, est dotée par exemple une « énergie vitale », *siiga* en *moore* (BONNET, 1982 : p. 119-120), énergie qu'il faut savoir canaliser dans la phytothérapie, généralement par des incantations ou une organisation particulière de l'activité autour de la plante. Par ailleurs, cette phytothérapie n'est pas non plus exempte d'association avec des minéraux ou des végétaux, tous utilisés pour leur action thérapeutique et non magique, et tous justifiant d'une matérialité nécessaire à notre objet d'étude.

Bénéficiant depuis 1978 d'un important soutien institutionnel en Afrique¹⁸, les médecines traditionnelles qui étaient jusqu'alors dévalorisées par rapport à la biomédecine, et assimilées au charlatanisme s'inscrivent désormais dans une logique de concurrence avec les services de santé dans la prise en charge des malades (SOUBEÏGA, 2009 : p. 342). Les succès des médicaments sont actuellement rendu contestables par diverses raisons : l'apparition de limites de l'efficacité, certains effets toxiques, les inégalités sociales d'accès au traitement, une plus grande visibilité des stratégies de construction sociale par les firmes de « besoins des populations ». À cette liste pourrait s'ajouter les demandes de santé non satisfaites par les services de santé, et qui orientent les populations vers les autres types de recours (DESCLAUX & LEVY, 2003 : p. 8 ; SOUBEÏGA, 2009 : p.342).

La prise en compte de cette cohabitation plus ou moins régulière entre médecines offre de meilleures perspectives de compréhension de la complexité et de la diversité des itinéraires thérapeutiques. Les recours, parallèles, simultanés ou successifs, à l'une ou l'autre médecine, et les contextes de pluralisme médical qui se profilent questionnent déjà sur les différentes facettes de l'objet médicament. Il en est de même pour la diversité des motivations et des

18 A partir de la conférence internationale de Alma Ata (dans la capitale de la république soviétique du Kazakhstan) en septembre 1978 sur les soins de santé primaires, l'OMS soutient les états, notamment ceux des pays en développement, dans la revalorisation de la médecine moderne.

options des utilisateurs. Face à une telle diversité des formes du médicament et des conditions de son utilisation, pour le chercheur, comprendre la manière dont le médicament « s'insère dans le fonctionnement social » importe davantage que ses effets physiologiques (BENOIST, 1989-1990 : p. 45).

Le rapport individuel des personnes à cet objet a été peu exploré sous l'angle de l'analyse des rôles de genre dans les soins domestiques. Les manières dont les personnes se représentent les médicaments, les conditions sociales, économiques et culturelles de leur accès à ces produits et de l'usage qu'elles en font, nous apparaissent comme les principaux éléments de la compréhension du sens : le sens de l'usage que les personnes qui utilisent ces produits leur attribuent, mais aussi les autres. L'appartenance aux catégories de genre entraîne des différences et des inégalités dans le rapport à la santé ; la maladie devient alors un événement qui « inscrit » les inégalités sociales, en particulier les inégalités de genre, « dans les corps » (FASSIN, 1996 : p. 122), tout en déterminant le rapport au médicament.

En dehors de la question de l'accès au médicament, le rôle traditionnel de soignante familiale, projette généralement les femmes au premier plan de la gestion des médicaments dans la sphère familiale (INHORN, 2006 : p. 358).

Problématique

La question du médicament est subsidiaire à celle plus globale de la santé en ce sens que « Les médicaments constituent une des premières réponses à la maladie » (BISILLIAT, 2001 : p. 1). L'approche différentielle qui nous permet de distinguer les hommes et les femmes dans l'analyse apparaît comme la mieux indiquée pour comprendre le rapport des personnes au médicament en fonction de leur catégorie de sexe. Cette approche en « duo » d'une réalité genre s'exprimant à travers l'homme et la femme permet de puiser des éléments de l'analyse, non pas seulement dans une catégorie particulière dont la vulnérabilité est déjà documentée, — ici notamment les femmes —, mais dans les deux, qui, au quotidien des relations de genre, expriment, chacune à sa manière son rapport spécifique aux *médicaments*.

L'approche relationnelle de cette analyse prend en compte la manière dont les individus, hommes et femmes, ont, ou développent des aptitudes, pour se positionner, et cela au-delà des conditions des relations de genre imposées par le système. La notion de « personne relationnelle » (THÉRY, 2007 : p. 227) apparaît à ce propos particulièrement adaptée à l'analyse des aptitudes intrinsèques des personnes face aux rôles et statuts assignés, et qui sont sensés réguler leur rapport aux choses et notamment aux *médicaments* dans le tissu complexe des relations de couple.

La relation des personnes au médicament pourrait impliquer également la prise en compte d'un contexte social urbain africain de plus en plus marqué par la modernité, l'essor des mass médias et la mondialisation des valeurs. Les retombées de l'emploi urbain féminin, et de « l'individuation des gains » favorisent l'autonomie des femmes. L'autonomie de plus en plus grande de ces dernières par rapport à leur mari et à la famille de celui-ci, donne sens à

l'évolution actuelle des rôles et valeurs, notamment celles attachées au genre, ainsi que l'émergence de nouveaux statuts féminins (ANTOINE & NANITELAMIO, 1990, p. 132).

Le croisement du genre et du médicament

Le genre en tant que sexe socialement construit impose de dépasser sa fréquente réduction au sexe féminin ou à la femme, pour prendre en compte à la fois l'homme et la femme. Par ailleurs, l'approche différentielle de l'accès au médicament, — éléments majeurs des soins de santé —, apparaît plus globale que celles qui ont longtemps été orientées sur la population ou un groupe spécifique, tels les femmes et les enfants (BISILLIAT, 2001 : p. 1 & 3).

Le champ de notre recherche peut être situé au croisement des rapports au médicament et des différences de genre dans le domaine de la santé. L'analyse de ces rapports est d'abord une analyse des liens que les personnes établissent entre les maux et leurs besoins tels qu'elles les perçoivent, et l'idée du soulagement ou de la réponse qu'elles leur associent. Cette réponse qui est fonction des représentations de la maladie et d'autres besoins spécifiques peut prendre diverses formes. La recherche du soulagement (l'on pourrait associer ici d'autres besoins moins liés à la maladie) dans un contexte de diversité des demandes et des réponses, de volonté de détournement de la fatalité, impose la prise en compte de la « pluralité » des recours de santé (BENOIST, 1996 : p. 9).

Appréhender le rapport au médicament face à une diversité d'offres thérapeutiques implique donc une analyse des arbitrages qui sous-tendent le rapport des personnes — selon leur sexe —, à des produits thérapeutiques d'origines différentes ; à travers les cheminements des personnes en quête de *médicaments*, il s'agira de comprendre comment et en quoi les attributs de genre interfèrent dans la relation à l'objet thérapeutique.

Certaines analyses montrent comment les rôles associés aux catégories de sexe entraînent des différences de comportement qui se répercutent sur l'état de santé et bien évidemment sur le rapport au médicament. La compréhension de ce rapport des personnes au médicament impose un retour vers les fondements socioculturels spécifiques des logiques qui guident les actions humaines. Les causes des différences culturelles, structurelles et/ou économiques dans les rapports au médicament, notamment au sein des catégories de sexe — et des inégalités qu'elles engendrent — nous ramènent à la spécificité des contextes socioculturels (POLLARD & HYATT, 1999 ; ANNANDALE & HUNT, 2000).

L'accès au *médicament* est fonction d'inégalités dans la capacité de mobiliser des ressources économiques, cognitives, sociales ; celles-ci sont réparties notamment en fonction du genre. Le plaidoyer sur l'équité de genre dans la santé part du postulat que les femmes sont pénalisées par rapport aux hommes si l'on considère les besoins de santé propres à chaque sexe (DOYAL, 2000 : p. 933). Et pourtant, la position centrale des femmes dans la santé familiale les désigne comme des interlocutrices d'importance dans les programmes sanitaires dans tous les domaines, et particulièrement dans la prévention et les interventions sur la sexualité. Cette position privilégiée dans le développement sanitaire justifie diverses actions de promotion (OMS, 2010 ; MAUSS & DUFRICHE, 2010).

Du fait de leur rôle spécifique dans la procréation et de leur spécificité biologique, les femmes ont des besoins de santé plus diversifiés et plus importants que ceux des hommes. Leur accès aux ressources pour la santé est alors présenté comme un impératif qui devrait guider les stratégies pour l'équité des soins. Cette logique appliquée aux populations démunies fait de l'appartenance à une catégorie de sexe dans un environnement de pauvreté, un déterminant de l'accès à la santé. Cependant, les femmes ont généralement des ressources plus réduites comparativement à celles des hommes ; cette situation les expose à davantage de difficultés que ces derniers face à leur dépense de santé, (et notamment à l'achat de médicaments). Les inégalités par rapport à la pauvreté sont donc parmi les principaux déterminants de l'accès des personnes à la santé en fonction du sexe (DOYAL, 2000 : p. 932). Certaines études proposent donc la conceptualisation des patients comme des personnes « genrées », des entités psychologiques individuelles évoluant dans un environnement socioéconomique (BRETTELL & SARGENT, 1996 : p. 91).

En Afrique, les femmes et les enfants constituent 75 % de ceux qui n'ont pas accès au médicament, même générique (BISILLIAT, 2001). Ces inégalités sont analysées en lien avec la fréquente dégradation des conditions économiques¹⁹ dans cette région. La paupérisation apparaît ainsi pour beaucoup de femmes comme un facteur de renforcement de l'inégalité des rapports de genre. Elle accroît en effet leur vulnérabilité économique tout en augmentant leur charge de travail. Ainsi, est mis en évidence un cercle vicieux ; celui des inégalités de genre dans la pauvreté qui se déclinent en inégalité d'accès aux ressources et aux services de base, notamment au médicament et vice versa. Ce sont alors les démunis, surtout les femmes et les enfants, qui doivent le plus souvent acheter le médicament, à un moment où la maladie et ses conséquences ont déjà fragilisé l'économie familiale. La prise de conscience de ce cercle vicieux peut être associée à certaines initiatives : les soins de santé primaires (SSP), l'initiative de Bamako. Elles sont en effet toutes orientées en Afrique vers l'amélioration de l'accès aux soins en faveur des populations les plus vulnérables. Dans le système de santé, il est ainsi établi que les différences de genre se déclinent en défaveur des femmes dans l'accès aux soins et au médicament (BISILLIAT, 2001).

Dans le cas de l'infection à VIH, l'un des aspects des différences de genre est la prédominance des effectifs féminins dans les structures de prise en charge des personnes infectées par le VIH, notamment au Burkina Faso. Le rapprochement de ces différences avec la vulnérabilité consacrée des femmes à l'infection apparaît alors logique. Cependant, l'approche globale de l'anthropologie oriente d'abord le questionnement vers l'organisation du système social, et le rôle des normes et valeurs dans la détermination du rapport des catégories de genre dans ces lieux. En effet, la vulnérabilité consacrée de la femme à l'infection n'est pas toujours la seule réponse aux différences constatées. Au Burkina Faso, les femmes sont plus jeunes et moins avancées dans la maladie que les hommes à leur arrivée dans les structures (GUIARD-SCHMID, 2007). Les questions ainsi laissées en suspens par l'approche de la vulnérabilité des femmes, et qui occultent presque toujours l'autre genre, imposent une étude plus approfondie des conditions sociales sous-jacentes aux situations

19 *Sous l'effet de la mondialisation, les crises économiques et les programmes d'ajustement (PAS)*

L'anthropologie du médicament qui explore l'environnement social dans lequel évolue l'objet thérapeutique apparaît comme le moyen de produire une connaissance approfondie dans le domaine du rapport des personnes à cet objet. Cette approche permet une meilleure compréhension des contextes sociaux et culturels dans lesquels les médicaments sont produits, distribués et utilisés dans les pays en voie de développement, mais aussi dans un contexte international (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, 1988 : p. 3 ; ETKIN & TAN, 1994).

La faiblesse constatée des analyses sur la dimension genrée du rapport des personnes au médicament dans ce champ de recherche encore en friche dans le contexte de pluralisme médical au Burkina justifie cette thèse. Ce courant de pensée, bien que récent, ouvre néanmoins la voie à une problématisation du rapport des personnes au médicament, en écho aux analyses de santé publique généralement focalisées sur la gestion des stocks et autres questions de programmation, d'approvisionnement, de distribution, de conditionnement et de conservation. Le médicament pour lequel le « social balise le chemin et oriente les choix selon les individus et les circonstances » apparaît aussi sous un aspect particulier de son utilisation : celui de l'automédication en tant que pratique majeure ancrée dans la complexité des itinéraires thérapeutiques (BENOIST, 1989-1990 : p. 46 & 47). Cette pratique impose la prise en compte de l'usage du médicament sur le corps biologique au même niveau que dans le règlement de tout problème existentiel (SOUBEÏGA, 2009 : p. 348). Ces différentes dimensions, appliquées aux relations de genre constituent une clé de compréhension des aspects les plus complexes de la relation des personnes au médicament.

Ainsi présenté, le *médicament*, entendu ici au sens élargi du *médicament*, est au centre de toute analyse des rapports des personnes à la santé, rapport qui se déploie dans un contexte social qui en détermine les enjeux. La quête de recours pour agir sur le corps en vue de le soulager d'un mal ou de compenser un quelconque besoin perçu conduit donc nécessairement au médicament, « sous bien des formes » (BENOIST, 1989-1990 : p. 45-46), et qui laisse libre cours aux options des utilisateurs dans un contexte de diversité des offres.

Le cas spécifique de l'accès des PvVIH aux soins inscrit également notre recherche dans un champ d'étude encore plus précis, celui des interactions entre genre et sida. L'analyse de la vulnérabilité biologique et sociale à l'infection prend effectivement en compte les hommes et les femmes. La prédominance de la transmission sexuelle de l'infection, en posant la question de la liberté de l'un ou de l'autre conjoint à négocier ou pas les conditions de la prévention, relance notre intérêt pour la dimension relationnelle de la vie des couples. Et sur les capacités des personnes à s'imposer dans la relation de couple indifféremment de leur sexe, est ici associée à l'importance du caractère relationnel des rapports entre conjoints. Les aspects économiques et culturels de l'accès des PvVIH au traitement y sont également analysés (RAO GUPTA & WEISS, 1993 ; FARMER, LIDENBAUM, & DELVECCHIO GOOD, 1993). Ce travail s'inspire de l'analyse de la vie sociale du médicament développée à travers six étapes de son évolution : production et marketing, prescription, distribution, utilisation et efficacité (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHITE, 1988 : p. 331-343). Notre approche spécifique propose de se focaliser sur quelques-unes de ces étapes et particulièrement sur

l'utilisation et donc sur la relation directe du consommateur au produit, sans nécessairement recourir à la médiation du soignant. Cette thèse ne porte donc ni sur la prescription, ni sur la relation de soin directe. Cette approche ciblée n'exclut pas non plus certains développements nécessaires, notamment dans le domaine de distribution et du marketing.

De façon globale, la présente analyse du genre se place au-delà des nombreuses études déjà disponibles sur la vulnérabilité des femmes prises isolément. Cette thèse se démarque de toute perspective réductrice du genre. Bien au contraire, elle prétend à l'exhaustivité en considérant au même niveau les deux dimensions constitutives et égales du concept. Dans cette analyse le « genre » n'est donc pas synonyme de « femme », comme cela est souvent le cas dans les programmes de développement et dans certains projets de recherche. L'approche du genre engagée dans cette thèse prend autant en compte les « hommes » que les « femmes ».

Il a souvent été reproché aux études d'utiliser le mot genre comme synonyme de celui de femme, ou du sexe féminin, d'être focalisées sur les femmes (BISILLIAT, 2001 : p. 3). Néanmoins, dans le domaine de l'écriture scientifique, l'approche différentielle du genre n'est pas nouvelle. Cette perspective apparaît déjà dans l'approche compréhensive de MEAD dont l'analyse sur le sens construit des attitudes et des codes d'interaction place le genre comme une relation (MEAD, 1966). Elle se retrouve également dans l'analyse de Héritier sur la domination masculine, analyse qui mobilise autant les bases culturelles des valeurs masculines que celles féminines (HÉRITIER, 1984). Elle se retrouve également dans des travaux encore émergents en anthropologie sur la santé, et dans lesquels les auteurs mobilisent autant les fondements socioculturels féminins que masculins dans l'explication des conditions de genre face à la maladie et au médicament (ALFIÉRI & *al* ; OUÉDRAOGO, 2008 ; BILA & EGROT, 2009).

L'analyse de LÖWY, bien qu'elle soit focalisée sur les femmes, relève néanmoins, à travers la soumission de ces dernières aux normes masculines en matière de beauté et d'attitudes, l'interdépendance permanente des catégories de genre. Du fait de la constance et de la profondeur de l'influence de l'ego masculin dans la valorisation de la féminité, il apparaît impossible d'envisager l'un et l'autre sexe de façon autonome, autrement que comme système constitutif d'un système (LÖWY, 2006 : pp. 63-86). PARINI aborde également cette dimension interactive de l'élaboration du genre ; pour elle, les « différences, complémentarité, équivalences ou égalités entre sexes sont sans cesse construites à travers des discours et des pratiques qui traversent l'ensemble des activités humaines ». L'espace microsocial et les couples apparaissent alors comme des lieux où les régulations de genre s'opèrent quotidiennement (PARINI, 2006 : p. 11 & 12).

C'est une perspective binaire de l'approche de genre qui est ici proposée pour l'analyse d'une question aussi complexe que celle du rapport des personnes au médicament. Cette approche en « duo » d'une réalité genre s'exprimant nécessairement à travers l'homme et la femme se rapproche sensiblement de la notion de "personne relationnelle", et de l'interrogation sur la personne dans le tissu complexe des relations de couple (THÉRY, 2007 : p. 227).

Cette perspective binaire, ou encore approche différentielle du genre s'applique ici dans une société, qui, bien que cosmopolite reste profondément influencée par le système culturel *moose* marqué par la position dominante de l'homme et la dépendance statutaire de la femme. L'analyse de la déclinaison des relations de genre dans ces conditions, sur le rapport des personnes aux médicaments, implique la prise en compte des règles qui sous-tendent le système social. Il s'agit d'abord de la patrilinéarité et la virilocalité qui contraignent les femmes à dépendre d'un homme et de leur progéniture pour leur reconnaissance sociale (KOBIANÉ, 2001 ; BONNET, 1996 : p. 286 ; KINDA, 1995 EGROT, 2001 : p. 103 & 541). Il s'agit ensuite de la séparation genrée des espaces qui marque la vie des hommes et des femmes dans ce système, régulant les situations de promiscuité et d'évitement entre les genres (ROTH, 1996 : p. 8 ; EGROT, 2001 : p. 474). Ces deux règles pourront éclairer la compréhension de la relation mère-enfant (VINEL, 2005 : p. 144). Ce couple a souvent eu la priorité dans les programmes sanitaires des pays ou de l'OMS (MS, 2000 : p. 14 ; MS, 2001 : p. 22 & 45 ; OMS, 2004).

Sida, paludisme et besoins de stimulants sexuels

Au cours de nos premières enquêtes sur les itinéraires des PvVIH, l'asymétrie des effectifs d'hommes et de femmes sur les lieux de prise en charge des PvVIH s'associe à la plus grande visibilité des femmes dans les différentes activités (groupe de parole, ateliers d'apprentissage, consultations, distributions de vivres et de médicaments, ...etc.). Par ailleurs, les réticences masculines à la fréquentation des lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH sont récurrentes dans les discours (BILA et EGROT, 2009).

Renforcée par les récits des personnes interviewées, cette observation faite à partir d'une infection particulière, nous conduit à une réflexion plus globale sur le rapport des hommes et des femmes aux soins, et particulièrement au *médicament*, un objet qui cristallise la matérialisation de l'acte thérapeutique. Dans une perspective élargie, la réflexion sur le lien entre les considérations de genre et la relation des personnes au médicament se décline en deux niveaux complémentaires : celui des différences, et celui de l'inégalité. Le second apparaît comme une conséquence du premier. Cette réflexion d'abord inspirée par les premières données sur l'accès au médicament pour les personnes infectées par le VIH va ensuite s'étendre aux deux autres axes de recherche, tout particulièrement illustratifs du rapport des personnes au *médicament* en fonction du genre : le rapport aux médicaments du paludisme et aux stimulants sexuels.

Le questionnement initié chaque fois à partir d'une situation liée au sida va ensuite se déployer d'abord dans le domaine de l'utilisation courante de médicament, notamment à travers le rapport aux antipaludéens. Il sera ensuite appliqué au rapport des personnes au médicament dans une situation de non maladie comme l'utilisation des stimulants sexuels. La sexualité, et tout ce qui y relève, apparaissent en effet comme une situation d'exacerbation des rapports de genre particulièrement propice à l'analyse. Ainsi, cette réflexion à deux dimensions (différences, inégalités) s'organise autour de trois questions principales :

- quelles sont les différences qui existent dans le rapport des hommes et des femmes à l'infection à VIH et aux lieux de sa prise en charge, aux antipaludéens et aux stimulants sexuels ? Comment expliquer la disparité des effectifs hommes/femmes dans le dispositif de prise en charge des PvVIH ? Quelles sont les conditions d'accès aux antipaludéens et aux stimulants sexuels et quels sont les questions liées à leur utilisation par les hommes et les femmes ?
- dans le dispositif biomédical de santé : les différences constatées dans le rapport des hommes et des femmes au médicament, sont-elles propres aux PvVIH ou bien, au contraire, les retrouve-t-on, dans l'accès aux soins, de manière générale dans le système de santé qui regroupe tous les types d'intervention dans le domaine de la santé. Les domaines de l'accès aux soins et au médicament du paludisme, tout comme ceux de l'utilisation des stimulants sexuels et des stratégies qui les sous-tendent seront pris en compte.
- enfin, si ces différences se retrouvent dans l'accès au médicament, de manière générale, ou si elles se déterminent en rapport avec un domaine précis, quels en sont les déterminants socioculturels ?

Pour répondre à ces questions, nous avons émis l'hypothèse que les représentations sociales des catégories de genre et les normes et valeurs attachées à ces catégories, se trouveraient à l'origine de différences. Non seulement des différences de genre à divers niveaux du rapport des personnes à la maladie et à son traitement, mais aussi dans la disparité des effectifs et de la participation des hommes et des femmes sur les lieux de prise en charge des PvVIH.

Différences et inégalités de genre face au médicament : une analyse du micro au macro social

Le champ de la recherche anthropologique sur le médicament est complexe par la question de l'accessibilité des populations à cet objet, et notamment à l'accessibilité financière. Depuis la conférence d'Alma Ata en 1978, la politique nationale en matière de santé prend en compte certaines interrelations majeures notamment celles entre le développement économique, l'éducation, le genre, la sécurité alimentaire, etc., et les déterminants sociaux de la santé. Cette politique nationale souligne la nécessité de s'attaquer à ces déterminants, en particulier dans les milieux pauvres en ressources où les inégalités en matière de santé et les problèmes d'accès des populations aux soins de santé (et partant au médicament), apparaissent comme les plus visibles²⁰.

Pour la présentation de nos travaux, il paraissait plus logique d'aborder le rapport entre genre et médicaments dans les quatre principaux niveaux d'analyse que nous avons identifiés :

²⁰ Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, réunie du 28 au 30 avril 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso).

Au niveau individuel, la relative banalité du paludisme, le caractère le plus souvent individuel de la démarche thérapeutique, et la prédominance de l'automédication dans son traitement, apparaissent comme des occasions particulièrement propices à la description du rapport entre genre et médicament au niveau des personnes.

Cette analyse du rapport des personnes au *médicament* suppose d'abord de décrire des conditions et les motivations des choix thérapeutiques des hommes et des femmes. Les femmes nous apparaissent en tant qu'actrices, face au traitement du paludisme pour elles, à différents moments de leur vie de femme (grossesse ou non), en relation avec les choix qu'elles font pour leurs enfants et pour leur conjoint. Les options qu'elles feront seront décrites et analysées en fonction des conditions sociales et économiques de leurs avènements, mais aussi en fonction des représentations que les femmes ont de leur corps et de la valorisation qu'elles font de celui-ci, par rapport à leurs conjoints, et à leur progéniture.

Nous pourrons ensuite décrire et analyser la motivation des hommes dans les choix de l'objet thérapeutique pour eux-mêmes, mais aussi pour les autres membres du ménage. L'analyse des conditions des choix opérés rendra plus compréhensible les critères de valorisation qui justifient les choix qu'ils font.

Dans la famille, le rôle traditionnel de soignante domestique attribué à la femme et sa position privilégiée par rapport à l'utilisation du médicament en milieu familial, la positionnent comme une interlocutrice incontournable dans toute investigation sur la gestion du médicament au sein de la famille, depuis son approvisionnement, à l'administration, au stockage puis à la gérance des restes de traitement. Toutes ces étapes apparaissent comme autant d'occasions de mise en œuvre des relations de genre ; ainsi, apparaît-il possible d'appréhender les rapports entre les hommes et les femmes à travers la gestion du médicament dans l'espace familial. Il sera possible de produire une analyse de l'attribution des rôles, de rendre compte des dynamiques en œuvre, et qui sont révélatrices des éventuelles adaptations en cours.

Cette perspective de recherche centrée sur la pharmacie domestique pourra nous guider vers la compréhension des interactions entre hommes et femmes, et de leur incidence sur le rapport individuel des personnes au médicament. L'analyse de ce rapport se réfère aux rôles de genre qui confèrent aux personnes des rôles spécifiques dans les différentes étapes de représentation et d'utilisation du médicament. La description des processus par lesquels les attributs de genre se répercutent sur le rapport des personnes au médicament apparaît centrale dans l'analyse. Une telle description évoque déjà les spécificités en lien avec les conditions de genre, les normes et valeurs qui y sont associées, et qui déterminent le rapport « genré » des personnes au médicament.

La description des conditions du rapport des hommes et des femmes au médicament apparaît propice à la mise en évidence des contraintes et commodités qui peuvent être attribuées au genre dans ce cas. À travers le prisme des conditions de genre le rapport au médicament ouvre un espace dans lequel la position centrale de la femme dans l'espace domestique de santé, celle perçue comme plus individuelle et plus distanciée des hommes, apparaissent comme les clés de l'analyse.

Cette analyse permettra également de comprendre la situation particulière des femmes et des hommes dans la gestion de la pharmacie familiale, de l'approvisionnement à l'utilisation en passant par les représentations, l'entreposage, et l'accessibilité, et les répercussions éventuelles de ces attributions sur le rapport des catégories de genre, au médicament.

Au niveau des services biomédicaux de santé, il s'agira de décrire les conditions sociales, culturelles, et dans une moindre mesure, économiques des différences entre les hommes et les femmes dans leur relation au médicament. Nous avons d'une part les conditions de genre, et d'autre part le rapport « genré » des personnes au médicament. De la mise en relation de ces deux dimensions découle les premiers résultats des enquêtes initiales réalisées dans le cadre de cette thèse. Cette thèse apparaît comme une opportunité d'approfondissement d'une réflexion anthropologique déjà initiée sur les motivations sous-jacentes de ce rapport différentiel des hommes et des femmes aux lieux de prise en charge des PvVIH.

La description du système de prise en charge des PvVIH dans lequel évoluent des hommes et des femmes à travers des parcours thérapeutiques spécifiques permet de comprendre le rapport particulier des hommes et des femmes aux structures. Du fait de l'importance de la dimension culturelle du rapport des personnes au médicament, les attributs et rôles associés au genre en pays *moose* pourront être mobilisés dans la compréhension des rapports particuliers des personnes à ces lieux, et aux prestations qui y sont proposées. Les ARV et dans la mesure des stocks disponibles, les traitements des infections opportunistes font partie de ces prestations. Cette thèse est une opportunité de mieux comprendre les déterminants sociaux et culturels de ces inégalités. Le questionnement du système social à travers les normes et valeurs liées aux catégories sociales de sexe favorise le repérage des éléments explicatifs de ces inégalités. Au-delà de l'inégalité d'accès, les fondements sociaux des différences constatées dans le rapport des hommes et des femmes à l'infection, à sa prévention, et à son traitement pourront mieux apparaître.

À travers le cas du sida, sera ainsi analysé le thème des relations de genre et ses déclinaisons dans le champ du rapport des personnes au médicament dans le système biomédical. Ce système prend en compte aussi bien les services de santé que les centres de prise en charge associatifs, confessionnels et autres.

Au niveau du système médical, les implications de l'utilisation des médicaments questionnent bien plus que les représentations que s'en font les utilisateurs et les promoteurs, ou les motivations de leur rapport à ces objets. L'utilisation de stimulants sexuels conçus dans des contrées lointaines participe à une dynamique des relations sexuelles déjà fortement ouverte aux influences extérieures par le canal des nouvelles technologies de l'information. Cette multi dimensionnalité qui se profile permettra d'illustrer le questionnement au niveau du système de santé tout entier.

Médicaments générés par des espaces sociaux distincts, et transversaux à tous les secteurs, les stimulants sexuels apparaissent particulièrement indiqués dans une analyse des relations de genre au niveau du système de santé dans

son ensemble. Leur utilisation apparaît au cœur des relations interpersonnelles mais aussi des relations de genre au niveau social. À travers ces *médicaments* peuvent apparaître les stratégies de positionnement des personnes par rapport aux normes, valeurs et institutions régulant les relations homme/femme. Au niveau système de santé, la prédominance de la transmission sexuelle du sida tout comme des autres IST ²¹ donne également à cet axe de recherche, une importance certaine dans le domaine de la santé publique et dans la dynamique de la culture de la sexualité.

Par ailleurs, l'utilisation des stimulants sexuels, parce qu'elle se fait souvent dans une situation perçue par les participants comme une « non maladie », apparaît comme une occasion privilégiée d'exacerbation des rapports de genre, particulièrement favorable à l'analyse du rapport « genré » des personnes au médicament. Ces rapports de sexe seront analysés dans une société contemporaine issue de cultures anciennes, ouverte à une modernité dominée par le modèle occidental, mais aussi à un modèle asiatique caractérisé par une bisexualité psychique justifiant l'importance qu'il accorde au plaisir féminin mais aussi l'uniformisation des conditions de vente (KRISTEVA, 2009).

Un dernier aspect de l'analyse portera sur les conditions de travail des hommes et des femmes qui s'occupent de la vente de ces produits. Nous pourrions nous interroger sur leurs conditions de travail, en relation avec les conditions de genre. Il s'agira de comprendre comment l'organisation des réseaux de vente positionne hommes et femmes dans des rôles, et comment ces rôles peuvent être reliés aux conditions habituelles de genre dans la société.

APPROCHE ET MÉTHODE

Les moyens et méthodes ont été étroitement définis dans le cadre de deux études successives détaillées ci-dessous, qui ont eu lieu entre 2003 et 2009. De plus, mon statut professionnel de chercheur tout comme celui d'épouse et de mère, mon âge et ses incidences sur le financement de la recherche et les conditions de séjours académiques sont autant d'éléments qui vont déterminer l'organisation particulière de ce travail de thèse.

L'organisation de la recherche

L'enquête de terrain qui est à la base de cette thèse a débuté au cours de l'exécution du programme ANRS 1281, qui s'est déroulé de 2003 à 2005, et auquel je participais en tant qu'investigatrice principale. Ce programme était intitulé : « Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso ». Les mêmes

21 *Infection sexuellement transmissible. Au Burkina Faso où la voie sexuelle de transmission de l'infection à VIH est la principale, et où la prévalence du sida apparaît en phase avec la prévalence des IST dans certaines catégories sociales, la lutte contre le VIH est menée concomitamment à la lutte contre ces autres infections. Ce double objectif est celui du secrétariat permanent du comité national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS-IST).*

participants ont bien voulu poursuivre les entretiens dans le cadre de cette thèse sur « Genre et médicaments » de 2006 à 2009 jusqu'à la saturation des thèmes. Ils ont été rejoints par d'autres participants contactés autour de l'utilisation de médicaments en général, essentiellement autour des questions d'accès et d'utilisation de traitements du paludisme et de stimulants sexuels.

UNE RECHERCHE EN DEUX TEMPS

Les données de ces deux recherches complémentaires ont pu être actualisées régulièrement, au gré d'autres enquêtes dans le cadre de mes activités de recherche, ou de rencontres fortuites avec des personnes antérieurement interviewées au cours de divers événements sociaux (mariage, baptême, maladie, décès, etc.), jusqu'au moment de l'écriture de ces lignes. Cette continuité de la collecte des données à travers le temps a été favorisée par le maintien des relations avec la plupart des personnes alors interviewées dès la première phase de l'étude, et qui font désormais partie de notre réseau relationnel. Le terrain et les thèmes de discussions ont connu successivement des ajustements dont l'objectif est de donner toujours plus de pertinence aux données.

La seconde phase de l'étude a été menée en dehors de tout contexte d'infection par le VIH, et cette fois-ci uniquement à Ouagadougou à partir de 2006. Elle porte sur le rapport des hommes et des femmes au traitement dans le cas de maladies courantes comme le paludisme, et l'utilisation de produits dans la sexualité. Ici également, d'autres personnes que les seuls utilisateurs de médicament ont participé à l'étude : des pharmaciens, des revendeurs de médicaments dans la rue, des vendeuses de « secret de femmes » et des prescripteurs. Ces utilisateurs, tout comme les promoteurs, ont pu être régulièrement interviewés, pour l'actualisation des données.

Depuis les enquêtes initiales, d'autres occasions de recherche générées par mon double statut de doctorante et de chercheuse m'ont permis des collectes de données complémentaires sur le thème des relations de genre ou les rapports des personnes au médicament. Il s'agit d'abord de l'étude OMS sur les pratiques de la prise en charge des patients infectés par le VIH/sida au Burkina Faso qui a commencé en 2006 (KOUANDA, 2008). La phase quantitative de cette enquête a concerné 740 personnes séropositives d'un âge moyen de 37 ans, suivies dans les structures publiques ou associatives de prise en charge dont 79,5 % de femmes et 20,5 % d'hommes. Parmi elles, 30 personnes ont participé à des entretiens qualitatifs dont 22 femmes et 8 hommes. Ces personnes ont été interviewées sur les aspects sociaux et culturels de leur rapport à l'infection à VIH et aux lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ces entretiens se sont focalisés sur les conditions des relations de genre et leur déclinaison dans l'histoire personnelle du sida, dans le parcours thérapeutique en général et dans l'accès aux structures publiques et associatives de prise en charge en particulier. Cette étude a été l'occasion d'une comparaison des données récoltées à Ouagadougou et dans le reste du pays sur le même thème.

Le SP/CNLS et le KIT/Amsterdam (Royal tropical institute) ont soutenu une étude dans laquelle j'étais l'un des deux investigateurs principaux, et qui a eu lieu d'octobre 2006 à août 2007. Dans le cadre de cette étude, 124 hommes d'un âge moyen de 42 ans ont été interviewés une fois ainsi que leurs épouses, dans la

ville de Ouagadougou et dans la zone semi-urbaine de Yako situé à 100 kilomètres au nord de la capitale. Cette étude a porté sur la question de la stigmatisation en relation avec la fréquentation des structures de prise en charge par les hommes. Cette étude a permis d'obtenir des témoignages complémentaires sur les motivations de la réticence de nombreux hommes à fréquenter les lieux de soin (SP/CNLS-IST , 2007).

DES SITES DISPERSÉS DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

Dans un premier temps, le terrain de la thèse se limite aux structures de lutte contre le sida et aux personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou. Leurs positions géographiques et leurs configurations culturelles particulières sont apparues particulièrement pertinentes pour une analyse comparative des conditions de vie et d'accès au médicament des PvVIH dans un environnement urbain et dans un environnement moins marqué par cette urbanisation. Le nombre relativement important de sa population de personnes séropositives, le dynamisme particulier des associations de prise en charge dans les conditions urbaines ont d'abord motivé le choix de la capitale. Par ailleurs, cette ville est le centre de convergence des populations rurales, mais aussi de celles de la sous-région Africaine. Cette urbanité qui se construit hâtivement sur le substrat d'une culture *moose* souple, tenace, englobante, et le caractère cosmopolite de la population, justifie également le choix cette ville pour une étude des conditions de genre et de leur incidence sur le rapport au médicament.

Les participants ont été interviewés, pendant cette première phase des entretiens, essentiellement sur leurs itinéraires thérapeutiques en vue de décrire et d'analyser par la suite les déterminants de leur rapport aux lieux de prise en charge. Ces personnes étaient déjà inscrites et suivies dans 11 structures de prise en charge. Parmi ces structures, l'on dénombre à Ouagadougou, six associations²², le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA), à Ouagadougou, le service de santé du camp LAMIZANA, le programme de l'association Médecins Sans Frontières (MSF) associé au CMA²³ du district sanitaire de Pissy, deux cliniques privées.

L'étude du rapport des personnes au médicament en fonction de leur catégorie de sexe a été davantage focalisée sur la ville de Ouagadougou. Toujours dans le souci de refléter les caractéristiques de toutes les composantes de la population, cette phase a concerné aussi bien les secteurs périphériques (secteurs 30 et 28) que des secteurs plus centrés (15, 13, 11 et 3) de la ville de Ouagadougou. Dans la configuration sanitaire de la ville, les secteurs périphériques, encore et toujours en construction, apparaissent comme moins dotés en infrastructures sanitaires que les secteurs proches du centre ville. Ces derniers, découpés sur les anciens quartiers bénéficient généralement d'installations sanitaires plus anciennes et fonctionnelles. Par ailleurs, sept pharmacies ont été visitées²⁴, deux marchés de vente dédiés à la pharmacopée traditionnelle²⁵ et trois firmes de promotion de la médecine alternative²⁶.

22 Association Laafi La Viim (ALAVI), Vie Positive (Vie+), Association African Solidarité (AAS), Association des Femmes Africaines Face au Sida (AFAFSI), Union des Routiers du Burkina dans la Lutte contre le Sida (URBLS) et le Réseau Africain des Jeunes Contre le Sida (RAJS).

23 Centre Médical avec Antenne-chirurgicale. Structure sanitaire située immédiatement en dessous des Centres Hospitaliers Nationaux puis Régionaux. Ils représentent la structure sanitaire au niveau des Districts Sanitaires, lieux de référence des structures sanitaires de premier échelon (CSPS, maternités, dispensaires). Le CMA du secteur 30 est soutenu dans ce programme par Médecins sans frontière-Luxembourg (MSF-Luxembourg).

24 Pharmacies : Circulaire sèdè, Aéroport, Indépendance, Amitiés, de l'hôpital, Augustine, Bénéa.

25 Nabi yaar et tanghin

UNE ÉCRITURE EN MODE DISCONTINU

Le double statut institutionnel d'étudiante en thèse et d'anthropologue en poste dans un jeune institut de recherche a une incidence sur les conditions du financement de la recherche. Dans la mesure où le budget institutionnel est insuffisant pour le financement des activités des programmes, je dû participer à divers appels d'offres. Ces activités qui sont parties intégrantes de mes attributions scientifiques ont marqué le rythme de la rédaction ; c'est également le cas des vingt sept communications et d'une dizaine d'articles que j'ai publié.

Ces nombreuses communications et publications parallèles ne seront que partiellement reprises ici. Elles ont rendu l'écriture finale de la thèse plus difficile. Mais ce chantier qui dure, recèle également de nombreux avantages. Outre la maturation du chercheur sur le terrain, j'ai travaillé sur des données vivantes sur une période assez longue (7 ans) pour confirmer ou infirmer des hypothèses, et mieux complexifier des analyses. Les morceaux de textes antérieurs ont été enrichis par des données qui s'offrent dans leur évolution.

Méthode et outils de la recherche

Cette démarche vise à éviter le piège de l'opposition entre terrain et théorie, pour privilégier la formule du « grounded theory » préconisant la génération de théories à partir des données empiriques (OLIVIER De SARDAN, 2008 : p. 23). Dans cette démarche, il s'agit aussi d'assurer l'adéquation d'une part, « entre l'argumentation et les données d'enquête », et d'autre part, entre « les données d'enquête et le réel de référence » (OLIVIER De SARDAN, 2008 : p. 11). Ces conditions apparaissent nécessaires pour l'objectivité des sciences sociales qui selon BOURDIEU doivent partir de la spécificité propre à leur terrain pour faire preuve de leur scientificité (BOURDIEU, 1978 : p. 68).

La Collecte des données

Les étapes de l'élaboration des outils de collecte des données, et de la collecte des données ont été conformes à la logique de la prospection classique en anthropologie. J'ai également appliqué la phase d'immersion dans le milieu, la réalisation de la collecte des données non délégué à un enquêteur, mais plutôt réalisée par le chercheur lui-même, le caractère peu directif des entretiens, qu'ils soient individuels ou de groupe. J'ai appliqué le principe de l'enregistrement et de la prise de note, la transcription des données enregistrées avant leur dépouillement et leur traitement.

L'objet de l'anthropologie a toujours été l'étude approfondie de petits groupes de personnes choisies pour la pertinence de leur situation par rapport à un thème de recherche, en vue de produire une approche globalisante (holistique) de l'homme en société. La présente étude procède de la même démarche, en adoptant, dans sa première et sa seconde phase de terrain de thèse, mais aussi dans les autres études dont les données ont été utilisées ici, la

même démarche de constitution du groupe des participants, sur la base de critères prédéfinis.

La technique du recrutement des participants par personne interposée a largement contribué à la diversification des profils de participants en nous permettant d'accéder notamment à des PvVIH suivies dans des cliniques privées, en partant des associations.

Les critères pris en compte sont destinés à donner à chaque groupe constitué de participants, une « position signifiante » par rapport aux différents axes de cette recherche. Les personnes contactées pour l'étude sont donc dans des positions sociales, culturelles, économiques et sanitaires favorables à la compréhension de la complexité des questions centrales de l'étude. Leur position signifiante par rapport aux représentations, à l'accès, à l'utilisation des catégories de médicaments concernées par l'étude sera donc le premier critère de contact. D'autres critères tels l'âge adulte, l'expérience d'une relation de couple, le statut par rapport à l'infection à VIH, et l'accord à participer à l'étude ont également motivé le choix des participants.

Les modalités de contact avec les informateurs, des choix de types d'entretien et d'analyse ont été ainsi adaptées à la sensibilité particulière du terrain et des données, comme le préconisent nombre d'anthropologues (BANAKA, 1971 ; OLIVIER de SARDAN, 2003, LAPLANTINE, 2006).

L'insertion dans le milieu

La relation ethnographique nécessaire à l'approfondissement de chacun des thèmes de l'enquête s'inscrit dans la durée. Elle repose largement sur l'empathie qui permet au chercheur, à travers la qualité de son écoute du participant, d'accéder aux références internes de la compréhension des événements par ce dernier. Les entretiens non directifs, l'approche compréhensive (émique) qui sont mobilisés dans cette relation apparaissent également comme les outils appropriés pour l'établissement d'une relation de confiance durable qui favorise les retours à souhait, et l'obtention de témoignages toujours plus riches.

Ce niveau d'insertion n'est d'ailleurs pas sans risque pour le chercheur et pour la recherche. L'insertion du chercheur dans certains réseaux et pas dans d'autres, encore appelé « encliquage », apparaît comme un biais aussi nécessaire qu'inévitable, que seule une méthodologie lucide peut réduire (OLIVIER De SARDAN, 2008 : p. 83). Mon insertion dans le milieu des personnes vivant avec le VIH reste marquée par l'image omniprésente de la souffrance et de la peur de la stigmatisation au niveau des personnes vivant avec le VIH. Elle s'est réalisée autour de deux principes cardinaux : l'immersion consistant à ma présence effective dans le milieu, et l'empathie.

Le principe de ces deux piliers de la relation ethnographique se justifie, d'une part parce que j'ai continué à travailler, dans la première comme dans la seconde phase des travaux de terrain, auprès du même groupe de personnes séropositives. Il se justifie également du fait des tendances des participants à la réserve, dès lors que la recherche aborde le domaine intime de l'utilisation de médicaments et encore plus quand elle touche à la sexualité. Il se justifie encore, au niveau des promoteurs de médicaments, du fait des enjeux économiques mais aussi du caractère — à la limite du licite — voire illicite de certains produits.

La première phase d'enquête

La nécessité de préservation de la confidentialité sur l'identité des participants à l'étude ANRS 1281, avait imposé une technique précise de « recrutement » des participants. À partir des soignants, des responsables associatifs et autres leaders, des personnes séropositives avaient été contactées et sensibilisés en vue de leur participation à l'étude. Certaines PvVIH contactées avaient également été sollicitées pour informer et sensibiliser d'autres PvVIH de leur connaissance, en vue de leur participation à l'étude. Le recrutement effectif de ces personnes advenait à la suite de deux actes. Le premier est la lecture d'un formulaire d'information relevant les différents aspects méthodologiques et éthiques de l'étude, pensés pour préserver les intérêts du participant et assurer autant que possible sa quiétude au cours de l'étude et même après par la personne si elle est lettrée et par le chercheur dans le cas contraire, suivie d'une séance d'explication (voir annexes 1). Le second est le recueil consentement, qui advient après lecture et explication du formulaire de consentement. Ce document doit être certifié par le participant seul, et s'il le désire, en présence d'une tierce personne sensée l'aider dans la protection de ses droits (responsable d'association, soignant, partenaire...)²⁷. Le contact et le « recrutement » des autres participants (prestataires de services, responsables associatifs), a également justifié une information préalable.

La seconde phase d'enquête

Pour toutes les PvVIH interviewées dans la première phase et qui ont continué à être interviewées dans la seconde phase, les mêmes conditions de contact, d'information et de recueil du consentement ont été maintenues. Aux nouvelles PvVIH interviewées, ont été appliquées les mêmes conditions de recueil du consentement, à une différence près. La formule du consentement oral a été préférée à celle du consentement écrit et qui était alors l'objet de controverses²⁸. En effet, la signature du formulaire de consentement, nécessaire aux yeux du financeur, a posé un autre problème, celui de la conservation des documents, et des risques de rupture accidentelle de la confidentialité. Ces nouvelles questions n'ayant pas encore trouvé solution, le consentement oral nous a paru le moyen le plus respectueux de l'éthique.

Pour tous les autres participants (utilisateurs, vendeurs, soignants), le contact par activation des réseaux d'interconnaissance a été le moyen de contact privilégié, comme chez les PvVIH. La sensibilisation ainsi que le consentement pour leur participation à l'étude ont été orales. L'activation des réseaux d'interconnaissance rappelle le choix des interlocuteurs par « buissonnement » ou « arborescence », ou encore « snow ball sampling » ou « échantillonnage-boule-de-neige », à partir de laquelle chaque entretien ouvre de nouvelles pistes, de nouveaux interlocuteurs possibles (OLIVIER DE SARDAN, 2008 : p. 83).

27 Depuis lors, cette précaution éthique de la double signature — par la personnes dont il faut préserver les droits et une autre personne capable de l'aider dans les démarches pour défendre ses intérêts — s'est étendue depuis lors, des programmes ANRS à d'autres.

28 Dès les premières applications de l'engagement écrit, nous avons pu constater que ce document qui devait apparaître aux yeux des personnes interviewées comme un gage de sécurité pouvait également créer le trouble dans leur esprit. Dans le passé, les mêmes équipes de recherche en sciences sociales établissaient avec les personnes enquêtées un consentement oral. Nous avons pu constater que l'introduction d'un consentement écrit dans un domaine où fonctionnait l'oralité, mais aussi l'exigence de la signature suscitait une inquiétude supplémentaire auprès des personnes interviewées. En outre, plus le temps passait, plus les documents de confidentialité étaient de plus en plus nombreux à garder. A terme, se profilait également la question de la gestion à long terme de tels documents, des responsabilités et des risques qui y étaient liés. Ces questions qui émergeaient, et qui étaient encore sans réponse justifient pour le moment le retour à l'oralité.

Les entretiens individuels approfondis

Ce type d'entretien est le principal utilisé sur l'ensemble des enquêtes : les enquêtes de la première phase sur les itinéraires thérapeutiques des PvVIH, et celles de la seconde phase sur l'expérience du VIH, du paludisme et des stimulants sexuels. En partant du principe que le savoir est chez la personne interviewée, mon objectif ici est de comprendre les rationalités, qui sont à l'œuvre derrière les actions, et qui sont elles-mêmes déterminées par la culture et le contexte. La dimension non verbale de ces entretiens (les silences, les exclamations, certaines gestuelles caractéristiques...etc.), est également prise en compte dans les notes associées à chaque entretien et utilisée pendant l'analyse.

Les entretiens semi-structurés sont introduits par la présentation de la recherche et de ses thèmes centraux. Le participant a la liberté de s'exprimer sur tous les aspects de la question ; il a même droit aux « digressions » qui, d'un point de vue anthropologique ne sont jamais exemptes de sens. À ce niveau, l'entretien devient non directif. L'interruption de ce processus, dans de rares cas ne sera motivée que par l'incapacité du chercheur à saisir la cohérence dudit discours, ou par une déviation totale du discours par rapport au thème.

Ces entretiens ont été itératifs, répétés un à six fois par personne au cours des deux phases de l'étude portant sur les itinéraires des PvVIH (Annexe 1). Les enquêtes sur l'expérience du VIH, du paludisme et des stimulants sexuels se sont poursuivies avec un à deux entretiens par personne après cette période. À ce niveau, un à deux entretiens ont été réalisés avec chaque participant (annexe 2-1).

Ces entretiens ont duré en moyenne une à deux heures par personne et par séance, en fonction de la disponibilité des participants.

Les Discussions de groupe dirigées (DGD)

Ces discussions de groupe dirigées ont été menées sur les mêmes thèmes que les entretiens individuels. L'objectif est de créer un cadre d'échange où les différents discours se confrontent, se rejoignent ou s'opposent. Ces discussions sont mémorisées à travers l'enregistrement et la prise de note. L'animation flexible de ces discussions, la recherche de participation effective de chaque personne présente sont autant de précautions prises pour garantir la multi dimensionnalité de la communication, mais aussi la triangulation des informations issues des entretiens individuels.

Ces discussions de groupe dirigées ont été réalisées avec des groupes de PvVIH regroupées au sein des structures de prise en charge, et avec qui la totalité des thèmes de la recherche a été discutée : conduite relative au traitement du VIH, du palu et des stimulants sexuels. Toutes ces personnes ont été dépistées séropositives alors qu'elles avaient déjà, ou avaient déjà eu, une expérience sexuelle et dans la plupart des cas une expérience de couple. Le profil particulier de ces groupes par rapport à l'infection à VIH ne contredit en rien leur rapport aux médicaments couramment utilisés, ni aux stimulants sexuels (Annexe 2-2). En effet, infection à VIH ou pas, ils continuent à subir comme tout le monde en zone impaludée les assauts des moustiques incriminés dans la transmission du paludisme. En outre, la déficience immunitaire consécutive à l'infection par le VIH semble accentuer davantage la vulnérabilité au paludisme.

Cette situation donne encore plus de pertinence au discours des PvVIH en rapport avec les antipaludéens. La disponibilité croissante des ARV, et le possible retour à la santé, de nombreuses personnes infectées par le VIH, lance ou relance pour elles, la question de l'utilisation des stimulants sexuels. Les discours collectés dans ces groupes apparaissent donc, non seulement représentatifs des rapports de la population générale à ces produits, mais aussi de l'incidence de l'infection à VIH sur leurs représentations et usages.

Ces discussions de groupe regroupent généralement de six (6) à douze (12) personnes. En tout sept (07) entretiens de groupe ont été réalisés dont quatre (04) dans la première phase et trois (3) dans la seconde phase des travaux de terrain de la thèse.

L'observation directe

L'observation dans le quotidien des activités des participants, aussi bien sur les lieux de traitement qu'au cours d'événements sociaux qui les impliquent a été une occasion favorable à la comparaison entre discours et pratiques. Elle est ici utilisée pour le dévoilement des logiques sous-jacentes et des rationalités qui motivent les actions et leurs acteurs.

L'observation directe a été utilisée essentiellement au cours de certaines occasions qui peuvent exacerber les considérations de genre et leurs effets dans la relation au médicament (Annexe 2-1). Il s'agit des consultations médicales, des séances de distributions de vivres ou de médicaments, des rencontres des groupes de parole, et de certains événements autour de PvVIH en dehors des structures de soins (mariages, rencontres entre amis).

La prise d'images

La problématique de la confidentialité sur des terrains de sensibilité similaire à la nôtre a motivé l'absence d'utilisation du support audiovisuel (WERNER, 2005 ; TAVERNE, 2009). Les quelques images prises sur les lieux étaient pour la plupart une réponse à des sollicitations personnelles des participants, destinées à l'accompagnement de la démarche d'insertion du chercheur dans le milieu et n'ont pas été traitées comme données. Nos premiers contacts avec les personnes séropositives dès 2003, qui coïncidaient avec quelques événements sociaux nous ont projetés comme principaux pourvoyeurs d'appareils de prise d'images (appareils photo et caméscopes). Les quelques images que nous avons réalisées étaient sur demande et remises aux destinataires. Les structures de prise en charge des PvVIH qui apparaissent également comme des lieux déjà stigmatisants, et pour lesquelles toutes références dans un document destiné à la publication peut apparaître préjudiciable, n'ont pas non plus fait l'objet de prise d'images.

Ce souci de confidentialité n'existait pas pour les médicaments. Aussi, du médicament le plus courant aux antirétroviraux, des photographies ont pu être réalisées. Certaines difficultés sont néanmoins à mentionner. Elles concernent la réticence de promoteurs pour la prise d'image de certains de leurs produits considérés par eux comme des innovations personnelles dont la diffusion favoriserait leur reproduction dans les milieux concurrents. Il s'agit de la catégorie

des stimulants sexuels appelés « secrets de femmes ». En tout 327 images ont été réalisées au cours de nos travaux, dont trois images relatives aux représentations de genre, et 324 images de produits thérapeutiques. La grande partie de ces images (155) concerne des produits modernes ou traditionnels utilisés dans le cadre de la sexualité. Un nombre important (124) de ces produits est utilisé dans des familles pour le traitement de maladies diverses allant du paludisme au diabète. Le reste des images concerne 20 médicaments traditionnels dont des traitements contre le sida, et des stimulants sexuels, 15 images de produits de la médecine alternative, et 15 images d'étagères de pharmacies.

La gestion de l'information collectée

Certaines personnes participent à ces entretiens depuis 2003 alors que d'autres ont été associées seulement depuis 2007. Par participant, les entretiens sont poursuivis régulièrement, jusqu'à épuisement du contenu du guide d'entretien, et de toute autre contribution souhaitée du participant. La saturation de l'information, au sens de Jean-Pierre OLIVIER De SARDAN, met donc fin à la phase terrain (2008 : p. 87). Cette saturation advient généralement au bout de deux à six entretiens en fonction de la qualité des informations délivrées par le participant, de sa disponibilité et de sa date d'intégration dans le corpus.

Les fréquents retours du chercheur pour poursuivre l'entretien, prendre des précisions, ou introduire de nouveaux thèmes, consacrent le caractère itératif de la recherche.

La non-linéarité du guide d'entretien et le caractère évolutif de la problématique de la recherche ont favorisé le passage entre les deux phases de la recherche.

Le matériel utilisé

Le guide d'entretien de 11 pages subdivisé en fonction des thèmes de la question globale du rapport des personnes au médicament et des catégories de personnes individuellement ciblées pour participer à l'étude est le principal outil de l'entretien individuel. Après l'identification de la personne, le premier thème regroupe les médicaments utilisés dans le traitement des maladies les plus courantes, notamment le paludisme et les conditions de genre qui déterminent les situations. L'entretien se termine avec une discussion autour de la dernière maladie traitée.

Le second thème porte sur les médicaments utilisés dans le domaine des IST et de la sexualité. Les stimulants sexuels sont d'abord introduits dans une perspective thérapeutique avant l'amorce d'une phase plus directive et compréhensive, favorable à l'expression de la personne enquêtée sur ces produits, sur leurs rôles dans les relations de genre et dans les relations sociales.

La dernière partie de cet entretien est facultative et n'est traitée qu'avec les personnes qui précisent elles-mêmes leur sérologie VIH positive. Cette partie aborde la question de l'accès des personnes infectées par le VIH aux structures de prise en charge des PvVIH et se focalise sur les spécificités de genre qui déterminent le rapport des hommes et des femmes à ces lieux.

La grille d'observation (Annexes 2-4)

Elle s'articule autour de trois points. D'abord les conditions de l'observation qui permettent de décrire le cadre dans lequel se déroule l'événement, de son début à sa fin, du cadre physique jusqu'aux acteurs en place, incluant les responsables et les bénéficiaires des actions, ainsi que les moyens utilisés. Ensuite, l'événement observé. Ce point s'attache à la description minutieuse des séquences successives de l'événement, des rôles joués par les acteurs dans ces séquences, en établissant autant que possible une relation avec les normes et valeurs attachées à leur catégorie de sexe. C'est ici que le ressenti du chercheur sera également pris en compte, tout comme l'incidence éventuelle de sa présence. La dernière partie de cette grille porte sur la vie des personnes les plus significatives de l'événement. À l'occasion d'une discussion fortuite, ou par personnes interposées, il s'agit de collecter en marge, certaines informations qui permettent de mieux comprendre la position de la personne dans le groupe et dans l'événement. Par exemple, comprendre que le mari de telle femme réputée plus active que les autres dans l'association est lui-même un membre de l'association et le premier soutien moral de sa femme, ou alors qu'il a répudié cette dernière depuis qu'elle s'est ainsi « affichée » constituent des informations déterminantes pour l'analyse.

D'autres supports matériels ont été utilisés dans cette collecte des données : un enregistreur numérique permettant de transférer directement les fichiers audio sur ordinateur et la transcription sur support informatique des données sonores en données écrites.

LE TRAITEMENT DES DONNÉES

Le dépouillement

Tous les enregistrements ont été entièrement transcrits et affectés d'un code. Les parties (mots ou expressions) susceptibles de constituer des biais de compréhension sont soulignées dans le texte et font l'objet d'une mention spéciale explicative en note de bas de page. Dans ces notes, sont précisées les situations dans lesquelles ces mots ont été utilisés, et le sens qu'il convient de leur attribuer. Certains de ces entretiens ont été réalisés en français. D'autres sont en langue locale *moose*, dioula ou bisa, langues d'expression des personnes interviewées, mais aussi, langues comprises et parlées par moi-même. Dans ces conditions, et certaines expressions qui sont sans équivalence dans la langue française sont gardées en italique dans les fichiers Word. En note de bas de page, nous avons précisé le sens le plus proche que l'on pourrait leur donner dans la langue française.

L'identification des participants se fait généralement par un nom propre (Kalifa par exemple). Elle peut également se faire par un nom commun, suivi ou pas d'un nom propre. Cette seconde manière de désigner les personnes interviewées dénote de la nature des relations qui les lient aux chercheurs, ou de leur appellation habituelle dans le milieu (le « papa de Kokologo » par exemple). Ces pseudonymes ou « alias » sont préférés aux noms réels par souci d'anonymisation. Cependant, les caractéristiques essentielles de ces « alias » sont sensées correspondre à celles réelles, de la personne interviewée. Pour obtenir ce résultat, certains principes sont de mise :

- à un nom d'origine traditionnelle, référé à une culture donnée, et évoquant une religion particulière, sera substitué un alias de la même sensibilité religieuse et culturelle ;
- à un nom musulman ou chrétien, sera substitué un alias, pris dans la liste des noms du registre des noms musulmans ou chrétiens, etc.
- les autres éléments d'identification tels que la culture, le niveau d'instruction, la situation économique, la résidence, la situation matrimoniale, l'âge, le nombre d'enfants, sont repris de façon anonyme dans le texte, tout en gardant une concordance avec les données réelles.

Les nécessités de la confidentialité obligent en effet à réduire la précision de certaines informations, et tant que de besoin, à apporter de légères modifications aux chiffres sans remettre en cause leur pertinence. Ces aménagements seront toujours réalisés dans un souci de préservation des caractéristiques qui accordent à la personne sa position signifiante dans la recherche, tout en écartant tout risque de dévoilement de son identité par la lecture.

Une analyse anthropologique classique

L'approche globale de l'anthropologie est utilisée ici pour produire une analyse fine. Cette analyse part du principe qu'on ne peut bien comprendre « les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale » (PAILLÉ & MUCCHIELLI, 2008 : p. 5), qui transparaissent dans des discours et des pratiques sociales qu'en prenant en compte l'ensemble des facteurs sociaux et culturels. L'étude d'un objet de recherche en anthropologie oblige donc à resituer constamment cet objet dans le contexte où il s'insère et ce pour chacun des acteurs enquêtés, à travers l'analyse qualitative des données discursives et d'observation.

L'analyse qualitative est considérée ici comme « une démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation des phénomènes sociaux et humains complexes. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction du sens. Elle ne nécessite ni comptage, ni quantification pour être valide, généreuse et complète, même si elle n'exclut pas de telles pratiques » (PAILLÉ & MUCCHIELLI, 2008 : p. 6). Aussi, « Ses enjeux sont ceux d'une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de pratiques » (MUKUMURERA, LACOURSE & COUTURIER, 2006). La recherche de sens à partir des discours retranscrits, permettra d'en extraire les principales idées et de les analyser.

L'importance de notre corpus et la durée de la collecte des données nous ont dissuadé de l'utilisation de la traditionnelle « analyse manuelle sur support papier »²⁹. Certaines difficultés connues comme la fréquente rigidité des règles d'application, la hiérarchie généralement obligatoire des opérations, la nécessité d'un apprentissage préalable, etc. (PAILLÉ & MUCCHIELLI, 2008 p. 164), mais aussi le prix, et les difficultés pour accéder à une formation, nous ont fait écarter le recours à des logiciels spécialisés (du type Nvivo, Modalisa, ...etc.).

²⁹ Selon Paillé et Mucchielli (2008, p. 164), il s'agit de transcrire les entretiens ou de constituer des documents ou notes d'observation de façon à pouvoir ensuite y noter directement les thèmes. Cette méthode permet, sans apprentissage aucun, le contact physique du chercheur avec ses données qu'il peut ordonner à sa guise. Il a une possibilité permanente (du début à la fin de l'étude), de reprise de la thématisation.

À partir de modules de formation, d'ouvrages consultés en analyse qualitative, notamment ceux de (PAILLÉ, 1996 ; PAILLÉ & MUCCHIELLI, 2008 : pp. 162-231 ; OLIVIER De SARDAN, 2008), j'ai opté pour une technique informatique de dépouillement et d'analyse thématique des données sous Word.

Des sites aux personnes

En tout 111 utilisateurs de médicaments (67 femmes et 44 hommes) ont été rencontrés autour de la question des relations de genre et du rapport des personnes au médicament, au cours des deux phases de cette recherche. La première phase a démarré avec les participants du programme ANRS 1281 duquel a émergé l'idée de cette thèse, et qui regroupait (Annexes 4-1). Parmi eux, 83 personnes ont participé à des entretiens individuels (52 personnes de sexe féminin et 31 de sexe masculin).

Les discussions de groupe ont concerné 28 personnes dont 15 étaient de sexe féminin et 13 de sexe masculin.

De même, 40 prestataires de service en santé (32 de sexe masculin et huit de sexe féminin), ont été individuellement interviewés dans des structures de prise en charge des personnes séropositives qui relevaient autant de l'État que des organisations communautaires, confessionnelles ou d'ONG.

Par ailleurs 13 personnes investies dans la vente et/ou la promotion de médicaments ont été interviewées. Il s'agit d'abord de 10 vendeurs de produits divers hors des pharmacies (cinq de sexe masculin et autant de sexe féminin). Il s'agit ensuite de trois pharmaciens (deux de sexe féminin et un du sexe masculin), installés dans des officines privées de la ville, et d'un quatrième en service au centre de documentation et d'information sur le médicament (CEDIM) à Ouagadougou.

DES SITES DISPERSÉS

Parmi les structures identifiées pour la collecte des données, nous comptons :

— six (6) associations de lutte contre le VIH :

- Laafi-La-Viim (ALAVI)
- Vie Positive (VP)
- African Solidarité (AAS), en deux endroits : son siège à Ouagadougou et sa succursale de Zorgho³⁰
- Union des routiers du Burkina pour la lutte contre le sida (URBLS)
- Association des femmes africaines contre le sida (AFAFSI)
- Réseau des Jeunes pour la lutte contre le sida (RAJS)

— Six (6) services de santé dont quatre (4) mixtes³¹, deux (2) étatiques :

- Le centre de traitement ambulatoire (CTA), qui était alors le centre de référence en matière de prise en charge médicale de l'infection à VIH, fruit de la coopération entre la Croix-Rouge française et l'état du Burkina Faso ;

³⁰ Zorgho est une ville semi-urbaine située à une centaine de kilomètres de Ouagadougou.

³¹ Structures issues d'un partenariat entre l'État et une autre organisation

- Programme de prise en charge complète de patients infectés par le VIH par l'ONG « Médecins sans frontière », en collaboration avec le district sanitaire de Pissy à Ouagadougou (MSF/Pissy)³² ;
- Le service de médecine interne du centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO) de Ouagadougou, service où ont séjourné certains participants à la recherche;
- Le centre d'aide Notre Dame de Fatima (CANDAF) spécialisé dans la prise en charge de malades infectés par le VIH, en consultation comme en hospitalisation ;
- Le centre national de lutte antituberculeuse (CNLAT)
- Les services du comité ministériel de lutte contre le sida du ministère de la défense (CMLS/ Défense) situés dans l'enceinte du camp Lamizana et au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO).

Certains participants sont suivis dans des cliniques privées³³ qui, de ce fait, sont incluses dans l'étude, bien que ce type de structures soumises au biais d'une accessibilité conditionnée par la capacité financière n'avait pas été ciblée au départ.

Des interlocuteurs diversifiés

Enquêtes : première phase

Les entretiens individuels ont concerné 53 personnes qui participaient déjà au programme ANRS 1281. Les 35 femmes et les 18 hommes d'un âge moyen de 38 ans qui composent ce groupe sont majoritairement non alphabétisés avec cependant de rares diplômés du secondaire et du supérieur, conformément au profil de la population générale. Nous avons une très grande majorité de *moose*, associée à une diversité de groupes ethniques et culturels plus secondaires qui caractérise le pays. La plupart des personnes déclarent pratiquer les religions importées (catholicisme, islam, etc.) (INSD, 2004 p.2 & 3).

Le profil matrimonial présente une majorité de veuves (16/35), suivie des femmes mariées (8/35), des filles (7/35), et de femmes répudiées (6/35). Les hommes sont presque tous mariés ou remariés (15/18).

Le profil d'activité montre des hommes majoritairement fonctionnaires ou salariés du secteur privé, ou du secteur informel (commerçant), tout comme les femmes qui exercent majoritairement des métiers précaires (Annexes 4-1).

Les prestataires de service dans les structures de prise en charge des PvVIH

Dans les structures de prise en charge, sur 40 prestataires de services interviewés (32 hommes et 8 femmes), 19 occupent des postes de responsabilité dans les associations. Parmi eux, quatre présidents d'associations, six coordonnateurs du suivi des PvVIH, huit animateurs et des conseillers

32 En 2002, MSF s'engage dans la prise en charge des malades du Sida à Ouagadougou, dans le district sanitaire de Pissy. Le projet est intégré dans le système de santé national et l'offre de soins inclut le conseil et le dépistage gratuit, le traitement ARV, la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et le traitement des maladies opportunistes. Au total, plus de 5.000 personnes bénéficieront de ces services, de 2002 à 2007.

33 Leur désignation reste soumise à confidentialité

(Annexes 4-1-b). Ces personnes ont été essentiellement contactées lors de l'atelier de démarrage de l'étude ANRS 1281 en avril 2003, ou rencontrées sur le terrain au cours de la recherche.

Parmi les prestataires interviewés, 18 sont des médecins parmi lesquels trois sont en charge de la gestion d'une structure de prise en charge. Les autres offrent leurs prestations dans les associations agréées par le ministère de la santé pour la prise en charge médicale des PvVIH) ou en poste dans les services publics de santé. À ces médecins s'associent deux assistantes sociales et un infirmier.

Les femmes sont moins présentes que les hommes parmi les prestataires de service et surtout dans les structures de prise en charge des PvVIH, qu'elles soient associatives, publiques, confessionnelles ou non gouvernementales.

Les interlocuteurs de la phase 2

Cinquante huit personnes ont été rencontrées lors d'entretiens individuels ou de discussions de groupe sur la thématique « Genre et médicament » (Annexes 4-2). Parmi ces personnes, 32 sont de sexe féminin et 26 de sexe masculin).

Les utilisateurs de médicament interviewés lors des entretiens individuels et de groupe

Parmi ces 58 interlocuteurs de statut sérologique non défini, 30 personnes ont participé à des entretiens individuels dont 17 femmes et 13 hommes (Annexes 4-2), et 28 personnes ont participé aux discussions de groupe (15 femmes et 13 hommes). Ils ont été contactés par leur réseau d'interconnaissance, à partir de vendeurs de médicaments, ou d'utilisateur à utilisateur.

La moyenne d'âge de ces 30 personnes (17 femmes, 13 hommes), leur profil d'instruction majoritairement bas, la précarité des profils d'activité, la grande diversité des origines et la forte représentativité de la culture *moose* culturelle rapproche de ceux des PvVIH interviewées lors de la phase 1 de ces enquêtes. Le profil matrimonial marque la différence, avec une majorité de femmes mariées et quelques hommes célibataires.

Les promoteurs et vendeurs de médicaments interviewés

En marges des institutions pharmaceutiques, 10 revendeurs de médicaments divers (cinq hommes et cinq femmes), allant des antipaludéens aux stimulants sexuels, ont été interviewés (Annexes 4-3).

De jeunes vendeurs de *médicaments* dits « de la rue » au nombre de quatre ont été contactés sur leur lieux de travail (abords des rues, marchés ou lieux récréatifs). De même cinq femmes d'origines diverses, revendeuses de stimulants sexuels encore appelés « secrets de femmes », contactées sur leurs lieux de travail (salons de coiffure, marchés, foires artisanaux), ont participé aux entretiens entre 2005 et 2008.

Enfin, un homme et une femme revendeurs de stimulants sexuels provenant de boutiques chinoises, rencontrés alors qu'ils proposaient leurs produits dans les bureaux, sur notre lieu de travail ont été interviewés entre 2005 et 2009 (Annexes 4-3).

UNE RECHERCHE SENSIBLE

Les noms d'illustres ethnologues sont souvent attachés à leurs terrains de recherche. Sans aller contre cette logique, mon cas particulier me laisse penser que chaque terrain produit également son ethnologue. Le terrain, mais aussi l'histoire de la recherche et celle de la vie du chercheur au moment crucial de la thèse, peuvent marquer plus ou moins durablement le rapport de ce dernier au terrain et son analyse, comme cela est évoqué ci-dessous.

Le parcours de l'ethnologue

Un DEA à la jonction de deux courants de l'anthropologie

Grâce au monitoring rigoureux et sans état d'âme de notre directeur de mémoire Jacky BOUJU, nous étions trois étudiants, les seuls, à avoir réalisé l'exploit de soutenir notre mémoire de maîtrise en quatre ans en juin 1990³⁴, et à bénéficier d'une bourse nationale pour un troisième cycle en sociologie en France. Mes travaux portaient alors sur les ethnies. Mon mémoire de maîtrise qui est un essai d'analyse de l'évolution de l'identité collective des *kibse gyesum*, branche de la grande famille Dogon, a nécessité plusieurs séjours dans une quinzaine de villages de la zone du Yatenga septentrional (BILA, 1990). Ces séjours ont également été l'occasion de rencontre avec Bruno MARTINELLI alors chercheur à l'ORSTOM (actuellement IRD/ Ouagadougou), et qui était sur les traces des hauts fourneaux érigés par des forgerons dogons dans le Yatenga précolonial. De DORÉ à KAÏN³⁵ entre 1989 et 1990, mes premiers pas sur le terrain anthropologique sont ainsi placés sous le regard acéré d'un senior scientifique dont la rigueur méthodologique me sera d'une aide inestimable.

Malgré ma passion pour le thème de l'ethnicité, ma participation en tant qu'enquêtrice aux travaux de terrain de Doris BONNET, alors chercheuse à l'ORSTOM (actuellement IRD) Ouagadougou orientent plus précisément ma passion vers la recherche en santé et les femmes, à partir de deux expériences. L'attrait du milieu de la mère et de l'enfant naît d'abord d'une enquête sur la problématique de l'alimentation de l'enfant dans la préfecture de Kirsi (province du Passoré) en été 1988. L'observation des constantes physiques des enfants (poids, mesure brachiale), de l'alimentation de celui-ci entre tétées et autres repas (appréciation de la fréquence, des quantités absorbées et des acteurs), organisait alors mes journées. De jours, dans les espaces féminins où s'activent les mères ; la nuit, successivement dans les cases des mères allaitantes (dénombrement du nombre de tétées oblige). Cet attrait se confirme en été 1989, lors de l'enquête que je réalise pour Doris sur les maladies et les traitements

34 Nous devons largement cette réussite à Jacky Bouju, coopérant français alors en poste à l'Université de Ouagadougou à l'Institut des sciences humaines et sociales (INSHUS), qui était en fin de séjour et s'était donné un point d'honneur à assurer la carrière de ses étudiants avant de partir.

35 Doré, village du département de Kain dans la province du Yatenga, nord du Burkina Faso, où se situait l'épicentre de mes activités de collecte dans données dans l'ère culturelle des *Kybsé gyesum*.

traditionnels au nourrisson à Bobo-Dioulasso, et qui m'a permis de partager pendant 45 jours le quotidien de couples « mère-enfant », mais aussi des vendeuses de plantes médicinales pour enfants, *denflabolaw*, du marché de Sarfalao. Ces expériences ont contribué à créer en moi le besoin de participer aussi directement que possible à l'action de développement, notamment dans le domaine de la santé à travers une recherche. Ainsi, l'enthousiasme que j'avais jusqu'alors manifesté (dans le sillage de Jacky Bouju) pour pister et identifier des sous-groupes de populations dogon restés dans des régions du Burkina Faso³⁶ (ceux que j'appelle Kibse) n'a pas résisté aux nouvelles perspectives de recherche que m'offrait l'anthropologie médicale enseignée par le professeur Jean BENOIST.

La rencontre du Professeur Jean Benoist au cours d'un de ses exposés aux étudiants de DEA de l'Université d'Aix-Marseille 1 au Pavillon de Lenfant, à Aix-en-Provence. Cette rencontre est décisive sur mes options de recherche et partant sur la suite de mes études. C'est ainsi que, alors que mon rapport pratique de DEA était toujours dans la lancée de mes études sur l'ethnicité et proposait une analyse de mes données de mon terrain de maîtrise sur les aires de mariage chez les *Kibse gyesum*, mon rapport théorique est réorienté vers ma nouvelle option : l'anthropologie médicale. Ce rapport introduisait une réflexion sur les concepts de l'anthropologie médicale que je découvrais moi-même. Cette dichotomie de la formation, entre deux branches de l'anthropologie avait l'avantage de permettre, par la suite, mon inscription en thèse, non plus en anthropologie politique à l'Université d'Aix Marseille 1, mais plutôt en anthropologie médicale à l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille 3. En septembre 1992, l'obtention de mon DEA sera en effet suivie de mon inscription en thèse en décembre de la même année, avant mon retour au pays, initialement pour les vacances.

Finalement, ce séjour au pays qui ne devait durer que deux mois deviendra définitif. Certains impératifs familiaux ont en effet abouti à l'interruption momentanée de mes études, pour la recherche d'un emploi.

Une étudiante en marge

La marginalité de ma situation relève d'abord de mon parcours professionnel animé par la recherche continue d'un idéal de carrière.

Recrutée en mars 2003 au centre régional de promotion agro-pastorale (CRPA) pour diriger un bureau de promotion des activités des femmes, l'impossibilité dans laquelle j'étais d'établir une relation entre les activités effectives du projet et la promotion et les besoins prioritaires des femmes agricultrices motive mon départ.

En Octobre 1996, j'obtiens un poste au département mécanisation (DM) de l'institut de recherche en sciences appliquées et technologie (IRSAT) au Centre national de recherche scientifique et technologique (CNRST). Ce poste qui était

36 Les « Warmé Gyesum » seraient issus d'une importante implantation de populations dogons au Yatenga (nord du Burkina), qui se seraient dispersées à l'avènement du royaume du Yatenga. Du mythique village originel de Sanga, les warmé gyesum se seraient par la suite répartis dans six villages du Yatenga, néanmoins toujours liés par l'identité collective qui se manifeste entre autres à travers des rites communs autour des ruines de Sanga (Bila, 1990).

en fait un poste d'appui à l'introduction des innovations et de la vulgarisation des résultats de recherche sur des outils de travail du sol ne convenait pas non plus à mes aspirations.

Toujours au sein du CNRST, ces aspirations personnelles pour la recherche, particulièrement pour la recherche en santé me conduisent en octobre 2001, à l'institut de recherche en science de la santé (IRSS) dans lequel mon profil d'anthropologue était recherché au sein d'une équipe essentiellement constitué de médecins de santé publique, de nutritionnistes et de pharmaciens. Mais une contrainte majeure limitait ma participation tout en rendant impossible pour moi toute possibilité de carrière : le doctorat.

Le partenariat entre l'IRSS et l'IRD à travers un programme de recherche de l'ANRS coordonnée par Marc Egrot me permettra ma seconde inscription en thèse à l'université Paul Cézanne d'Aix-Marseille 3 en février 2003. Je bénéficie également d'une bourse de formation continue de l'IRD (BFC) de 9 mois répartis sur 3 ans, de 2004 à 2007. Par la suite, j'ai une bourse de fin de thèse de Sidaction pour l'année universitaire 2008-2009.

Le second aspect de cette marginalité porte sur l'organisation des études doctorales et la charge d'un enfant en bas-âge.

Une fois la réinscription en thèse faite, il s'agissait de savoir comment réorganiser une vie de famille centrée sur ma personne. En 2004, mon conjoint, par ses occupations, était plus souvent absent que présent. Partir trois mois en France chaque année pour ma formation doctorale restait une épreuve collective pour ma fille qui avait alors trois ans, pour sa grand-mère qui la gardait en mon absence en redoutant ses maladies, et pour moi-même. La personne la plus à plaindre était certainement ma fille qui ne comprenait pas le « pourquoi » de ces absences et qui les refusait à travers des manifestations diverses. La première est une quinte de toux subite le jour de mon premier voyage. Ma fille commençait ainsi une maladie multiforme mais dont la principale manifestation était la toux, et qui disparaîtra exactement le jour de mon retour, trois mois plus tard. Il est aisé de comprendre les tourments qui ont été les miens pendant ces 90 jours et autant de nuits d'éloignement avec cet enfant en souffrance.

En 2005, le second séjour ne sera pas plus simple. Alors que mon conjoint resté aux côtés de l'enfant malade a dû partir précipitamment pour une mission imprévue, 45 jours avant mon retour. Au vu de la santé déjà inquiétante de l'enfant, et de l'expérience précédente de maladie pendant toute la période de mon absence, la grand-mère déclare son incapacité à garder cette fois-ci l'enfant. Je dois alors suspendre mes travaux pour retourner au Burkina et ramener ma fille avec moi à Aix-En-Provence. Son état de santé se dégrade encore plus dans l'avion. À l'escale de Paris, elle sera placée en observation pendant une journée à l'hôpital Necker, avant que nous ne poursuivions le voyage jusqu'à Marseille. Elle restera à mes côtés, dans ma chambre d'étudiante pendant un mois. Dans la mesure où, à son âge, elle n'avait aucune autonomie, il est aisé de comprendre les perturbations ainsi occasionnées sur mon programme de travail.

Le dernier aspect de cette marginalité concerne les conditions particulières de ma prise en charge.

En 2008-2009, une bourse de Sidaction venait à point nommé relayer la BFC de l'IRD qui s'achevait. Cette nouvelle bourse octroyée sous-forme de libéralités m'était versée comme un salaire et devait donc être directement gérée

par moi, et non par une société comme l'EGIDE. En d'autres termes, je devais désormais m'occuper moi-même de mon voyage, de mon contrat de logement, tout comme de mon assurance. Pour une étudiante non résidente en France, allait se poser de façon cruciale, le problème du logement. En France, les conditions du CROUS³⁷ ne sont pas vraiment favorables à l'accès au logement d'étudiants au-delà de 35 ans. J'allais m'en rendre compte en 2008. Après être restée à l'hôtel pendant une bonne semaine, j'ai dû me rabattre sur les « Auberges de jeunesse », ces sortes de dortoirs de passage, où l'on se retrouve à plusieurs (souvent à six) sur des lits superposés, avec des personnes que l'on ne connaît pas, et qui sont de passage pour un jour ou une semaine. Cette vie nomade de touriste, ne permet pas de poser ses effets à un endroit bien précis et durable, ni de rester soi-même puisque chaque matin, il faut sortir, consigner ses effets, pour revenir le soir, en prenant soin de manger en ville. Telle fût ma vie à Aix-en-Provence, pendant trois mois, de mars à mai, à l'auberge de jeunesse³⁸.

Ces conditions auxquelles sont épargnées mes collègues doctorants plus jeunes, plus disponibles, ou qui ont d'autres possibilités pour résoudre certains problèmes évoqués ici, sont à la base de cette marginalité.

Autochtonie, empathie et risques sociaux

Le terrain de la recherche anthropologique à Ouagadougou peut être qualifié de « terrain à risque », ou « sensible », particulièrement quand le chercheur vient de ce milieu et y demeure. Cette sensibilité du terrain est ici renforcée par l'importance de la charge sociale de certaines questions abordées : sida, médicaments illicites, stimulants sexuels ; cette problématique est une question que j'ai déjà traitée³⁹. Le chercheur en sciences sociales se trouve observateur sur une scène où il est lui-même pris dans le jeu ; être à la fois l'observateur et l'observé implique pour lui une capacité à se distancier de son objet pour objectiver une réalité sociale qui englobe, du moins pour le temps de l'étude, sa propre existence ; pour les chercheurs autochtones, l'imbrication des questions d'éthique et de méthode peut renforcer la complexité des situations.

Le terrain du sida est autant marqué par les représentations négatives de l'infection à VIH que par la paupérisation de la population (PNUD, 2007 : p. 161), que par la souffrance multiforme de la plupart des personnes infectées. L'isolement social partiel ou total est l'une de ces souffrances ; elle est autant dû à l'épuisement financier généralement consécutif à l'infection qu'à l'altération de la position sociale et de l'autonomie des personnes (BILA, KOUANDA & DESCLAUX, 2008 : p. 189).

D'autres aspects de ce terrain de thèse se sont avérés sensibles à des degrés divers, y compris dans les enquêtes menées en dehors de toute évocation de l'infection par le VIH ; concernant le marché informel, l'enquête pouvait faire craindre un risque de dénonciation de leurs pratiques. Elle pouvait aussi faire craindre que je m'approprie un savoir ou un marché ; ainsi Mariam, la

37 Centre régional des œuvres universitaires

38 Auberge de jeunesse, 3, avenue Marcel Pagnol, quartier du jas-de-bouffan.

39 Exposé sur « Médicaments et sexualité à Ouagadougou : profil de produits pour l'un et l'autre sexe », Aix-En-Provence, Séminaire sur les médicaments émergents en Afrique, 22 mai 2008.

vendeuse nigérienne de renommée internationale de « secrets de femmes » n'a pas hésité à arracher de mes mains mon cahier de terrain en me traitant de « voleuse de secrets » ; elle allait ensuite y barrer toutes mes notes, au point de noircir entièrement et de rendre illisibles quatre pages entières, remplies.

Le caractère illicite de la vente de médicaments dans la rue est une donnée qui exacerbe la méfiance des acteurs de ce milieu ; un jeune vendeur que j'avais réussi à entraîner à mes risques et périls au détour d'une ruelle d'un quartier périphérique peu sécurisé pour les besoins de l'enquête, n'hésitera pas à me menacer de représailles si jamais il se retrouvait entre les mains de la police ; il n'hésite pas à remballer précipitamment ses produits dans son baluchon transparent avant de s'éclipser sans préavis, du moment qu'il avait compris que mon intention n'était pas seulement d'acheter ses produits furtivement, comme tout le monde, mais aussi et surtout, de lui poser des questions sur son activité.

En partant de quelques situations emblématiques des difficultés méthodologiques, financières et sociales du chercheur sur le terrain, nous proposons une analyse de la mise en œuvre de l'approche empathique pour le chercheur autochtone. La situation souvent dramatique des personnes séropositives en Afrique impose une relation plus étroite entre chercheur et participant, le premier essaie de comprendre, dans la position du participant, la réalité de ce dernier. Pour reprendre les mots du psychologue Carl Rogers, « l'empathie ou la compréhension empathique », consiste à saisir aussi exactement que possible, « comme si » on était cette personne, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette personne (ROGERS & KINGET, 1962 : p. 197).

Épouse, mère, chercheure et doctorante en anthropologie en contexte de sida

En marge de mes séjours trimestriels de recherche doctorale à Aix-en-Provence, ma vie de Ouagadougou était une vie d'anthropologue en poste à l'IRSS/CNRST, et en partenariat avec une unité de recherche de l'IRD, l'UMR 145, avec ce que cela suppose d'activités scientifiques parallèles à la thèse.

Le terrain de la recherche anthropologique en situation d'infection par le VIH est particulièrement demandeur d'investissement, et qui interfère sur la vie de famille. À travers la posture d'empathie l'histoire de mes relations d'enquête avec Natou a rapidement été dominée par nos affinités d'épouses et nos rôles de mères de famille. Le temps consacré aux urgences sociales et de santé n'a jamais été compté entre elle et moi.

Natou, épouse et mère séropositive qui a participé au programme depuis 2004 jusqu'à sa mort en 2008. Son mari, également infecté meurt en 2006. Natou était alors en rupture avec la famille de ce dernier qui l'accusait de l'avoir ensorcelé au point de le ruiner et de le tuer. Pour Natou vivant dans ce couple ruiné et ravagé par la maladie et les incessantes disputes, nos séances d'entretien ethnographiques apparaissaient d'abord comme des moments de convivialité et de complicité entre amies. Nos rencontres offraient ainsi à Natou un cadre idéal pour « crier sa révolte » faite du refus de tout ce qui lui arrive.

Physiquement très marquée par la maladie, elle m'appelait souvent, quand elle ne passait pas carrément au bureau, juste pour me voir ou pour résoudre ses nombreux problèmes de traitement générés par une multi-résistance à plusieurs combinaisons d'antirétroviraux : joindre un médecin inaccessible par tout autre canal que par celui de l'équipe de recherche, lancer une commande d'ARV en Europe, échanger sur les causes de la baisse ou la hausse de ses CD4, ..., etc.), jusqu'à sa mort en avril 2008.

Proximité affective entre enquêtrice et enquêtée en danger ou devoir d'assistance d'une anthropologue en posture d'empathie, toujours est-il que l'état de Natou exigeait que je lui consacre de plus en plus de temps. Une fois où, revenue de mission la veille, je m'étais précipitée chez elle pour m'enquérir de son état de santé, je l'avais trouvée dans une situation critique qui m'imposait de la conduire immédiatement à l'hôpital où elle sera admise. Il m'aura fallu 5 heures de démarches dans les couloirs de l'hospice pour voir enfin Natou sur son lit d'hôpital. Rendue le matin chez Natou à 9 h, je quittais l'hôpital où elle était désormais internée à 14 h. Bien que cette situation soit totalement imprévue, il n'était pas possible d'abandonner Natou entre deux couloirs d'hôpital pour aller chercher ma fille à l'école à 12 heures comme cela était prévu, ni de rattraper un entretien prévu dans l'après midi avec une autre personne séropositive. Si une voisine appelée en catastrophe avait récupéré ma fille à l'école à ma place, l'aménagement d'un nouveau timing du rendez-vous de travail n'a pas été possible ce jour-là.

La difficulté de concilier vie de mère, d'épouse, de chercheur et d'étudiante transparaît dans la chronique de cette journée sur un terrain anthropologique qui se confond aisément à la vie sociale du chercheur. Bien que le cas de Natou soit le plus illustratif, une dizaine d'autres personnes en contact régulier avec moi en dehors des besoins de l'enquête auraient également pu être citées.

Le poids éthique de l'autochtonie

L'anthropologue travaillant dans sa propre société reste pendant la recherche comme dans le quotidien de la vie, en contact avec les personnes de son ancien réseau de sociabilité : parents, amis, relations professionnelles. La préexistence de ces relations à l'enquête s'associe facilement à des affects et présente des risques qui vont de l'interférence non contrôlée sur la vie du chercheur, à l'exacerbation des attentes et aux biais méthodologiques préjudiciables à la qualité des données (BILA, 2008).

De la relation d'enquête à l'établissement du lien social : les frustrations de l'amitié de circonstance

À l'opposé des relations préexistantes à l'enquête, de nouvelles affinités, nourries et portées par la relation empathique entre interviewer et interviewé peuvent également apparaître. Les plus illustratifs de ce terrain sont les cas d'Aïcha et d'Amadé. Du fait de la persistance des effets néfastes de l'infection à VIH sur les

relations sociales (OUATTARA & al, 2004 ; BILA & KOUANDA, 2008), ces nouvelles relations tirent leur force du partage du secret de l'avènement de l'infection à VIH dans leur vie.

Aïcha, 32 ans, cadre d'administration n'a pu informer son partenaire qu'avec l'assistance des soignants. Passé ce cap, elle et son époux entourent leur infection par un mur de silence par peur de la stigmatisation Aïcha évoque la peur de la réaction de son réseau de copines de la haute société, de ceux de son mari, mais aussi de leurs voisins. Avec les époux et leur médecin, je suis donc la quatrième personne à entrer dans le cercle du secret, pour les besoins de l'enquête.

Si l'accès à Aïcha fût difficile, nécessitant toute la force de persuasion de son médecin pour lui assurer la garantie totale de la confidentialité. Passée cette étape, et dès le premier entretien, Aïcha est rapidement intarissable en parole. Alors que le premier entretien s'est déroulé la nuit dans le secret de son bureau, le second a lieu chez elle où elle m'invite pour me présenter son mari et son fils. Nos échanges téléphoniques sont réguliers depuis notre rencontre en 2004. Son accident en 2007, avec des fractures multiples, ses griefs avec le corps médical..., sont autant de faits qui nous ont davantage rapprochées en plus des affinités liées à l'âge, au niveau d'instruction, à l'appartenance à un même milieu, et enfin le partage de la même condition féminine.

Ce type de relation pose néanmoins la question de la finalité de l'acte et de la disponibilité du chercheur. Mon indisponibilité croissante conduit, à partir de 2009, à l'amorce d'un recul dans l'évolution de cette relation.

Il en est de même pour Amadé, un commerçant non alphabétisé de 41 ans rencontré en 2005. Il a tout perdu suite à son infection par le VIH, au point d'être abandonné par sa seconde épouse. Il vient juste de commencer la prise des ARV et déjà se sent mieux, bien que le spectre de la récente maladie continue de le hanter.

Nos premiers entretiens ont donc surtout été des séances de soutien moral. Amadé retrouvera non seulement une santé, la prospérité dans les affaires, mais aussi le retour de sa seconde femme. En 2008, il m'invitait tous frais pris en charge dans sa ville de résidence, à près de 150 km de la capitale, pour admirer son nouvel immeuble ! M'ayant identifiée comme un support fondamental de sa « renaissance », il tenait à me conduire devant ses femmes, ses parents et ses partenaires commerçants, pour me présenter. Montrer sa nouvelle amie de Ouaga apparaissait aussi comme une manière d'entretenir le mystère autour de sa « guérison » surprenante, alors que tous semblaient alors convaincus de l'imminence de sa mort. Une fois de plus, la question de ma disponibilité, et de la nécessité pour moi de renforcer une telle relation s'est posée.

Comme dans le cas précédent, il a fallu redimensionner les contours de cette relation, à travers des actes perceptibles par les autres de retrait, notamment par le ralentissement des échanges.

Dans l'un et l'autre cas, des liens plus ou moins renforcés ont été générés par la relation d'enquête. Le chercheur acculé par ses charges de travail est cependant obligé de les abandonner ou d'alléger de façon drastique son investissement. Il en résulte des frustrations, autant pour les participants que pour le chercheur, tous appâtés dans une relation pourtant vouée à une brève existence.

L'éthique aux risques du terrain

Les périls de l'empathie

Isabelle est une jeune femme de 39 ans que nous avons rencontré en avril 2003 dès les premiers jours de l'étude ANRS 1281 qui va ensuite donner lieu à cette thèse. Elle nous expliquait alors qu'elle venait d'être sauvée in extremis quelques deux mois auparavant par le médecin de son association, d'une mort certaine par l'évolution naturelle du sida. Elle aurait été conduite aux soins sur une civière, tellement elle était affaiblie et amaigrie et souffrante. Elle manifestait alors une reconnaissance sans limite aux soignants, aux leaders associatifs et à nous chercheurs pour l'action conjuguée qui concourait à l'objectif commun de lutte contre l'infection.

Isabelle exprimait son enthousiasme pour notre programme de recherche et nous disait être totalement disposée à nous aider dans le recrutement d'interlocuteurs pour nos entretiens. C'est ainsi qu'à elle seule, d'avril à juin, elle allait nous mettre en contact avec 6 personnes dont 4 hommes isolés et un couple en phase de constitution. En juillet d'ailleurs, elle sollicitera notre équipe pour réaliser des photos et filmer la cérémonie du mariage coutumier de ce couple, encore appelé « *pogpuusem* » en *moore*. Répondre à de telles sollicitations apparaissait tout à fait en phase avec notre volonté de nous faire reconnaître et accepter dans ce milieu. Offrir un tel service apparaissait donc idéal pour notre insertion dans le milieu tout en nous donnant l'occasion de mieux le connaître. Les photos et le film sont donc réalisés.

Nous comprendrons plus tard que la prise de ces images contrarie cependant des responsables associatifs présents sur les lieux. Très rapidement, des accusations de « vol d'image » et d'abus sur des personnes séropositives sont portés sur l'équipe de recherche à des accusations de recherche sauvage qui contourne les associations pour abuser directement des PvVIH. La gravité de ces accusations remettaient en cause l'éthique même de notre recherche et pouvait poser légitimement la question de sa poursuite ou non. Le droit de regard revendiqué par les associations sur les recherches transforme ainsi une demande de service en un crime éthique qui aurait pu compromettre la recherche dans ses fondements et méthodologiques. Fort heureusement, le respect scrupuleux des recommandations du comité d'éthique et du SP/CNLS-IST, mais aussi, l'empathie réelle qui caractérise l'approche de notre équipe sur le terrain, nous ont vite lavés de tels soupçons.

Isabelle quant à elle se verra accusée d'avoir pris de l'argent pour chaque personne qu'elle nous aurait aidé à contacter. En conflit ouvert avec les responsables de sa structure, craintive de la vindicte populaire, elle a préféré se retirer un moment loin de la structure. Depuis lors, et jusqu'au moment où j'écris ces lignes, elle n'y retourne que le temps de s'approvisionner en ARV.

Il aura néanmoins fallu une assemblée générale d'explication au niveau de l'association, et le soutien d'une autre structure investie dans la formation et la sensibilisation au niveau communautaire, pour ramener la confiance entre chercheurs, responsables associatifs et interlocuteurs de la recherche.

Prendre la défense des victimes ?

Après plusieurs années d'un parcours thérapeutique chaotique et de multi-résistances au traitement antirétroviral, Natou avec qui j'ai développé des relations d'amitié profondes allait finalement perdre la vie en 2008, soit un peu plus d'un an après le décès de son mari en novembre 2006. La famille de celui-ci déclare la guerre à l'épouse accusée de l'avoir tué par la sorcellerie.

L'étroitesse des relations entre Natou et moi m'introduit, de fait, dans la vie de ses enfants. Ces derniers, perdus entre des parents malades en relation conflictuelle, et les distensions entre leur mère et le reste de leur famille, se retournent vers moi à la recherche de conseils et de consolation. Ignorant tout de mes enquêtes, ils ne voyaient en moi que la nouvelle et seule amie très dévouée de leur mère. Après le décès de leurs parents, c'est sans surprise, ils se tournent vers moi. Ne pouvant, humainement, et éthiquement me détourner d'eux et de l'espoir qu'ils plaçaient en moi, je réfléchissais à la meilleure manière de les intégrer dans ma vie.

Craintifs des représailles de leur oncle, présenté par leur mère comme son adversaire le plus farouche, ils pensaient que je pouvais les protéger. Or, désormais, aux yeux de la famille, et du droit, leur sort, ainsi que celui des biens immobiliers (maisons, vieux camions, ..., etc.) que leur parents leur avaient laissé en héritage, dépendaient de lui.

En la matière, entre ayants droit, les accusations de détournement, les meurtres, les menaces diverses sont régulièrement relatés par la presse locale. Aussi les sollicitations des enfants me placent-elles devant un dilemme ! Afficher ouvertement mon soutien aux enfants signifierait mon opposition de fait, au reste de la famille. Tout d'abord, cette option risquerait de m'attirer, en tant que femme, les représailles de mes parents, mais aussi ceux de ma famille maritale⁴⁰. Il s'agissait alors de savoir si je devais agir pour favoriser l'isolement des enfants face à une famille (la leur) à laquelle je ne pourrais jamais me substituer. Ou devrais-je tout simplement disparaître désormais de leur univers pour faciliter leur réinsertion dans leur famille propre, quitte pour cela à les laisser subir quelques souffrances supplémentaires ?

En attendant de prendre la meilleure décision, je mettais néanmoins en contact les enfants avec un magistrat chargé d'appui juridique au PAMAC⁴¹, largement expérimenté sur les droits des personnes autour de l'infection à VIH et de l'héritage. Il me paraissait la personne indiquée, à la fois pour tempérer les ardeurs belliqueuses des enfants et pour prévenir les éventuelles tentatives de spoliation auxquelles ils pourraient être exposés.

Pendant ce temps, les enfants restaient seuls dans la concession de leurs parents. Un drame allait éclater, et me révéler la profondeur de la souffrance psychologique des enfants, tout comme mon incapacité à les aider de façon efficiente. Le premier des fils, 22 ans, éconduit dans une relation amoureuse entre adolescents, n'a pas trouvé pas mieux que d'entraîner la fille dans la

40 *Représailles pour deux raisons : d'abord parce que les filles ne se mêlent pas des affaires d'héritage dans leurs propres familles et encore moins dans les familles des autres ; ensuite parce que le temps que je devais consacrer aux enfants (aux heures et jours non ouvrés) empiétait sur mes moments de présence habituelle dans ma famille.*

41 *Programme d'appui au monde communautaire et associatif dans le domaine de la lutte contre le sida ; programme initié et soutenu par le PNUD.*

maison de ses parents, et de tirer sur elle à bout portant avec le fusil de chasse de son défunt père. Ensuite, il aurait tourné l'arme vers sa propre personne et aurait tiré pour se suicider. Leur sœur, celle-là même qui m'avait annoncé le décès de leur mère quelques mois plus tôt m'a appelée sur le champ, en sanglotant, pour me rapporter les tristes faits. Les deux blessés ont été conduits à l'hôpital par l'ambulance assez rapidement, et pris en charge par une équipe chirurgicale. Le garçon s'en est tiré avec un poumon qu'il a fallu réduire. La fille avait reçu une balle dans la colonne vertébrale. Selon le chirurgien elle risquait de rester paralysée pour le restant de ses jours.

À ma vue dans la salle de réanimation où était encore gardé le suicidaire à l'hôpital, son frère cadet et sa sœur tombent dans mes bras. Il y avait également d'autres personnes dans la chambre, deux jeunes gens qui me dévisageaient. J'ai pensé qu'ils avaient dû entendre parler de la mystérieuse amie de la mère des enfants. Mais comment savoir s'ils appréciaient ou non ma présence ? Et si d'une manière ou d'une autre, la famille m'incriminait dans ce développement de la situation ? Autant la peur que le malaise de n'avoir pas été plus souvent là pour peut-être éviter un tel drame ont écourté ma visite.

La question des limites de l'intervention anthropologique en contexte de sida est déjà largement développée dans ma méthodologie. Celle que je voudrais discuter maintenant est relative à la concurrence, visible ici, entre mes responsabilités sociales initiales, et celles qui peuvent découler de ma position de chercheuse et de ma méthode d'approche du terrain basée sur l'empathie. Au cours de ce drame qui s'est tissé pendant plusieurs mois et dont le dénouement se poursuit aujourd'hui encore, j'ai souvent retardé de plusieurs heures mon retour à mon domicile après une journée continue de travail. J'ai dû quelquefois quitter ma famille à des heures tardives pour une urgence à l'hôpital où au domicile de Natou.... Sans compter les attentes démesurées des enfants de Natou à mon égard depuis le décès de leurs parents. Ne pas pouvoir répondre comme je l'aurais souhaité à de telles attentes fut et reste pour moi une source de grande frustration. L'évocation de ce cas montre en quoi faire de l'anthropologie sur le terrain du sida exige, pour une mère de famille, une importante capacité d'abstraction par rapport à sa vie de famille, en plus de l'impuissance du chercheur qu'elle partage face à la souffrance de certains participants. Cette expérience qui, si elle fut la plus pénible n'est pas la seule rencontrée sur le terrain, dénote de situations constantes d'interpellation de la conscience et des responsabilités du chercheur sur les terrains sensibles qui justifierait largement l'intérêt de la communauté scientifique internationale.

L'analyse des liens qui existent entre les conditions de genre et la manière dont les hommes et les femmes se représentent, accèdent et utilisent les « médicaments » impose un regard multidimensionnel qui va du niveau individuel au système de santé. Elle s'appuie sur les représentations qui sont sous-jacentes aux choix en matière de santé, notamment dans le rapport au médicament. Il s'agit, à travers un tel positionnement scientifique de « faire comprendre l'existence et la profondeur d'ancrages symboliques qui passent inaperçus aux yeux des populations qui les mettent en pratique" (Héritier, 1996 : p. 17-18). Ce choix de focaliser la recherche sur le système social est également partagé par l'OMS.

Les directives de l'OMS sur la question de l'accès des hommes et des femmes à la santé stipulent que les facteurs qui déterminent la santé des hommes et des femmes présentent des différences. Parmi ces facteurs, les rôles dévolus aux femmes et aux hommes interagissent avec d'autres variables sociales et économiques et se traduisent par des situations différentes, parfois inéquitables, pour ce qui concerne l'exposition aux problèmes de santé, l'accès à l'information et aux services de soins et l'utilisation de ces derniers.

« La santé, au sens du bien-être des hommes et des femmes, peut être influencée défavorablement par certaines normes, valeurs et comportements liés directement au sexe des individus »

OMS, 2002

Cette politique qui incite les départements, programmes ou groupes de travail de l'institution, mais aussi les politiques sectoriels des États, à intégrer activement la prise en compte du genre dans les activités. Cette problématisation internationale de la question du médicament fait de la présente étude une part aussi infime soit-elle de la contribution de la recherche à la compréhension de la question du médicament au Burkina Faso.

PREMIÈRE PARTIE :

**LES *MÉDICAMENTS* AU QUOTIDIEN DANS
L'UNITÉ FAMILIALE**

Le profil sanitaire du Burkina Faso est fortement marqué par la pauvreté générale et la vulnérabilité particulière des femmes et des enfants (INSD, 2004 : p. 191 ; PNUD, 2001 : p. 9). Avec un PIB par habitant⁴² en 2005 de 1213 \$ US et un taux d'alphabétisation à seulement 29,3%, le Burkina Faso est classé au 176^{ème} rang sur 177 des pays à développement humain faible. Sur la base de l'indice de développement humain durable sa situation est sans commune mesure avec un pays africain comme le Gabon dont le PIB culmine à 6954 \$ US, et le taux de scolarisation à 72,4%. Son taux de mortalité pour les enfants de moins de cinq (206 ‰ pour les plus pauvres, et 144 ‰ pour les plus riches), et celui de la mortalité maternelle (700 pour 100 000 naissances vivantes), restent parmi les plus élevés au monde. L'espérance de vie à la naissance est de 43,6 ans, bien en dessous des 55,6 ans de moyenne pour les pays en voie de développement (PNUD, 2007 : p. 255 & 264). Les performances du système de soin restent globalement décevantes avec un taux d'utilisation des services de santé qui est seulement de 0,2 contact par habitant et par an (FOURNET, MEUNIER-NIKIÉMA & SALEM, 2008 : p. 96). Ce pays est également caractérisé par une faible couverture sanitaire et vaccinale, une insuffisance des personnels soignant et de l'équipement (INSD, 2004 : p. 2).

En zone d'endémie palustre (INSD, 2004 : p. 189), cette maladie qui vient en tête des causes de consultations est également la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans (MS, 2000 : p. 3 ; MS, 2008 : p. 12 & 13). Le contexte général de pauvreté est aggravé par le déficit global du PIB⁴³. Dans un contexte épidémiologique difficile, et de pauvreté du pays, le financement de la santé est confronté à de nombreuses difficultés parmi lesquelles la faible capacité à supporter les investissements et les coûts de fonctionnement, et la faible accessibilité financière des services aux populations (MS, 2001 : p. 60). Reconnue par les populations comme une maladie ancienne, le paludisme est traité dans les centres de santé avec des médicaments biomédicaux mais aussi en l'absence de toute assistance médicale. Dans un système marqué par le pluralisme médical, les populations évoluent selon les besoins de santé et les logiques personnelles, entre une diversité des recours de santé et de médicaments ; dans cette dichotomie, bien que la biomédecine soit la référence, les thérapies traditionnelles restent vivaces, notamment à travers leur spécialisation autour de certaines maladies, mais aussi du fait de production de médicaments traditionnels améliorés. Malgré la promotion du médicament générique considéré comme le plus accessible et la lutte contre les médicaments illicites (PM, 2000 : p. 152 & 154), les malades et/ou leurs proches, initient des traitements hors de toute prescription médicale, souvent dans une démarche d'automédication. De telles pratiques introduisent la question de la banalisation de la consommation d'antipaludéens dans les régions impaludées, les populations utilisant des médicaments biomédicaux, traditionnels, ou issus de la médecine alternative ou autres dans des choix et/ou des combinaisons particuliers (GAZIN, & al., 1988 p. 1 & 2 ; SONDO & SOUBEIGA, 1997 ; DRABO & al., 2003-2004 :

42 *Le produit intérieur brut (PIB) est l'indicateur le plus retenu pour évaluer la production de biens et services d'un pays pendant une année. Il illustre l'importance de l'activité économique d'un pays ou encore la grandeur de sa richesse générée.*

43 *Baisse du PIB en 2002 suite à la baisse de 20,0 % des dons. L'activité économique a enregistré en 2002 une croissance moins soutenue qu'en 2001. Au niveau des finances publiques, la situation a été caractérisée par une aggravation du déficit global qui est passé de 4,4 % du PIB en 2001 à 5,1 % en 2002, (Extrait du Rapport d'Exécution de la Surveillance Multilatérale de l'UEMOA, Juillet 2003), <http://www.izf.net/pages/faso/4215/>, consulté le 30 sept. 2010.*

p. 5 & 7). Les institutions pharmaceutiques critiquent sévèrement la pratique courante qui consiste en Afrique à l'achat de médicaments de la rue considérés comme de faux médicaments, sans aucune garantie, auprès de vendeurs illégaux, et qui exposerait les populations à des « risques sanitaires patents » (LETTRE du CEDIM, 2008 ; PALÉ, 2006 : p. 113). Malgré la mise en place d'une politique pharmaceutique nationale matérialisée par la création de la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (Cameg) chargée de mettre à la disposition des populations des médicaments essentiels, efficaces et financièrement accessibles,

L'utilisation du médicament dans le contexte de pénurie, associée à des apports d'origine diverse dans les pays du sud, nous rappelle le caractère éminemment social de la maladie et de son traitement. Les enjeux sociaux, économiques et culturels du médicament rendent ce champ de recherche aussi complexe que sensible. Il est d'abord complexe par la dimension socioculturelle du questionnement. Il l'est ensuite à travers la spécificité de chaque société et des populations face à la diversité des types de médicaments disponibles et à la question de l'accessibilité financière qui sont susceptibles d'interférer avec les représentations et avec l'utilisation des produits thérapeutiques. L'analyse de ces différents aspects de la question sociale du médicament passe impérativement par la compréhension du rapport que les personnes entretiennent avec le médicament dans leur vie courante. Les rapports que les personnes ont individuellement et au sein de l'unité familiale avec le médicament, nous introduisent dans les logiques qui animent les pratiques de médication. La description du contexte particulier de la relation au médicament ne saurait ignorer ni l'environnement physique ni le système social et culturel dans lequel vivent les personnes, et qui déterminent leur rapport aux choses en général et au médicament en particulier. La description du contexte social du rapport de chaque personne au médicament au Burkina Faso reste, comme dans toute société issue de la colonisation, soumise au risque de certaines dérives épistémologiques de la discipline (FASSIN, 1999) qu'aux pièges du culturalisme comme cela a été relevé pour les recherches sur le sida en Afrique (VIDAL, 2004). Dans la cette logique, nous considérons que le rapport des personnes au médicament, parce qu'il est déterminé par un phénomène planétaire — marqué autant par la culture ancienne que par le phénomène d'urbanisation et maintenant la diffusion des technologies de l'information —, ne saurait être référé de façon univoque à une culture donnée, même si celle-ci en constitue la base. Il s'agit également d'une logique de marché, d'une logique de consommation de produits, mais aussi de plaisir et de cultures du plaisir (à travers les stimulants sexuels).

Nous allons aborder dans cette partie l'analyse du rapport des personnes au médicament dans la sphère domestique, au travers des pratiques de traitement : automédication, gestion des médicaments, conditions de la décision de recours aux soins. Cette dimension particulière de la relation entre le genre et le médicament est ici abordée au travers d'une « maladie ordinaire » qui pourtant est cause de mortalité chez les enfants et chez les adultes (MS, 2006 p. 11). Il existe des traitements efficaces mais chers, et les populations ont appris à se traiter en automédication, avec des produits plus accessibles mais d'une efficacité relative. L'enquête menée auprès des officines pharmaceutiques de la ville révèle une prévalence de 52 % de l'automédication. Le traitement du paludisme représentait 75,6 % des motifs de cette automédication ; la chloroquine (14,7 %) et la sulfadoxine- pyriméthamine (13,4 %)

sont les médicaments les plus concernés (OUÉDRAOGO & *al.*, 2008 p. 125). Face à ce spectre de possibilités dans les traitements, les facteurs sociaux jouent un rôle essentiel, et peuvent également être mis en relation avec les retombées du système de santé sur les pratiques.

La présentation de la ville, de l'histoire de sa population et des relations de genre ainsi que la disponibilité de l'objet thérapeutique dans toutes ses formes, est un préalable nécessaire à la compréhension des rapports individuel et de genre, au médicament.

VIVRE À OUAGADOUGOU

Une population entre cultures locales et globale

La population de Ouagadougou apparaît culturellement influencée par l'organisation sociale et la culture *moose* qui, particulièrement dans les rapports de genre, se distinguent peu des autres systèmes sociaux du pays.

D'abord, son origine et sa localisation se confondent à celles de l'ancien empire *moose*. La ville de Ouagadougou s'est en effet développée sur le site, de *Wogodogo*, capitale du plus puissant des royaumes *moose* fondé aux environs de 1495 par *naaba Wubri*, fils de *naaba Zoungrana*, lui-même fils de *Wedraogo*, premier empereur des *moose*, sur un territoire infini dans les représentations, et appelé le *moogho*⁴⁴ (SIMPORÉ & NACANABO, 2004 : p. 31).

Ensuite, la colonisation sanglante de cette bourgade par la colonne VOULET et CHANOINE en 1896 fait néanmoins de la capitale du *moogho* précolonial le chef lieu de la Haute-Volta, pays taillé par le colonisateur sur le plateau *moose* (HIEN, 2004 : p. 142-166). Au gré des actes administratifs qui ont caractérisé la période tumultueuse de la colonisation et celle non moins tumultueuse de la décolonisation et la succession des différentes républiques en Haute-Volta, Ouagadougou gardera toujours son nom et sa place de capitale et de commune urbaine, dans un pays rebaptisé Burkina Faso en 1983⁴⁵.

44 Au départ était Nédéga, roi du royaume Dagomba situé au nord de l'actuel Ghana et dont la capitale était Gambaga. Le mythe dit que sa fille Yennenga, véritable amazone portée par son cheval, galopa et s'égara dans la brousse où elle rencontra un princier chasseur, Rialé, avec qui elle eut un magnifique garçon, Wedraogo, futur fondateur du royaume *moose*. Wedraogo eut trois fils : Zoungrana qui succède à son père et reste à Tenkodogo, Rawa qui va fonder le Royaume du Yatenga au nord et Diaba Lompo celui du Gourma à l'Est (Tauxier, 1912).

45 Le pays par contre, la haute-Volta, changera de dénomination sous la révolution démocratique et Populaire dirigée par le Capitaine Thomas Sankara, (1983-1987) pour devenir l'actuel Burkina Faso (Palm, 2004 : p. 219). Un décret colonial de 1954 l'érige en commune (Hien, 2004 : p. 179) Le maire actuel est Simon Compaoré (Hien, 2004 : p. 179 ; Palm, 2004 : p. 225). Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé de 274 000 km² placé à l'intérieur de la boucle du Niger en Afrique de l'Ouest ; il partage ses frontières avec le Mali, au nord et au nord-ouest, le Niger, à l'est et au nord-est, le Bénin, au sud-est, le Togo, le Ghana et la Côte-d'Ivoire, au sud. Dans ce pays de plateau, le réseau hydrographique ne comporte qu'un petit nombre de cours d'eau pérennes : le Mouhoun, la Nakambé et la Nazinon, qui prennent leur source au Burkina pour converger ensuite au sud dans le Golfe de Guinée ; l'intermittence de ces cours d'eaux justifie la réalisation de barrages dont l'un des plus importants, Ziga sur le Nakambé à l'est de Ouagadougou, fonctionnel depuis juillet 2004, est destinée à fournir de l'eau potable à la capitale (O Ménager & Meunier-Nikiéma, 2005 : p. 58).

Bien que construite sur un substrat de populations *moose*⁴⁶, la position centrale de Ouagadougou en a toujours fait le pôle d'attraction des populations de la soixantaine d'ethnies qui se partagent le pays⁴⁷. À travers l'histoire, la capitale du *moogho* apparaît en effet déjà comme un lieu d'accueil de populations diverses installées par vagues successives. Les plus nombreuses sont les autochtones *Yonyonse* et *Ninisi*, les cavaliers *moose* de *naaba Wubri*, ainsi que le reste de sa suite constituée de *Dagomba*, de *Bisa*, de diverses populations d'artisans venues de loin, et notamment les teinturiers *Marense* de la cour royale, les *Yarse* colporteurs, les *Yogsa* travailleurs du bronze, les éleveurs *Peuls* nomades, toutes plus ou moins assimilées par un système social *moose* intégrateur (MÉNAGER & MEUNIER-NIKIÉMA, 2005 : p. 76 ; SIMPORÉ & NACANABO, 2004 : p. 44 ; BALIMA, 2004 : 1996 : p. 93 ; IZARD, 1985 : p. 320 ; HIEN & COMPAORÉ, 2004 : p. 44). Ce rôle intégrateur de la culture *moose* s'amplifie sous la colonisation qui fait de Ouagadougou le carrefour de l'immigration de la main-d'œuvre *moose* vers les plantations françaises en Côte d'Ivoire. La capitale, à l'instar de toutes les grandes villes est également le pôle d'attraction d'un exode rural qui s'amplifie dans le temps et draine aujourd'hui encore un large flot de main-d'œuvre non qualifiée qui exerce essentiellement dans l'activité informelle généralement peu rentable (GAUFROYAU, & MALDONADO, 1997). La vente de médicaments dans la rue ou dans des magasins non spécialisés apparaît comme l'une de ces activités informelles que l'on pourrait également qualifier de « gagne pain », en rapport avec leur rentabilité souvent faible. Ouagadougou la capitale est également le pôle d'attraction de l'élite intellectuelle du pays mais aussi de toutes les populations rurales qui aspirent à la ville.

L'histoire de la population de Ouagadougou reste également marquée par sa situation géographique qui en fait une ville carrefour dans ce pays enclavé, mais aussi et surtout par la capacité particulière d'intégration de la culture *moose* qui rayonne d'une manière ou d'une autre sur sa population sans distinction de l'origine des personnes. Dans le passé, l'on peut en effet noter l'émergence de populations allochtones "moosésisés" à travers un abandon progressif des pratiques culturelles et de leur langue d'origine, au profit de la culture de la société *moose* qui les accueille (SIMPORÉ & NACANABO, 2004 : p. 44). L'analyse du système politique *moose* du Yatenga montre à ce propos comment la souplesse du système social, la perméabilité des catégories sociales et les possibilités de glissement d'une catégorie à l'autre, relativisent finalement l'appartenance ethnique au profit de l'adhésion à un système social intégrateur⁴⁸ (IZARD, 1985 : p. 320). Cette analyse permet de mieux comprendre la capacité de la culture *moose* à assimiler des populations originellement non *moose*, mais qui vivent dans leur voisinage. Parler alors de culture dans cette mégalopole cosmopolite qu'est Ouagadougou revient à évoquer une mosaïque fortement inspirée par la culture et la langue des *moose*, le *moore*, et des échanges dans un espace social partagé.

46 Ce groupe qui est davantage culturel qu'ethnique constitue près de 48% de la population générale.

47 L'histoire nous rappelle que la capitale de l'empire du *moogho naaba Wubri* était déjà le centre de convergence de populations *Bisa*, et *Dagomba* venues à la suite des conquérants *moose*, mais aussi de cultivateurs *Gurunsi* à la recherche de terres de culture, de *peuls* éleveurs et nomades, de commerçants *Haoussa* venant du Niger actuel, de colporteurs *Yarsés* sillonnant les régions de l'actuel Mali, le Burkina Ghana, etc., Simporé & Nacanabo, 2004 : p. 44 ; Balima, 2004 : 1996 : p. 93 ; Izard, 1985 : p. 320), avant d'être aujourd'hui le centre névralgique de l'économie du pays.

48 Entre les « gens du pouvoir », catégorie fondée davantage sur le mérite des personnes qui la constituent dans les conquêtes et la défense du territoire que sur l'ascendance royale, et les « gens de la terre » regroupant les autochtones chargés de la médiation avec les forces de la nature, les allochtones de diverses conditions, et les « gens du pouvoir » déchus de leurs prérogatives princières, les frontières catégorielles restent poreuses, avec possibilité de glissement d'une catégorie à l'autre en fonction des jeux de positionnement social, plutôt que de l'appartenance ethnique ou de la naissance.

Malgré l'urbanisation et l'occidentalisation des modes de vie, les représentations des problèmes de santé (maladie, stérilité, impuissance, accident, mort, ...etc.) ou de la vie en général (échec scolaire, faillite subite, ..., etc.) restent largement imputées à des événements supranaturels et notamment la sorcellerie (MARIE, 1986 : p. 181). Les nouvelles dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais sont marquées par le succès de plus en plus grands des religions unitaires importées (islam, christianisme) (OTAYEK, 1999 : p : 35) permettent d'ouvrir le champ du religieux au-delà de l'animisme ancien. L'action de ces religions s'illustre essentiellement par les prières de guérison dont la fréquence apparaît décuplée par l'avènement du sida que les multiples implications sociales projettent comme une « maladie-malheur ». L'articulation entre le religieux et la gestion des malheurs dans un contexte de mondialisation et de diversification montre les principales religions chrétiennes (catholiques et protestantes) en tête des manifestations publiques de quête de soulagement à travers les prières de guérison (SOUBEÏGA, 1999 : p 111 ; NAMBANÉ/MWELE, 2003 : p. 6). Apparues dans les années 1980, ces prières sont considérées à l'ère du sida comme « un phénomène social total », à la fois par leur impact et par la diversité des couches sociales qu'elles touchent (SOUBEÏGA, 1999 : p. 111). Plus solitaires et plus discrets, les recours musulmans de ce type, tout comme les pratiques animistes, restent néanmoins un phénomène socialement marqué par la banalisation des *doose* ou sacrifices⁴⁹. Néanmoins face à un besoin impérieux de guérison, les barrières religieuses s'estompent et peuvent conduire le sujet à solliciter toute aide indépendamment de l'appartenance religieuse du spécialiste (SOUBEÏGA, 2009 : p. 354).

Par le fait conjugué de l'exode rural, de l'intégration de populations d'allochtones, de l'urbanisation, le bourg rural de 5000 habitants découvert par l'explorateur BINGER en 1892 est en 2006 une ville de 1 066 082 habitants (MEUNIER-NIKIÉMA, 2008 : p. 22 ; MEYER, 2008-a : p. 26). L'extension accélérée de cet espace urbain initiée dans une période de révolution (1983-1987), et dans un contexte de pauvreté explique l'habitat contrasté et la répartition inégale des équipements de base au sein d'une population toujours plus nombreuse et plus pauvre. La zone du plateau central où se situe Ouagadougou la capitale est en effet la plus grande zone de concentration humaine de tout le pays, oscillant entre 70 et 99 habitants/km² pour une moyenne nationale de 40,5 habitants/km² en 2000 (MÉNAGER & MEUNIER-NIKIÉMA, 2005 : p. 81).

Dans cette capitale qui est aussi la ville la plus densément peuplée du pays, toutes les catégories sociales se retrouvent soumises aux conditions de vie urbaines et à la modernité, essentiellement caractérisées par la nucléarisation des familles, la marchandisation des échanges, le rythme de vie urbaine, l'atténuation du contrôle des aînés sur les cadets, et l'influence de la société de consommation⁵⁰.

Par sa position centrale parmi les capitales d'Afrique de l'Ouest, Ouagadougou est au cœur de la circulation de médicaments d'origines diverses (pays voisins, Europe, Asie essentiellement). La disponibilité des médicaments, et l'accès de la population à l'information mondiale à travers internet et les chaînes satellitaires de télévision justifient leurs rapports particuliers à l'objet thérapeutique.

49 *Les consultations de marabouts musulmans ou de devins animistes occasionnent souvent des sacrifices, aumône, recherche de bénédiction, appelés doose du singulier doaga. Selon Soubeïga, (2009 : p. 345), les différentes formes de doose peuvent être utilisées pour compléter un traitement thérapeutique, « traiter » une infortune, réparer une faute (transgression de l'ordre social), ou à titre purificateur ou propitiatoire.*

50 *Société de consommation : société d'un pays industriel avancé qui se caractérise par la multiplication des besoins individuels et collectifs et par l'utilisation accrue de biens et services.*

Une culture urbaine érigée entre tradition et images mondialisées

L'inondation d'images hors contrôle à laquelle les populations sont exposées à Ouagadougou, apparaît comme un déterminant non négligeable de la qualité de l'information dont elles disposent sur les cultures autres, particulièrement dans le domaine de la sexualité. La fin des années 1990 et les débuts des années 2000 voient l'émergence de nouvelles technologies de l'information qui vont révolutionner le paysage médiatique jusqu'à présent austère de l'ensemble du pays et particulièrement de sa capitale⁵¹. Ces innovations révolutionnent toutes les sphères de l'information et notamment l'accès à l'information sur la santé et le médicament par les patients, mais aussi à d'autres types d'informations moins thérapeutiques, notamment celles touchant à la sexualité telle que pensée et pratiquée ailleurs dans le monde.

L'évolution de la connexion internet du bas débit à l'ADSL⁵² ouvrant l'autoroute de l'information mondiale est accompagnée par l'apparition massive des « cybercafés ». Ce mot désigne les kiosques privés, fournisseurs d'accès internet disponibles pratiquement dans tous les coins de rue, accessibles à des prix nettement moins élevés que ceux des communications téléphoniques⁵³. Cet accès qui ouvre les voies de l'information médicale et pharmaceutique au niveau planétaire suscite également des inquiétudes⁵⁴. L'escroquerie, le vol, la piraterie souvent cités exposent les personnes particulièrement vulnérables à des risques, tout comme certains sites du genre pornographiques ou suggestifs d'idées et pratiques importées et possiblement de-contextualisées de la sexualité. Le vide réglementaire et l'absence d'un pouvoir normatif en matière de nouvelles technologies laisse cette question entière⁵⁵.

L'arrivée de ces nouvelles technologies bouleverse également le monde de la télévision. La télévision nationale du Burkina (TNB) mise sur satellite depuis 2005 et d'autres chaînes privées telles Canal 3, Africable, TV5 Afrique, sport et musique télévision (SMTV), en plus des chaînes confessionnelles⁵⁶ font leur arrivée, ainsi que deux chaînes satellitaires privées, Neerwaya et CanalSat⁵⁷. L'accès des populations à davantage d'informations peut exposer des catégories plus vulnérables de la population, aux entraves du libre fonctionnement des médias, mais aussi à leurs dérives⁵⁸. Tandis que certains écrits traitent de « navrantes » les séries-sud-

51 http://www.planete-burkina.com/economie_burkina.php, 17 août 2010

52 Du RTC modem 56k, bas débit, à l'ADSL, haut débit pouvant atteindre 28 Mégas norme ATM

53 Coût de connexion internet autour de trois cent (300) francs CFA par heure, (0,46€) dans les « cybercafé » alors que les prix de communications d'un opérateur de téléphonie mobile à l'autre sont de l'ordre de deux cent cinquante (250) francs CFA la minute (0,38€), et de soixante (60) à soixante quinze (75) francs CFA la minute (0,09€) d'un poste fixe à un autre.

54 Faso Presse. Internet à Ouagadougou : Les opportunités et les dangers d'une technologie, http://www.fasopresse.net/article.php?id_article=11404, mardi 17/03/09.

55 Voir rapport 4ème Conférence des Instances de régulation de la communication d'Afrique (CIRCAF), Juillet 2007, 147p

56 Radio Maria, canal Viïm Koëga (CVKTV), etc.

57 Neerwaya Multivision: Pour 13.500CFA (moins de 21€) abonnement au « Bouquet Neerwaya » donnant accès à une quarantaine de chaînes numérique dont TF1, France 2, France 5/Arte, CNN, AB1, NT1, Série Club, CinéCinéma Star, Planète, Odyssée, Direct 8, iTélé, TV5, France 24, TMC, RTL9, TF6, MCM, France Ô, Tiji et Teletoon (Jeunesse), etc... Possibilité d'accès à des "packs" option à 1500 ou 3000 CFA donnant accès à des bouquets spéciaux : Canal +, XXL qui propose le jeudi une "soirée gay", National Geographic Channel, etc.

CanalSat : seconde chaîne satellitaire dont le panel de chaînes est supérieur à celui de Neerwaya mais dont l'abonnement coûte nettement plus cher.

58 Le forum sur média et développement de Ouagadougou, tenu les 11-13 septembre 2008. Courrier, Les débats de Ouagadougou, Edition n° VIII, Octobre novembre 2008, [En ligne], consulté sur le site le 17 août 2010, URL : <http://www.acp-eucourier.info/Les-debats-de-Ouagadougou.527.0.html?&L=2>.

américaines régulièrement diffusées sur les chaînes nationales et satellitaires, les productions nationales de plus en plus nombreuses semblent néanmoins évoluer dans les mêmes thèmes de l'amour et de l'argent dans des logiques qui s'éloignent souvent de leur contenu culturel local. Ainsi, les populations sont autant envahies aussi bien de nouvelles idées sur la sexualité et la criminalité, que de nouveaux modèles portés par les chaînes musulmanes ou évangéliques, et le développement d'une culture consumériste.

La double question de l'accès à la bonne information et du contrôle de l'image n'est pas l'apanage des seules chaînes de télévision dans cette population urbaine ouverte à la consommation. Parmi les films projetés sur grands écrans dans les deux principales salles de cinéma de la capitale mais aussi dans une dizaine d'autres salles secondaires, les séries de films hindou, Karaté sont généralement les plus appréciées du public (AFFNER, 1983). Dans des vidéoclubs où sont pratiquées des projections publiques payantes⁵⁹, et où le gain est souvent la principale motivation, certains films dont la projection doit être assortie d'interdictions, notamment les films pornographiques, sont alors accessibles à tous, même aux enfants⁶⁰. Cette situation permet de mieux comprendre les préoccupations des autorités en charge des médias par rapport à la nécessité de l'assainissement du marché médiatique et notamment de celui de la publicité⁶¹. Ainsi, à l'ère de l'internet et des chaînes satellitaires de télévision, les rapports de genre dont la sexualité est un moment ultime, mais aussi l'utilisation de produits en rapport avec le sexe, subissent, à l'instar de tous les domaines de la vie sociale, une transition sans cesse renouvelée entre l'ancien, le local et l'actuel mondialisé dans un contexte urbain où s'ajustent en permanence valeurs du terroir et culture globalisé.

Une société urbaine mondialisée entre « traditions » et modernité

La présentation de la socioculture de Ouagadougou nous impose à ce stade de donner des précisions sur quelques aspects théoriques, pour échapper aux poncifs qui voient dans les sociétés africaines une confrontation unilatérale entre tradition et modernité. Cette réflexion nourrie d'empirisme nous paraît indispensable pour aborder ensuite notre sujet. Cosmopolite tant par la multiplicité des origines de sa population nationale que par l'existence de communautés originaires d'autres pays d'Afrique et du reste du monde, mais aussi à travers la puissance de ses mass-médias, Ouagadougou se démarque évidemment de l'image de sociétés dites traditionnelles qu'une certaine idéologie persiste à rattacher aux sociétés ex-colonisées. L'anthropologie qui se veut désormais en mouvement, se démarque d'une image statique et révolue de l'ethnie comme une « entité ancrée dans un temps plus ou moins immémorial » (DOZON, 2008 : p. 11). Cette société africaine, bien que jadis colonisée, bien que encore ancrée, sur bien des aspects, dans une culture ancienne, est d'abord moderne par ce qu'elle « appartient à l'époque actuelle », « qui est en cours » qui est « contemporaine » (TLFi).

⁵⁹ 250 vidéoclubs auraient été recensés en 2008 dans la seule ville de Ouagadougou contre seulement neuf salles de cinéma pour 1,5 million d'habitants. Voir l'article : *Même pendant le Fespaco, Hollywood tient l'affiche*, [en ligne], consulté sur le site le 17 août 2010, URL : <http://www.jeuneafrique.com/Article/DEPAFP20090306T113414Z/>.

⁶⁰ Voir *Journal le pays* du 29 août 2008, Burkina Faso : *Vidéoclubs à Ouaga - Entre débrouillardise, clandestinité, films porno...*, [En ligne], consulté sur le site internet le 17 août 2010, URL : <http://www.lefaso.net/spip.php?article28614&rubrique18>.

⁶¹ Voir *Journal Tribune, Périodique du Conseil Supérieur de la communication*, n° double, janvier-Juillet 2008, Editorial, p. 3.

L'Afrique, « loin d'être un continent isolé, est celui, par excellence, de la relation » (AMSELLE, 2001). Depuis le temps des premiers explorateurs, puis de la colonisation, l'importance des échanges entre pays africains et européens est à la base d'interactions culturelles réciproques qui contredisent ce postulat de l'immuabilité et de l'inaltérabilité des cultures du monde prôné par Samuel HUNTINGTON (HUNTINGTON, 2007). Les sociétés humaines contemporaines antérieurement colonisées, tout comme celles qui les ont colonisées, apparaissent plutôt, toutes engagées à travers des apports et des retours, dans une permanente interférence avec une certaine « culture de la modernité » en tant que modèle référence. Ces cultures spécifiques restent donc sous l'emprise plus ou moins directive de la « modernité mondialisante » ou de la mondialisation (BALANDIER, 2003 : p. 26 à 29). Plus qu'une simple révolution des mœurs ou des techniques, la mondialisation apparaît propice à l'expansion continue de la puissance de ceux qui en ont l'initiative. L'idée d'une culture dominante qui interfère avec toutes les autres, ex-colonisées ou ex-colonisatrices, occidentales ou non, est largement développée dans les récentes analyses de BALANDIER dans laquelle il la désigne par la « sur-modernité mondialisante » (BALANDIER, 2003 : p. 33 ; BALANDIER, 2009).

Les « espaces interstitiels » que constituent les interférences entre micro-culture et le modèle culturel de référence apparaissent comme des lieux d'élaboration des stratégies « du soi — singulier ou commun —, et à travers lesquels apparaissent de nouveaux signes d'identité » (ABÉLÈS, 2008 : p. 47 à 49).

De la colonisation à l'émergence des grandes villes, la dynamique des représentations sociales, en rapport avec l'urbanité et la modernité dans les sociétés africaines actuelles est marquée par l'adaptation par les citoyens de leur identité ethnique et culturelle à la demande et aux contraintes de leur nouvel environnement. Le processus d'urbanisation permet notamment aux populations de passer du mode de fonctionnement du village et la « société à solidarité mécanique » fondée sur la ressemblance et la conscience collective à l'exemple des anciens systèmes sociaux *moose* (IZARD, 1985), à la logique de la « société à solidarité organique » qui caractérise la ville, et qui est fondée sur le développement des différenciations sociales et des inégalités (MARIE, 1997 : pp. 54 & 57).

L'urbanisation en cours, les transformations sociales qui l'accompagnent et qui sont accentuées par la paupérisation, les crises économiques et politiques, la mondialisation, sont autant de phénomènes qui génèrent de nouvelles stratégies de survie, et de relations sociales, au sein d'une population encore largement marquée par des valeurs anciennes. Qu'elles soient du sud ou du nord, ces populations, issues de cultures locales spécifiques, se retrouvent baignées dans une sorte de culture universelle d'inspiration occidentale. Cette idée est proche de la « valorisation dominante » évoquée par BALANDIER (BALANDIER, 2003 : p. 32). Elle apparaît également comme un élément déterminant du rapport des personnes au monde et aux choses dans toute société. À Ouagadougou, le rapport aux médicaments dans un monde globalisé reste aussi marqué par les difficultés financières croissantes des populations qui réduisent leur accès aux produits pharmaceutiques, et favorise la diversification des offres thérapeutiques.

Hommes et femmes dans la culture moose

Le choix du substrat culturel *moose* (parmi une soixantaine d'ethnies) comme base de cette analyse anthropologique est principalement motivé par le marquage de la population « ouagalaise » par l'organisation sociale *moose* dont la capacité d'influence et d'assimilation est documentée (IZARD, 1985). Enfin, certains indicateurs du rayonnement effectif de la culture *moose* sont observables ; il en est ainsi de la généralisation de la pratique du *pogpuusem* ou cérémonie « traditionnelle » de demande d'alliance matrimoniale. Cette pratique, jadis spécifique aux sociétés *moose* a de plus en plus cours chez des représentants de groupes culturels éloignés, comme ceux de la région de l'Ouest du pays, et qui résident dans la capitale. L'absence de référent du mot *pogpuusem* dans la langue *dioula* (qui caractérise l'ouest du pays) traduit bien l'altérité de son origine dans cette région.

Des hommes dominants et des femmes dépendantes

La patrilinéarité et la patri-virilocalité régissent la parenté et la résidence chez les *moose* (EGROT, 2001 : p. 103 & 541). Ces règles du fonctionnement social qui n'envisagent la transmission des biens et valeurs sociales que par voie masculine, consacrent la suprématie du statut de l'homme, et la dépendance des femmes. Ce statut social élevé de l'homme peut être mis en lien avec son rôle de relais unique de transmission du patronyme, des biens et des valeurs du lignage, assurant ainsi la reproduction sociale. En effet, par la reconnaissance de sa paternité, l'homme apparaît comme l'ultime voie d'accès et d'intégration de l'enfant au lignage et aux ancêtres (EGROT, 2001 : p. 300).

Les frontières de genre se caractérisent également chez les *moose* par leur grande perméabilité. Indépendamment de certains événements temporaires au cours desquels les femmes jouent un rôle masculin : régence du pouvoir assumée par la fille aînée du chef décédé, la *napoko*, cas également des funérailles durant lesquelles une épouse va revêtir les habits du mort à l'envers et pratiquer d'autres rituels, « De façon plus constante toute femme est synchroniquement considérée comme "femme-sociale" dans le village de son époux et "homme-social" dans son village d'origine » (EGROT, 2001 p. 47). Mais quels qu'en soient les acteurs (hommes ou femmes), les jeux de rôles sociaux de sexe, présentent en règle absolue, une catégorie masculine dominante, et une catégorie féminine dépendante. Ainsi, bien que fluctuant dans le temps et dans l'espace, le statut social de la femme reste néanmoins marqué, dans sa vie de jeune épouse et de mère, par sa dépendance sociale à son mari et à la famille de celui-ci. Les femmes, considérées comme étrangères dans la concession paternelle mais aussi dans celle de l'époux n'acquièrent reconnaissance et stabilité sociales que dans certaines conditions. Tout comme partout en Afrique, la place sociale d'une femme dépend de sa capacité à procréer :

« Chez les mossi, celle qui assure une descendance au groupe de son mari reçoit des petites filles comme aides ménagères, intervient dans le choix des alliances matrimoniales, de la famille de son mari et après sa mort, est susceptible de transmettre une parcelle de son énergie vitale à un de ses petits-enfants. D'étrangère dans le groupe du mari, elle acquiert le statut de parente. Celle en revanche qui ne connaît qu'avortement spontané ou stérilité peut se voir accusée de sorcellerie et chassée du village »

BONNET (1996 : p. 286).

L'analyse du statut de la femme en rapport avec l'organisation sociale, révèle une identité féminine qui « n'est plus perçue d'une manière figée dans un rôle ou un statut », mais qui est plutôt en évolution dans des ensembles d'identification tels les groupes d'appartenance, son groupe social, l'âge (et aussi les étapes) de sa vie. En effet, toute femme « étant au cours de sa vie, à la fois sœur et épouse, jeune et ménopausée », son identité sociale lui permet de passer du groupe des dominés à celui des dominants (BONNET, 1996 ; p. 287). L'auteur, en montrant que les sœurs aînées des maris et les femmes ménopausées sont placées au même niveau que les hommes du côté du pouvoir masculin dominateur, établit en même temps la capacité des femmes à s'identifier à plusieurs groupes sociaux dotés de valeur de genre parfois inverse.

Les pratiques matrimoniales chez les *moose* présentent en effet les femmes comme les instruments d'un rapport de domination entre aînés et cadets masculins ; les femmes, leurs enfants et leur production permettant au dominant (l'aîné) d'accéder au prestige social et à la richesse économique, mais aussi de contrôler les cadets en leur limitant (ou retardant) l'accès à ces « biens » que constituent les femmes ; (KOBIANÉ, 2001 : p. 5 ; KINDA, 1995). Dans le système social *zara* localisé au sud-ouest du pays aux environs de Bobo-Dioulasso, qui, du point de vue des statuts de genre se distingue peu de celui des *moose*, l'étude minutieuse de Roth donne une description précise des conditions dans lesquelles une femme, considérée comme une étrangère à son arrivée dans la concession maritale, doit encore gagner sa reconnaissance par les membres de la famille, comme épouse. C'est la naissance du premier enfant qui donne plus d'assurance à la nouvelle mariée. "La maternité tempère le statut d'étrangère ; et plus la femme avance en âge, plus c'est le cas. Être mère d'enfants adultes et vieille femme est la dernière phase de ce cycle féminin aux multiples péripéties" (ROTH, 1996 : p. 61).

L'existence des enfants, et leur insertion en tant que membres à part entière du lignage, participe à l'atténuation — voir à l'abolition — du statut d'« étrangère » de leur mère, tandis que tout déficit dans ce devoir social de procréation (avortements, stérilité) expose la femme à des représailles sociales pouvant aller jusqu'à l'accusation de sorcellerie et à son exclusion sociale (BONNET, 1996 : p. 286). En effet, la construction des représentations de la reproduction sociale dans la société *moose* attribue aux femmes l'entière responsabilité de la procréation⁶² ; elles sont par ailleurs presque systématiquement incriminées en cas de maladie chez les enfants. (EGROT, 2001 : p. 326 & 389). Cet engagement de la seule responsabilité des femmes dans la naissance, mais aussi dans la survie de l'enfant laisse apparaître les logiques sociales propres à la culture *moose* dans la répartition des rôles de reproduction sociale. Alors que « seules les femmes peuvent faire des êtres humains », « seuls les hommes, et les femmes assimilées aux hommes (femmes âgées et sœurs), en font des êtres sociaux, des membres du lignage à part entière » (EGROT, 2001 : p. 327).

Le mariage et la progéniture sont ainsi l'unique moyen par lequel les femmes accèdent à un toit bien à elles, et une valeur particulière concédée par le statut d'épouse, « *paga* ». Sa progéniture apparaît ensuite comme le gage d'une intégration sociale pouvant lui concéder une part de parenté. Cette valorisation de la

62 Les femmes considérées comme seules capables d'attirer les génies et d'assurer leur métamorphose en êtres humains se voient imputer la responsabilité de faits comme la stérilité, les fausses couches ou les morts d'enfants en bas-âge.

femme par l'institution matrimoniale et par sa progéniture s'oppose à la dévalorisation de la femme sans mari, et qui est perçue comme vide de substance sociale « *pug viewgo* »⁶³. Cette expression rejoint celle de « femme libre » qui désigne une femme « libérée » de sa parenté, ni contrôlée ni protégée (ROTH, 1996 : p. 189).

Par ailleurs, l'altérité socialement rattachée au statut de l'épouse génère, en plus de la question de son intégration dans le lignage marital, une autre dimension tout aussi déterminante dans la précarité sociale de la femme. L'étrangère statutaire qu'est la jeune épouse apparaît également potentiellement dangereuse pour le lignage et pour cause ; elle est par excellence la vectrice par défaut de tout malheur dont la survenue peut être mise en lien avec sa présence (EGROT, 2001 : p. 473). Son intégration sociale est également liée à la responsabilité qui lui est exclusivement attribuée dans la naissance et la survie des enfants. Cette altérité est par contre annulée par l'identité de sœur, attribuant à cette dernière un dévouement et une loyauté, certaines vis-à-vis de son frère, contrairement à l'épouse suspectée de fait. Ainsi s'explique la valorisation de la femme sœur, et inversement la méfiance qui accable et condamne la jeune épouse à la dépendance⁶⁴.

La séparation « genrée » des espaces bien qu'elle soit particulièrement relevée dans les analyses de la société *moose* n'est pas spécifique à celle-là sur le continent. En Afrique, les femmes ne sont pas exclues de la vie publique, mais les domaines publics et privés sont subdivisés en sphères féminines et sphères masculines. Roth, dans son étude chez les *zara* dont l'organisation des rapports de genre est peu différente de celle des *moose* explique comment la séparation des sexes socialement institutionnalisée se réalise par l'évitement mutuel et par la séparation des activités qui résulte de la séparation du travail par sexe" (ROTH, 1996 : p. 75). Il s'agit donc ici d'une ségrégation entre les sexes de sorte que les femmes ne sont pas là où sont les hommes et vis versa. Dans ce sens, la séparation des sexes est faite sur une base égalitaire et n'est nullement un indice d'inégalité. À bien des égards, cette séparation des espaces féminins et masculin apparaît comme une frontière qui permet de ménager des espaces de liberté qui sont autant d'obstacles à la mise en place d'une domination masculine dans tous les domaines du social (EGROT, 2001 : p. 52 & 474 ; ROTH, 1996 : p. 23). Cette séparation « genrée » des espaces est illustrée par l'étude de VINEL sur les *Sikoomse*, une fraction encore peu connue de la société *moose*. Dans l'espace féminin incluant jeunes filles, épouses et femmes âgées du lignage, l'étroitesse, voire « l'exclusivité de la relation mère-enfant » est relevée comme une constante justifiée par un quotidien des coépouses fait de « chacune pour soi ». Elle relève également la dépendance progressive des femmes âgées, vis-à-vis de leurs belles-filles et de leurs descendants (VINEL, 2005 : p. 122 & 144). Cette observation vient relativiser l'image antérieure d'une position dominante des femmes aînées par rapport aux cadettes (BONNET, 1997 : p. 197).

Les rôles sociaux de genre qui organisent l'apport des vivres et dans la préparation des repas dans la tradition *moose* contribuent au renforcement de la suprématie masculine, tandis que la subordination féminine légitime pour les

63 « *Pug* » est en moore un substantif de « *paga* » qui veut dire femme ; « *viewgo* » peut se traduire en français par « vide ».

64 C'est ainsi que la sœur aînée d'un homme est socialement investie de pouvoir au sein de l'unité domestique de celui-ci ; elle est alors associée aux engagements matrimoniaux des enfants de ses frères, au remariage des veuves, aux rites religieux, notamment les funérailles, tandis que ses malédictions sont redoutées (Bonnet, 1996 : p. 287).

femmes, la posture de demande. L'apport de céréales, élément de base de l'alimentation traditionnelle est un devoir pour la plupart des chefs d'unités de production agricole (LALLEMAND, 1977 : p. 100). La ration alimentaire donnée par le chef de ménage, *mwende*, destinée à l'unité familiale, est dans la culture *moose*, un devoir qui renforce la position dominante du chef de ménage. En effet, dépend de lui la disponibilité ou non d'un repas pour les membres du ménage. Transposée en ville où l'économie est monétarisée, cette répartition des rôles de genre dans le ménage confère à l'époux le devoir de fournir régulièrement à sa femme le *zeed ligdi* en *moore*, *nansongo* en dioula⁶⁵, c'est-à-dire la somme d'argent nécessaire à l'achat des condiments pour la préparation des repas. Ainsi, réclamer à son mari et aux membres du lignage de son époux, la remise du *nansongo* est pour une femme en pays *moaga* une habitude qui peut se faire sur le ton de la polémique voire de la dispute, mais aussi, plus souvent sur celui de la plaisanterie. En effet, l'existence d'une relation à plaisanterie entre une épouse et les frères et sœurs de son mari apparaît alors comme une opportunité d'expression pour les femmes malgré leur dépendance statutaire. Il n'y a donc dans une demande aucun motif de honte pour une femme. Par ailleurs, la multi-territorialité, la multiplicité des appartenances lignagères et la mobilité qui en découlent, sont autant de caractéristiques étroitement liées au statut des femmes en pays *moose* (EGROT 2001, p 182), qui les autorisent aussi à solliciter ou recevoir des aides et des cadeaux en provenance de lieux et d'individus extrêmement divers, sans que cela ne puisse d'une quelconque manière constituer un honte pour elles-mêmes.

Ces analyses permettent de comprendre les présupposés sociaux de la position dominante des hommes et de la dépendance des femmes dans l'organisation sociale des anciennes sociétés *moose*, incluant néanmoins des espaces d'autonomie ; organisation qui, à bien des égards, continue à sous-tendre les relations de genre au sein des populations vivant dans l'espace urbain qui, avec le temps et les événements, a succédé aux villages.

Des rapports de genre anciens à l'épreuve du temps, et un modèle familial hybride

La forte mutation dans laquelle ont été engagées les modestes cases de l'ancienne capitale du *moogho* précolonial, pour aboutir à l'image d'une capitale africaine, puis les récents bouleversements générés par les nouvelles technologies de l'information associées à une culture mondialisée, justifient que les rapports anciens de genre soient reconsidérés à l'épreuve du temps. Les conditions de vie urbaines, en libérant les « processus objectifs d'individuation tendancielle de la personne », cette situation aboutit à l'émergence de « l'individu comme sujet » (MARIE, 1997 : p. 53) ; l'individu doit déployer tour à tour des stratégies dans divers champs de la vie sociale : parenté, voisinage, relations de travail, recherche ou création d'emploi, politique global, religieux communautaire, le religieux extra communautaire). Les capacités des femmes à s'identifier en milieu urbain à plusieurs groupes d'appartenance, mais aussi à des valeurs différentes, voire contradictoires, même face à de nouveaux besoins ou d'autres repères sociaux avait déjà été relevées (BONNET, 1996 : p. 287). Dans la ville cosmopolite de Ouagadougou, plaque tournante de l'économie du pays,

65 *Même en culture moaga, le terme dioula s'est aujourd'hui imposé dans le quotidien, notamment en zone urbaine.*

le besoin de gagner de l'argent est incontournable pour les ménages. L'apport économique de la femme que constituaient les produits de son champ personnel dans la société rurale doit trouver un équivalent en contexte urbain. Qu'elles soient salariées, ou intervenantes dans divers domaines du secteur informel (petit commerce notamment), les contributions des femmes sont souvent essentielles pour l'équilibre financier des ménages urbains. Néanmoins, l'évolution de la participation financière des femmes à l'entretien des ménages urbains paraît interférer peu sur les relations de genre. Malgré l'ouverture des populations de la capitale à l'information et à la culture mondialisante, les rapports inégalitaires entre hommes et femmes, inspirés de l'ancien système patriarcal *moose* (LALLEMAND, 1977 ; GRUÉNAIS, 1985 : p. 219), restent prégnants. Ils le sont dans l'organisation du pouvoir, dans les structures familiales, les systèmes matrimoniaux et de production.

La valorisation de l'homme pourvoyeur de ressources, — et qui soutient certainement un besoin masculin de maintien d'une position dominante malmenée par les contraintes économiques de la vie urbaine —, est actuellement contredite par l'importance toujours plus accrue de la contribution des femmes dans l'économie des familles urbaines. Claudia ROTH note de façon significative que même dans l'incapacité d'assurer l'exhaustivité des besoins du ménage, les hommes essaient néanmoins de donner assez d'argent pour préserver leur autorité (ROTH, 1996 : p. 174 & 178). L'insuffisance de contribution de l'homme aux dépenses du ménage oblige la femme à chercher elle-même des ressources. C'est ainsi que les femmes sont visibles dans tous les secteurs de la vie professionnelle, et même dans des domaines jusqu'à présent réservés aux hommes comme la police, la douane, l'armée, l'entrepreneuriat, la politique, l'import-export, etc... tout comme dans de nouveaux métiers générés par l'urbanité comme les sociétés de nettoyage qui emploient beaucoup de femme, et les sociétés de gardiennage qui en emploient de plus en plus. Mais le secteur d'activité le plus investi par les femmes est le secteur informel exercé à titre secondaire, et dans lequel les activités de commerce sont réalisées à plus de 67 % par elles (GAUFRYAU & MALDONADO, 1997).

La plupart des femmes du secteur informel exercent une activité de petit commerce : vente de fruits et condiments, vente d'aliments cuits ou des produits manufacturés à petits prix. Leurs gains quotidiens servent souvent au financement des besoins alimentaires de la famille, en complément ou en lieu et place de la contribution officielle masculine (ANTOINE & NANITELAMIO, 1990 : p. 129). Ce geste est pourtant attendu de l'homme et même réclamé comme un dû en cas d'oubli ou de négligence. La remise régulière du *zeed ligdi* apparaît comme le principal témoin de la capacité d'un homme à faire vivre les siens. Et ce *zeed ligdi*, n'est que l'obligation minimale du « mari capable », particulièrement en zone urbaine où cette capacité des hommes est sans cesse mise à l'épreuve pour les dépenses du quotidien, mais parfois aussi pour des dépenses occasionnelles, tels des cadeaux à des femmes ou à leurs parents. Ne pas donner le *zeed ligdi*, représente une honte car ce fait reste étroitement lié aux représentations culturelles du statut social de *zaksoba*. Il convient néanmoins de signaler, avec la précarité des conditions de vie urbaines, des cas de défaillance d'hommes dans l'approvisionnement régulier de ce « *zeed ligdi* », d'autres ne fournissant qu'une partie, d'autres encore ne fournissant rien du tout, pour des raisons pouvant se situer au-delà de la question économique. Comme mentionné plus haut en contexte urbain, les femmes initient le plus souvent des

activités et notamment le petit commerce (de fruits, légumes, condiment, etc.) qui complètent et quelques fois assurent dans l'anonymat (et en prenant soin de préserver la susceptibilité de l'homme), la totalité du « *zeed ligdi* », sans pour autant entamer l'autorité du chef de famille qui reste absolue. Ainsi, même pourvoyeuses de ressources familiales, les femmes restent en principe soumises au mode de fonctionnement patriarcal marqué par leur « manque d'indépendance économique » (HAINARD, 2003).

Par ailleurs, le système social jadis monopolisé, mais régulé par les aînés, est aujourd'hui influencé par les nouvelles conditions de vie urbaine. Dans les familles urbaines de plus en plus nucléarisées, le maintien du pouvoir patriarcal des hommes dont les possibles excès ou égarements ne sont plus tempérés par le contrôle des aînés du lignage, peut renforcer la précarité de la vie des femmes. Ces rapports inégalitaires qui interviennent souvent dans les rapports interpersonnels au sein du couple ou dans la société, aux côtés des valeurs occidentales d'émancipation des femmes, ouvrent néanmoins des perspectives d'émancipation féminine. Parmi les stratégies des femmes urbaines face à leur position défavorable, « la stratégie de la non-concurrence avec les hommes », permet, à travers diverses contributions aux besoins du ménage, de se rendre indispensables dans les processus de décision, « sans s'opposer explicitement et ouvertement aux normes sociales en vigueur » (HAINARD, 2003). Leur statut d'épouse reste néanmoins souvent menacé par la forte concurrence d'un « marché sexuel » très agressif animé par d'autres femmes à la recherche du mariage ou d'une sortie honorable au célibat dont la montée est associée aux conditions de vie urbaines. Ce marché sexuel surtout fait de passades amoureuses donne lieu quelquefois à des relations plus formalisées du genre « deuxième bureau » (ANTOINE & NANITELAMIO, 1990 : p. 130-131).

L'évolution des rapports de sexe en milieu urbain apparaît à travers un système de représentation en vertu duquel une femme doit être une épouse soumise mais travailleuse, capable d'aider économiquement son mari tout en étant une mère irréprochable, qui doit également savoir défendre son foyer contre les menaces d'un marché sexuel toujours plus offensif.

L'organisation de l'espace domestique

Cette présentation de l'espace domestique a pour but de comprendre le rapport de couple dans l'unité familiale. L'habitat apparaît comme la première et la plus proche (la plus quotidienne) expérience de l'homme à l'espace⁶⁶. Ce « monde » dans lequel évolue l'habitant au quotidien apparaît, d'un point de vue anthropologique, particulièrement opératoire dans la connaissance des conditions de vie, et des conditions qui motivent leurs rapports aux autres et à cet espace commun. Comme le « biotope »⁶⁷ ou milieu de vie, permet de mieux comprendre le fonctionnement de l'espace animal, l'organisation de la résidence permet une meilleure compréhension du fonctionnement des communautés humaines.

66 Voir Nathanaél AUTO-GEO-GRAPHIE-S: <http://www.netvibes.com/autogeographies>

67 Biotope : milieu biologique présentant des facteurs biologiques définis, nécessaires à l'existence d'une communauté animale ou végétale donné et dont il constitue l'habitat normal ; Par extension, une communauté humaine, matérialisée par « le grands ensemble d'habitation » est également considéré comme un « biotope » dont il faut rechercher toutes les implications (O TLFi).

En tant que scènes quotidiennes de déploiement des rapports interpersonnels et des pratiques en relation avec les normes et valeurs, les lieux d'habitation, qui déterminent la promiscuité ou l'isolement des personnes, les niveaux d'autonomie des ménages, imposant un espace relationnel particulier, apparaissent incontournables dans la compréhension des rapports de genre et de leur déclinaison sur le rapport au médicament. L'aperçu qui va suivre sur l'organisation physique des concessions, leur variabilité, la diversité des unités d'habitation ou ménages, les spécificités de leur agencement participe à l'explication des attitudes et pratiques en rapport avec les relations humaines et général et des relations de genre en particulier, dans le champ spécifique du rapport au médicament.

Des concessions et des ménages

Ouagadougou regroupe un peu plus d'un million d'habitants en 2006⁶⁸, soit environ 45 % de la population citadine du pays. La population est regroupée dans l'agglomération à travers cinq arrondissements, 30 secteurs qui supplantent administrativement l'ancien découpage de la ville en quartiers, et 17 villages, tous placés sous la tutelle de la mairie centrale⁶⁹. Sa présentation est assez hétérogène : un centre-ville moderne, des zones d'habitat dense, parfois insalubres et des zones d'urbanisation irrégulière. Les quartiers sont différenciés tant par leur structure démographique que par leur accès aux services : approvisionnement en eau, assainissement, offre de soins, écoles et marchés (FOURNET & al, 2008). D'importantes différences subsistent entre zones loties aménagées par l'État et zones non-loties. Les excroissances non loties sont surtout développées dans les périphéries⁷⁰, mais existent également dans les quartiers centraux.

Les entretiens de cette étude ont été réalisés dans des concessions des secteurs périphériques et centraux ; certains des secteurs périphériques sont nouvellement lotis et d'autres en cours de lotissement : les secteurs 28, dans le quartier Tabtenga, et au secteur 30 dans le quartier San Yiri ; deux autres secteurs centraux anciennement lotis mais à la limite de l'insalubrité : secteur 11, quartier Ouidi et secteur 3, quartiers Nemnin et Dapoya ; enfin, deux derniers secteurs lotis, le secteur 15, quartier Patte-d'oie et le secteurs 13, quartier Zogona. Dans les ménages urbains, les dépenses de loyer (19,5 %) viennent en tête des postes de dépenses non alimentaires, bien avant la santé (14,3%), l'essence et les lubrifiants (11,6 %), etc. (MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, 2007 : p. 11). Le fréquent mélange de personnes d'âge, de sexe, de métier, de niveau d'instruction et de milieu d'origine différents, dans une certaine promiscuité peut être à l'origine de désagréments. Les cours communes sont souvent décrites à la fois comme des lieux de solidarité et de conflit. Solidarité en cas d'événement social heureux ou malheureux, l'on est rarement seul⁷¹.

68 Cette population de Ouagadougou avait été estimée à 1,2 million d'habitants en 2003 (INSD, 2003).

69 <http://www.mairie-ouaga.bf/ExpoBilan/ExpoStructure.htm>, consulté le 30 août 2010.

70 Les expansions identifiées par la direction générale de l'urbanisme obéissent moins aux critères habituels (zones d'activités, grands axes de communication, etc.) qu'aux stratégies des communautés villageoises périurbaines et à la mise en œuvre de grands projets d'aménagement de prestige de type « Ouaga 2000 » <http://www.mpl.ird.fr/suds-en-ligne/fr/metropol/ouaga/ouaga05.htm>, le 22 août 2010.

71 Voir l'article de Ramata Soré, *l'habitat, signe extérieur de pauvreté*, En ligne, consulté le 23 août 2010, URL : http://www.evenement-bf.net/pages/dossier_2_30.htm.



Cette présentation de l'habitat urbain marque une différence, de la concession traditionnelle à la parcelle urbaine. La grande taille de la ville de Ouagadougou nous questionne sur la manière dont les participants à cette étude y vivent, et qui est à la fois fonction de l'évolution de leurs référents traditionnels de la concession dans le nouveau contexte de l'urbanité.

En ville, l'organisation traditionnelle du *yiri* (espace d'habitation d'un lignage) et du *zaka* (concession familiale) est reproduite dans les parcelles de lotissement ; dans les *celibatoriums*, les constructions périphériques dégagent alors un espace central qui devient lieu de vie comme le samande (cour extérieure) traditionnel. La question de l'adaptation du *yiri* au contexte urbain s'étend également à son contenu social : la similitude de l'espace des *celibatoriums*, là celle du *zaka* traditionnel, la promiscuité de longue date entre propriétaires et locataires, mais aussi entre locataires, atténuant l'altérité et créant des liens affectifs.

Unités domestiques et composition des ménages

Pour comprendre les rapports entre l'inscription familiale des individus dans leur concession et les dimensions sociales de leurs pratiques médicamenteuses, voyons le cas de trois personnes dont les itinéraires thérapeutiques seront évoqués plus loin.

« CHEZ MARIE »

Marie, 32 ans, ménagère, *moose* de Koupèla, mariée et mère de trois enfants nous accueille chez elle pour les entretiens dans une grande cour commune située dans le secteur n°3 de la ville de Ouagadougou au quartier Dapoya, l'un des anciens quartiers centraux⁷². En 2008, 41 personnes vivent dans cette concession rectangulaire de 1020 m², géré par quatre héritiers, chacun disposant d'une partie (1/4), coupée dans le sens de la largeur, et reliée à la porte située à une extrémité du rectangle par un couloir latéral qui traverse toutes les parcelles individuelles (Annexe 5-1).

⁷² Ces anciens quartiers centraux dont les infrastructures apparaissent dépassées au regard de la densification continue de leur population glissent continuellement vers l'insalubrité (DÉVERIN 1999 : p. 134).

Le premier quart qui est aussi situé du côté de la porte est habité en permanence par neuf personnes. Il appartient à l'aîné des héritiers, un ferrailleur de 47 ans⁷³ ; il y a construit à la devanture deux grandes pièces à usage de magasin, toutes construites en parpaing (en dur), qui sont louées par trois commerçants, deux revendeurs de céréales, avec chacun son employé, l'autre vendeur de pièces détachées de véhicules, et employant également un vendeur. Les deux commerçants et leurs employés, bien que ne résidant pas dans la concession, passent la journée dans leur magasin et utilisent les toilettes construites par le cadet des héritiers et qui se situe au fond de la parcelle. L'héritier attributaire de cette première parcelle a également construit pour lui-même le rez-de-chaussée d'un futur duplex (en béton bien sûr), fait de deux chambres et d'un salon avec douche et WC internes, dans lequel il vit avec son épouse, ses deux enfants de 15 et 6 ans, et sa nièce de 17 ans venue du village pour être scolarisée à Ouagadougou car au village les travaux domestiques et l'entretien des champs ne lui auraient laissée aucune chance d'aller à l'école. Il dispose d'une voiture pour son travail et a offert une moto de marque « CRYPTON » dont le prix peut varier de 600 000 à 750 000 FCFA, ce qui traduit une certaine prospérité, image largement utilisée dans la compétition pour le leadership familial.

Les deux premiers quarts de cette parcelle d'héritage sont séparés par la tombe du défunt propriétaire, le père des quatre héritiers.

Le second quart de la parcelle est séparé du premier et de la tombe par un mûr en parpaing, et abrite 11 personnes dont un locataire qui n'y réside pas en permanence. Cette partie de la parcelle revient au second héritier, un routier de 42 ans, marié, père de trois enfants, et tuteur d'une nièce orpheline et fille-mère étudiante de 24 ans. Disposant de moins de moyens que son aîné, et ayant eu, comme il le dit lui-même, la malchance d'épouser une femme malade, il a dû se contenter de constructions en semi-dur. Il a aménagé une maison familiale de deux chambres + salon qui ne parvient pas à contenir toute sa famille ; tandis que les enfants (un garçon de 14 ans, une fille de 10 ans, vivent la chambre dans une des chambres, l'autre est occupée par le couple et leur fillette de deux ans ; la grande nièce quant à elle a trouvé refuge dans le dernier quart de la grande parcelle. Le reste de ce deuxième quart de parcelle est aménagé en trois *celibatoriums* dont deux « chambre-salon » mis en location et un « entrer-coucher », une cuisine commune et en un ensemble « douche et WC » externes. L'« entrer-coucher » est occupé par le neveu de l'héritier attributaire de ce quart de parcelle. Ce dernier, 22 ans, un étudiant, joue le rôle de fils aîné et de « grand-frère » pour tous les enfants de la cour. L'un des « chambre-salon » est loué par un « parent »⁷⁴ des héritiers, lui-même émigré en Italie, « un italien » selon le terme local consacré, pour y installer sa femme et ses quatre enfants : un garçon de dix ans, une fille de sept ans, un autre garçon de quatre ans, tous scolarisés, et enfin une fillette de 15 mois. Le second « chambre-salon » de ce second quart de la parcelle d'héritage est loué par un convoyeur qui n'est presque jamais là. Selon Marie, l'épouse de l'héritier attributaire de ce quart de la parcelle, et qui a été interviewée dans le cadre de cette thèse, il ne

73 Le ferrailleur dans l'acception locale réalise des ouvrages avec le fer comme matière. Dans la pratique, il achète et vend la ferraille pour les chantiers autant qu'il fabrique des objets d'usage courant à partir de fer de récupération.

74 Une parenté assez éloignée puisque « l'italien » n'est relié aux héritiers que par l'origine de sa mère qui vient comme eux, de Koupéla. Il est lui-même Bisa par son père ressortissant de Gomboussougou situé dans la province du Boulgou dans le sud-est du pays.

passé que pour une nuit ou deux entre deux voyages, et arrive quelquefois avec une femme, presque jamais la même que la fois d'avant. Les deux célibatoriums « chambre-salon », ainsi que la maison familiale du mari de Marie, partagent la même terrasse. Marie, ainsi que l'épouse de « l'italien », à force de partager chaque jour la même terrasse, d'utiliser la même cuisine, de veiller ensemble à la propreté des mêmes toilettes, d'élever leurs enfants ensemble, de les accompagner ensemble dans la même école privée, développent une forte complicité. Cette complicité est ensuite instrumentalisée dans une vieille rivalité opposant les deux frères, et dont leurs épouses se sont faites les principales figures de proue.

Le troisième quart de cette parcelle d'héritage accueille sept personnes dans une seule grande maison « deux-chambres-salon », avec douche et WC internes, ainsi qu'une large terrasse surplombée par un auvent de la même dimension, le tout construit en parpaing avec une toiture en tôles bien fixée. Cette construction est offerte à la veuve et mère des héritiers par l'un de ses enfants, l'héritier numéro trois, résidant en France. Cette veuve est successivement appelée « la maman » par tous les adultes de la cour, et par « *yaaba* », grand-mère par tous les enfants. L'une des deux chambres est néanmoins occupée par l'épouse de ce fils émigré qui y vit avec sa fillette d'un an. L'autre chambre est occupée par la veuve-mère ainsi que quatre de ses petits-enfants, et dont le père n'est pas héritier sur cette parcelle : deux garçons de 18 et 9 ans, et deux filles de 13 et 2 ans.

Le dernier quart de la parcelle abrite 11 personnes ; il est occupé par une grande maison à trois entrées : deux entrées de « deux chambres-salon » et une entrée à une seule pièce appelée couramment « entrer-coucher ». Le premier « deux chambres-salon » est occupée par la famille du demi-frère des héritiers. Étant né après le décès du premier mari de leur mère qui est aussi le père des héritiers ; si en tant que cadet de la famille, il occupe gratuitement une maison dans la parcelle, sa paternité différente ne lui permet pas d'hériter d'autres droits sur la parcelle⁷⁵. Il vit avec sa femme, ses trois enfants et la nourrice, dans cette maison que lui laisse son grand-frère direct, le cadet des héritiers, un petit commerçant qui a préféré s'installer en périphérie, dans le « non-loti » de Saaba⁷⁶ dans l'espoir d'obtenir une parcelle. Ayant quitté l'école après deux années de scolarité, il y vit provisoirement seul⁷⁷, et y tient une modeste boutique de vente de marchandises diverses. Dans une maison mitoyenne, vit un gardien en location, avec sa femme et sa fillette de trois ans. Étant gardien de nuit, ce *moose* a préféré cohabiter avec des « parents » même s'il n'existe entre lui et les héritiers aucun lien de famille autre que le fait d'être tous originaires de Koupéla. Le second « deux chambres-salon » est occupé par la nièce de l'héritier numéro deux dont nous avons déjà parlé ; fille-mère, elle y vit avec sa fille de trois ans qu'elle confie régulièrement à « *yaaba* » avant d'aller à l'école ; l'autre chambre est habitée par une cousine de l'héritier. Cette femme d'une cinquantaine d'années sans enfants ni mari est *dolotière*⁷⁸ et ne rentre que la nuit, pour dormir.

75 Il est issu du lévirat qui, après le décès du père des héritiers a uni leur mère avec un frère classificatoire de son défunt mari qui se trouve être un cousin assez éloigné.

76 Non-loti situé dans la périphérie sud-est de la ville et actuellement partiellement loti.

77 Il vient de répudier sa femme. Cette dernière l'aurait mordu au cours d'une bagarre. Chez les *moose* et même dans beaucoup d'autres ethnies du pays, cet acte est gravissime car il met en danger la vie de l'époux ; il nécessite soit une réparation rituelle urgente (avant que le mari ne puisse à nouveau manger le repas de sa femme), soit la répudiation pure et simple de cette dernière.

78 *Dolo* = bière de mil ; les vendeuses de cette boisson locale sont appelées « *dolotières* ».

Dans le quartier, la concession est toujours désignée par le nom du défunt propriétaire. Mais les formalités administratives (recensements divers, installations ou changement de compteurs d'électricité, ou d'eau, etc.) reviennent à l'aîné des héritiers. Par ailleurs, c'est à lui que s'adresse en premier lieu toute personne soucieuse de contacter la famille, notamment pour les mariages des filles issues de la concession. Il s'arroge également le droit d'interdire l'accès de la concession à quiconque viendrait y chercher une fille, sans s'être présenté au préalable à lui pour obtenir son autorisation. Il exerce ce droit de regard, non seulement pour les filles qui relèvent de sa parcelle mais aussi pour celles des autres. Son aînesse et le rôle qu'il joue attribuent à l'aîné la position de chef de concession qu'occupait son défunt père, le « *yirsoba*⁷⁹ » et c'est ainsi que les informations sociales (naissance, maladie, décès, mariage) sont d'abord transmises à lui qui se charge ensuite de les répercuter dans chaque maison. L'image du *yiri* traditionnel apparaît également à travers la manière dont les habitants, de cette cour se regroupent pour participer aux événements sociaux du quartier. Locataires comme propriétaires s'organisent toujours en deux groupes selon le sexe pour aller saluer au nom des habitants de toute la concession. Cette responsabilité sur la concession s'atténue néanmoins dans les ménages qui sont par contre sous la responsabilité d'un chef de ménage, l'équivalent du *zaksoba*⁸⁰ dans la concession traditionnelle. D'ailleurs, les maris des femmes qu'ils soient en location ou propriétaires sont communément désignés *zaksoba*.

Hormis les aspects administratifs ou les événements dans le quartier, la vie de cette concession est organisée à l'intérieur autour de la personnalité emblématique de « *yaaba* », la mère des adultes et la grand-mère des tout-petits. C'est elle qui accompagne les jeunes femmes, locataires ou de la famille, à la maternité ; c'est aussi à elle que sont confiés les tout-petits quand leur mère doit s'absenter. C'est aussi elle qui intercède au cours des disputes régulières des femmes, souvent générées par les bagarres des enfants, mais dans lesquelles les hommes interviennent de plus en plus, en aggravant ainsi les conséquences sociales. Elle apparaît ainsi au cœur de la rivalité séculaire entre les frères héritiers et l'écho que s'en font leurs femmes, tout comme elle intervient dans les incessantes disputes entre Marie et son époux, ce dernier étant excédé et ruiné chaque jour un peu plus par les crises d'asthme chronique de son épouse. C'est également elle qui veille à ce que Marie soit rapidement conduite au centre de santé et que les médicaments nécessaires lui soient fournis, même s'il faut pour cela emprunter de l'argent, en attendant le retour de son mari. « *Yaaba* » est également pour les femmes, la référence pour le suivi de leur grossesse ou le traitement des nourrissons, que ce soit pour des plantes traditionnelles « *yaamdo* » ou pour le recours aux services de santé. C'est ainsi qu'en période de recrudescence du paludisme qui coïncide avec la saison pluvieuse et les vacances scolaires, son salon devient une salle de consultation et de séjour pour les malades, femmes et les enfants, mais aussi pour les hommes confrontés à un problème de santé qu'ils n'arrivent plus à gérer individuellement.

79 De « *yiri* », concession et de « *soba* », propriétaire dans la langue moose. « *yirsoba* » signifie donc chef de concession.

80 De « *zaka* » cour intérieur, et de « *soba* », propriétaire, *zaksoba* pourrait alors se traduire par ce qui signifie chef de cour intérieur, plus précisément chef de ménage.

« CHEZ DAMIEN »

Damien est un mécanicien automobile *moose* de 36 ans originaire du village de Tanghin Dassouri (situé à 25 km sur l'axe Ouaga-Bobo), nouvellement affecté à Ouagadougou par l'ONG qui l'emploie. Nos entretiens avec lui se sont déroulés à son domicile⁸¹, dans un célibatium situé au secteur n° 28 de la ville de Ouagadougou qui abrite 33 personnes en 2008 (Annexes 5-2). Damien, son épouse lobi, coiffeuse de 28 ans et leur fils de 16 mois⁸² y vivent depuis son affectation il y deux ans dans cette ville. Sa famille cohabite depuis lors avec six autres de taille variable dans cette parcelle de 670 m². La parcelle de forme rectangulaire comporte trois habitations sur sa première longueur : un « chambre-salon » habité par un journaliste originaire de Dédougou à 225 km dans le sud-ouest du pays, son épouse enseignante, leur fillette d'à peine un an et sa « nounou » de 15 ans ; un second « chambre-salon » occupé par Damien lui-même, sa femme ménagère et sa belle-sœur ; une troisième et dernière maison « trois-chambres-salon », avec douche et WC internes, loué par un fonctionnaire du ministère de l'action sociale ; il y vit avec ses deux femmes et ses sept enfants (quatre garçons de 12 à 2 ans et trois filles de 10 à 1 an) et une « bonne »⁸³. L'autre longueur de la parcelle comporte quatre « chambres-salon » : le premier est habité par un *Gurunsi*, cheminot déflaté⁸⁴ de 51 ans, sa femme samo vendeuse de gâteaux à l'école du quartier et ses trois garçons de 15 à 4 ans, sa fille de 14 ans et son neveu, un diplômé chômeur venu du village pour chercher un emploi ; le second accueille un routier de 45 ans, encore appelé « commandant » à cause de son physique trapu et à son air bourru, sa femme et ses deux fillettes de quatre et deux ans ; le troisième par un étudiant en géographie de 28 ans originaire de Bobo-Dioulasso sans copine fixe, et le dernier par un *Gurunsi* d'origine qui a grandi à Bobo-Dioulasso dans sa famille maternelle ; cet ex-étudiant en droit qui a soutenu son mémoire de maîtrise depuis belle lurette mais n'a toujours pas d'emploi ; il est néanmoins marié à une fille de Bobo-Dioulasso et est père d'une petite fille de quelques mois. La cuisine commune faite en dur comme le reste des bâtiments et située au fond de la cour, et du couloir central séparant les deux rangées de bâtiments est finalement laissée aux seules femmes du polygame qui la remplissent largement de leurs ustensiles de cuisine, et de leur réserve de bois. Les autres femmes de la cour se contentent d'utiliser du charbon et des fourneaux qu'elles disposent sur la terrasse devant la porte, avec souvent en plus une cuisinière déposée à même le salon pour les petits mets rapides et sans odeur ni graisse salissante.

La petite communauté de cette parcelle fonctionne largement sur la base de l'appartenance religieuse ; le malien musulman et ses deux femmes sont à la tête de l'organisation des rituels religieux dont l'aspect le plus visible est la prière. Le quotidien est donc ponctué par les rassemblements plus ou moins réguliers de sept personnes (le polygame et ses deux femmes, l'étudiant et l'ex-étudiant, « commandant », le journaliste), sous l'ombre de l'unique arbre de la cour pour les cinq prières de la journée. Les chrétiens, Damien le mécanicien, et le cheminot déflaté, sont parfaitement intégrés au groupe très solidaire des co-locataires qui s'est

81 Il s'agit d'une maison de location

82 L'enfant est gardé par la mère de la femme qui habite non loin de là, quand sa mère doit rejoindre son lieu de travail

83 Le terme « Bonne » désigne ici l'aide domestique.

84 Depuis la privatisation de la régie des chemins de fer Abidjan-Niger (RAN), une majorité du personnel constituée surtout par les cadres moyens et les agents d'appui qui ont été licenciés par compression se plaignent toujours de n'avoir pas reçu le dédommagement qu'ils escomptaient ; selon Damien, son voisin est de ceux-là.

donné pour objectif de rester uni face aux « abus » du bailleur, un commerçant richissime mais jugé avare qui, dès la fin du mois, ne laisse pas passer un jour avant de réclamer son argent, alors qu'il traîne toujours pour vider les fosses septiques. De même, la doléance posée par l'ensemble des locataires pour la réalisation de hangars devant chaque porte est toujours restée lettre morte. Les jeunes hommes de la cour, à savoir Damien, son voisin immédiat le journaliste, l'ex-étudiant et l'étudiant se réunissent chaque soir à la faveur de la fraîcheur du soir devant le portail principal autour du thé, séance particulièrement prisée par les « bobolais », l'étudiant et l'ex-étudiant qui y baignent depuis leur enfance, mais qui, du fait de leur situation, n'ont pratiquement jamais les moyens de s'acheter le sucre, le paquet de thé et le charbon. Ces ingrédients sont presque toujours fournis par Damien qui, salarié bien payé dans une ONG, apparaît ici comme le plus riche. Bien que préférant de loin la bière bien fraîche à ce breuvage « trop sucré qui brûle la gorge et n'étanche pas la soif » Damien dit s'acquitter avec beaucoup de fierté de cet approvisionnement qui flatte à moindre coût son égo en mal d'affirmation. Ces séances qui se poursuivent souvent tard dans la nuit sont pour eux des occasions de parler du quartier, mais aussi de politique, etc. Ainsi se reconstruit le *samande* traditionnel des sociétés *moose*, re-adapté à un contexte urbain qui fait des menaces proférées dans les concessions avoisinantes contre l'étudiant en géographie qui a une réputation de *Don-juan* impénitent n'épargnant même pas les femmes de ses voisins, est ressenti et traité comme une affaire « de famille » : pour Damien qui nous en parle et pour selon lui, pour ses autres voisins, l'étudiant est dans son droit ; il est jeune et pauvre ; si les femmes le provoquent, il ne peut pas résister et n'a aucune raison de le faire, au risque de mettre en doute sa virilité.

Il en est de même de la femme du cheminot déflaté qui ne trouve, pour pallier à l'incapacité financière de son époux à subvenir désormais aux besoins de la famille, d'autres alternatives que de proposer ses charmes au riche voisin de la cour mitoyenne, un orpailleur nouvellement parvenu dans la capitale, et qui a, avec le pouvoir de ses millions, obtenu une parcelle en plein centre ville, au détriment d'une vieille famille « ouagalaise » reléguée dans la périphérie⁸⁵. Damien exprime sa révolte par solidarité avec son voisin « cocufié » au su et au vu de tout le quartier, par un « broussard⁸⁶ » qu'il considèrerait comme indûment ennobli par le hasard et l'argent de l'orpailleur ; il dit rêver du jour où l'affaire sera sue par le mari trompé, pour y joindre sa part de coups sur l'homme coupable.

Ces questions sociales en cours chez les hommes sont pourtant bien peu, à côté des affaires nettement plus élaborées des femmes, autour des rivalités, et des « parti-pris » dans les bagarres quotidiennes des enfants, mais aussi dans la gestion des ordures ménagères et de l'écoulement des eaux de pluies. En effet, les eaux de ruissèlement ont la fâcheuse tendance à s'engouffrer dans la parcelle visiblement située dans un bas-fond ; pendant chaque grosse pluie, les femmes doivent donc se relayer pour renflouer avec des balais l'eau dévastatrice vers l'extérieur. Certaines comme la « bobolaise »⁸⁷, femme de l'ex-étudiant en droit, se seraient illustrées par leur dégoût à s'adonner à une telle activité, obligeant les autres à le faire à sa place.

85 Cette famille installée de longue date dans la ville s'est retrouvée appauvrie par la mort du père, un ancien combattant, et l'arrêt de sa pension alors qu'aucun de la dizaine d'enfants, aujourd'hui des adultes avec une progéniture, n'a réussi à l'école ni dans toute autre activité ; la seule solution était pour eux de vendre à prix d'or cette parcelle dans un quartier central, pour acquérir chacun une parcelle beaucoup moins chère en zone périphérique, avec, en prime, une petite économie qui pourrait financer une nouvelle affaire.

86 Terme désignant localement quelqu'un de la brousse aux manières rustres, par opposition au citadin raffiné

87 Désigne « celle qui vient de Bobo-Dioulasso ».

La femme togolaise du « commandant » est également largement critiquée pour la mauvaise gestion des selles de ses enfants qu'elle préfère jeter avec de l'eau dans le « six-mètres », cette route séparant deux parcelles, plutôt que de les jeter dans le WC collectif. Bien que cet acte soit largement réprouvé par les voisins et même par les habitants des autres concessions, Damien reconnaît que personne ne lui a encore jamais fait la remarque, certainement par peur de la réaction de son mari qui, comme Damien le rappelle, est trapu et bourru.... L'autre problème des femmes de cette parcelle est la gestion des ordures ménagères ; jadis rassemblées à l'extérieur de la concession et brûlées, la mairie exige désormais qu'elles soient collectées et reversées dans un bac commun placé au bout de la rue. Selon Damien, les multiples désistements dans l'organisation des femmes pour le faire vouent cette organisation à une faillite certaine.

« CHEZ ABLASSÉ »

Ablassé est un cadre supérieur *moose* de 46 ans qui a bâti sa fortune là où tous ses promotionnaires de l'école primaire ont échoué : dans les études. Il est aujourd'hui un consultant international en droit des affaires, alors que ceux de sa classe d'âge dans le quartier Tiendpalogo sont restés petits commerçants, petits agents de bureau, ou chômeurs à vie, incapables de survivre ailleurs que dans la parcelle paternelle. Lui par contre, a dû abandonner une parcelle paternelle litigieuse entre deux co-épouses et leurs enfants.

Après le décès de son père polygame, il a dû déplacer sa mère, son grand-frère ainsi que ses deux sœurs de lait à quelques deux kilomètres de la concession paternelle, dans les premières parcelles du secteur n° 15, pour connaître à nouveau la sérénité (Annexe 5-3). En tout 18 personnes vivent en permanence sur la parcelle. Ablassé est marié avec une assistante administrative *gulmace* avec qui il a deux garçons de 7 et 11 ans. Le couple vit dans une villa centrale de la parcelle construite en duplex de 5 chambres, avec autant de salles d'eau, entièrement carrelé, vitrée et décoré à l'occidentale. L'espace entre les recoins de la parcelle de 400 m² et la villa centrale est utilisé pour la construction de quatre célibatoriums ainsi répartis : un « deux-chambres-salon » attribué à leur mère, une *moose* d'origine *yononga*⁸⁸ et à ses deux nièces de 15 et 18 ans ; un « chambre-salon » accordé à chacune de ses deux sœurs divorcées, l'une avec cinq enfants, l'autre avec un enfant, et à son frère aîné, un chômeur de 50 ans et sa femme, ses trois filles de 30, 27 et 22 ans étant déjà mariées. En tout, 16 personnes vivent dans cette parcelle, entièrement nourries et soignées par Ablassé le seul *zaksoba* de cette concession.

Mais celle qui gère la maison est sans conteste la mère de ce dernier, « la vieille » comme ses enfants et petits-enfants l'appellent affectueusement, secondée dans cette tâche par l'aînée de ses filles. Ces deux femmes n'ont de cesse de surveiller les faits et gestes de l'épouse *gulmace*⁸⁹ du *zaksoba* qu'elles soupçonnent de lui tourner la tête avec de la magie et des filtres d'amour pour lui soutirer de l'argent et divers autres avantages au profit de sa famille. Elles iront jusqu'à le tenter avec une jeune fille *moose*, une étudiante de 23 ans qui deviendra ainsi son

88 Du singulier de *yonyonse*, ethnie autochtone de la région de Ouagadougou aujourd'hui quasiment assimilée par le groupe culturel *moose*.

89 Les *gulmace* prononcé *gourmantche* seraient les descendants de Diaba Lompo, un des fils présumés de Wedraogo, fondateur des empires *moose* (Izard, 1970). Ce groupe culturel est également réputé pour la pratique de la géomancie mais aussi du *wak*, pratique occulte pour modifier le cours du destin pour soi ou pour autrui (Lewandowski, 2007).

« deuxième bureau », au grand dam de son épouse qui n'en dort plus. À ce propos, Ablassé est clair ; il aime sa femme et tient à la garder. Par ailleurs, ayant signé « monogamie bien commun »⁹⁰, avec son épouse, il ne saurait offrir le mariage à une autre femme une seconde fois.

Par contre, il aimerait bien que cette fille qu'il a pratiquement trouvée dans son lit grâce à l'ingéniosité de sa mère et de sa sœur, et qui lui a déjà coûté si cher, lui fasse au moins la fille que sa femme malgré toute sa détermination n'a pu lui donner.

Voici trois espaces de vie que présentent la diversité des rapports interpersonnels et des rapports de genre. Ces rapports de genre, bien qu'incorporés ici dans des relations sociales globales d'une grande complexité entre locataires et propriétaires (Marie et sa voisine), mais aussi entre voisins (cas de Damien), entre parents et voisins (les quatre héritiers et leurs locataires) laissent entrevoir, la trame de l'analyse à venir. Cette analyse sera fortement reliée aux relations antérieures à la question du médicament, aux conditions de vie et à la promiscuité qui, autant qu'elles peuvent sauver la vie d'un malade (comme nous le verrons ensuite pour Damien qui, alerté par les voisins suite à l'évanouissement de sa femme a pu la conduire d'urgence à l'hôpital), peut compromettre la confidentialité d'un traitement comme la prise des ARV (cela apparaîtra dans la partie suivante).

La grande diversité des produits que peut contenir une pharmacie domestique nous oblige à nous centrer sur les médicaments du paludisme en tant que maladie ordinaire qui touche toutes les catégories sociales, dans tous les foyers. Nous tenterons néanmoins une exploration systématique pour présenter le système de soins, et pour être exhaustive dans nos présentations. Mais il reste à définir l'objet de notre intérêt dans cette étude.

LA PHARMACOCÉNOSE

Au niveau des populations, les choix médicamenteux restent marqués par des représentations locales anciennes du *médicament* encore vivaces, mais aussi par la diversité et l'accessibilité financières des nouvelles offres. Le système ici reste marqué par le « pluralisme médical » à travers lequel les services de soins biomédicaux issus de la colonisation, cohabitent avec les thérapies traditionnelles auxquelles s'associent de plus en plus les médecines dites alternatives, locales ou d'importation dans une pharmacocénose marquée par l'existence de médicaments de la rue. Le médicament, au sens biomédical du terme, se trouve en concurrence avec les autres offres thérapeutiques, traditionnelles ou pas.

La juxtaposition des catégories de *médicaments* questionne ainsi les motivations des personnes dans leurs options, mais aussi sur les représentations du *médicament*, avec un intérêt particulier sur les conditions sociales, économiques, géographiques des rapports des populations et ces objets. Pour rappel, l'objet

⁹⁰ Le code des personnes et des biens prévoient deux régimes de mariage au choix : La monogamie ou la polygamie. A l'intérieur de chacun de ces régimes, deux options se présentent : le couple choisit de mettre en commune ses biens, ou que chaque conjoint gère séparément ses biens.

thérapeutique tel qu'il est entendu ici désigne autant les produits pharmaceutiques, notifiés comme les « médicaments », que l'ensemble des autres types de produits thérapeutiques associés dans les représentations aux produits pharmaceutiques par les populations, et qui sont notifiés par convention « médicaments ». À travers les différentes représentations de l'objet thérapeutique, apparaît un contexte local d'une grande diversité déterminée autant par la spécificité socioculturelle de la société que par ses conditions économiques et son rapport au reste du monde dans un contexte de globalisation des valeurs et de l'économie. Le médicament ici est loin d'être réductible à un simple produit pharmacologique à finalité thérapeutique. Il apparaît, pour une bonne part, « rattaché à l'univers symbolique et aux expériences successives, à l'environnement social » (SOUBEÏGA, 2009 : p. 339), contexte auquel s'associent des aspects liés à la mondialisation. Il est donc nécessaire de comprendre l'entendement du médicament, *tîim* dans l'ancienne société *moose* et actuellement à Ouagadougou. La traduction du terme médicament dans la langue locale, le *moore*, « *tîim* » désigne aussi bien le comprimé, l'ampoule buvable et celle injectable du pharmacien que les potions de l'herboriste, les poudres, amulettes et autres incantations du guérisseur. Le terme « médicament » est utilisé comme une traduction littérale de *tîim*, ce qui étend les usages à Ouagadougou où l'on passe souvent d'un sens à l'autre. À ce propos, les prières, bénédictions, ou simple pensée positive sont perçues comme des médicaments en ce sens qu'ils sont socialement reconnus comme dotés de la possibilité de créer un champ positif autour de celui qui souffre. Par ailleurs, un adage *moose* dit : « *ni saal nôr yaa tîim* », ce qui signifie que la parole de l'homme est un médicament (SOUBEÏGA, 2009 p. 146). Tout au long de cette thèse qui privilégie le sens anthropologique de l'objet thérapeutique, nous considérerons comme médicament tout objet utilisé par les personnes dans le but de produire une action sur le corps. L'ensemble dynamique de ces thérapeutiques disponibles localement est qualifié par DAGOGNET comme étant la « pharmacocénose »⁹¹. À Ouagadougou, cette pharmacocénose peut se caractériser déjà par la diversité des types de médicaments, mais aussi des lieux d'approvisionnement : les officines pharmaceutiques, les étals de phytothérapie, les produits de la médecine alternative, les médicaments vendus dans la rue (DESCLAUX & LEVY, 2003 : p. 11).

L'extrême diversité des produits et de leurs indications thérapeutiques nous impose de circonscrire notre objet. La description, puis l'analyse seront centrées sur les médicaments du paludisme, maladie courante, ordinaire et qui touche tous les foyers. La compréhension du rapport des personnes au médicament implique que la maladie traitée soit définie. Le paludisme est couramment désignée « palu » par l'ensemble de nos interlocuteurs, plutôt que par *sabga* en *moore*, *sumaya* en dioula comme dans des études antérieures (DRABO & al, 2003 p. 6). Cette référence à une terminologie biomédicale n'exclut pas des représentations de l'infection palustre dans cette ville. Entre les sensations de fatigue, de courbatures, et l'accès palustre confirmé par un diagnostic médical ou non, plusieurs étapes du « palu » sont désignées dans la nosographie « ouagalaise » et déterminent l'usage des médicaments. De *yiing zal zal* (méforme en général) à *yiing wiingre* (fièvre) puis à palu en passant par *suguduse* (douleurs articulaires, courbatures), les différents

91 Dagognet 1964, cité par Desclaux & Levy, 2003 : p. 11.

médicaments ne sont pas pris de la même manière⁹². Ces étapes du palu rappellent les logiques populaires de nomination des symptômes, mais aussi la fluidité des champs sémantiques de la maladie (OLIVIER de SARDAN, 1999 : p. 59 & 270). C'est sur les médicaments de cette maladie endémique que nous tenterons une exploration systématique pour présenter le système de soins, avec un souci d'exhaustivité dans les descriptions.

La pharmacocénose à Ouagadougou

Décrire la pharmacocénose à Ouagadougou revient à faire un inventaire de la diversité des médicaments disponibles et utilisés dans la ville, et donc à ériger des catégories de classification.

Tout comme le système de santé décrit l'organisation des acteurs de la thérapeutique, le « système du médicament » est considéré au sens de système de significations, de système social et de système opératoire (DESCLAUX & LEVY, 2003 : p. 10 & 12). Le paradigme de KLEINMAN qui découpe le système de soins de santé en secteurs populaire, biomédical et traditionnel est cependant difficilement transposable au « système du médicament » tel que défini plus haut, notamment à cause du développement du médicament néo-traditionnel. De nombreux médicaments traditionnels font l'objet de recherches, et certains sont à la base de nouveaux médicaments reconnus dans le système de santé et distribués au sein des officines pharmaceutiques (NIKIÉMA, 2008). Par ailleurs, le paradigme de KLEINMAN établissant en anthropologie médicale une différence entre *illness*, *disease* et *sickness*⁹³, apparaît transposable aux variations locales entre le « médicament signifié et interprété par le patient », la « réalité de ses effets biologiques » et le « médicament socialisé » (DESCLAUX & LEVY, 2003 : p. 11). Cependant, sa pertinence peut être mise en doute dans la constitution de catégories fortement influencées par l'origine et les conditions de vente. En effet, la nature des données ne permet ni d'établir l'effet biologique ni de garantir la disponibilité de ce type d'information sur les emballages quand ils existent. Il n'est pas non plus établi que l'interprétation des effets des produits soit systématique chez les usagers, notamment dans le cas des stimulants sexuels où l'un des partenaires peut même ignorer sa participation à l'usage d'un produit. Pour toutes ces raisons, l'opérationnalité du système de classification de KLEINMAN peut être mise en doute dans ce contexte, et nous amène à prendre de la distance par rapport à ces anciens paradigmes peu actualisés, au vu du grand dynamisme du champ de recherche de l'anthropologie du médicament. Nous proposons à leur place des catégories simples et descriptives : les lieux et contextes de vente.

L'entrée de l'inventaire par les lieux et contextes de vente découpe la pharmacocénose en trois catégories distinctes : les médicaments de la pharmacie, ceux de la rue, les médicaments issus de la médecine traditionnelle et des firmes de

93 Traduction littérale en moore : *yinse* = parties du corps, du sing. *yiinga* ; *zal zal* : tiède, mi-figue, mi-raisin, corps qui ne fonctionne pas comme il devrait, qui n'est pas en forme. Ce stade de sensation précède généralement celui de « corps chaud », *yiiing wingre* qui est considéré comme annonciateur de l'installation du paludisme, tout comme le *suguduse* ou courbatures et autres douleurs articulaires. Ces représentations justifient généralement l'initiation par auto-médication d'un traitement palustre, et le centre de santé ne sera envisagé qu'en cas d'aggravation de l'état du malade (aggravation des symptômes et notamment la fièvre, incapacité à absorber des aliments, à se lever, évanouissement).

93 *illness* (maladie signifiée), *disease* (la réalité biologique des troubles) et *sickness* (la maladie socialisée)

médecine alternative. Si ces catégories sont géographiquement et socialement marquées par les lieux et les contextes de vente, elles restent néanmoins liées les unes aux autres, d'abord par des emprunts plus ou moins légitimés (notamment à travers les stades d'évolution qui peuvent maintenir un produit en expérimentation dans plusieurs catégories différentes). Ensuite à travers les représentations que les usagers ont, chacun, du médicament et des critères de classification. Et enfin par leur commune perception par les utilisateurs comme étant des médicaments, égaux les uns par rapports aux autres dans leur fonction thérapeutique.

Les médicaments distribués par les pharmacies

Il ne s'agit pas de décrire l'entièreté du système d'approvisionnement du pays en médicaments, et dans lequel la CAMEG occupe une place importante. Nous nous limiterons ici au stade de la distribution décrit comme particulièrement complexe dans la plupart des pays en voie de développement (VAN DER GEEST & REYNOLDS WHITE, 1988 : p. 335). Cette distribution apparaît à la fois marquée par l'insuffisance des génériques peu coûteux et utiles et par l'abondance des spécialités pharmaceutiques généralement chères, souvent superflues, et quelquefois nocives. Les médicaments sont distribués au Burkina Faso à travers trois réseaux pharmaceutiques différents : les dépôts pharmaceutiques des formations sanitaires, les dépôts de médicaments issus des dons, et les officines pharmaceutiques privées. L'ensemble des produits qui y sont distribués bénéficient en principe de l'agrément de la DGPM (direction générale de la pharmacie médicament et des laboratoires) seule structure habilitée à délivrer des autorisations de mise sur le marché.

L'envergure des dépôts pharmaceutiques des formations sanitaires est en rapport avec les différents niveaux hiérarchiques des formations sanitaires dans l'organigramme du ministère de la santé ; en allant du niveau supérieur au niveau inférieur de cet organigramme nous avons : 13 directions régionales de la santé (DRS) comportant chacun en théorie un centre hospitalier régional, 55 districts sanitaires comportant chacun un à plusieurs centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA), des centres médicaux (CM), des dispensaires et maternités, des centres de santé primaires et de promotion sociale (CSPS), des centres de santé maternelle et infantiles (SMI) et des postes de santé maternel et infantile (PMI). (MS, 2008 ; FOURNIER, MEUNIER-NIKIÉMA & SALEM, 2008 : p. 96). C'est ainsi que le district sanitaire du centre, duquel relève la ville de Ouagadougou compte quatre CMA qui l'encadrent : le CMA de Pissy au sud-ouest du pays, le CMA du secteur 30 au sud-est du pays, le CMA de Kossodo au nord-est, et le CMA Paul VI au nord-ouest. À ces CMA s'associent les centres hospitaliers universitaires YALGADO OUÉDRAOGO (CHU/YO) et CHARLES De GAULLE (CHU/ Ch. De Gaulle)⁹⁴ (MS, 2008). Au CHU/YO tout comme dans chacun des trois CMA du district sanitaire du centre, se trouve un dépôt pharmaceutique de grande envergure qui approvisionne aussi bien les soins hospitaliers ou les soins en externe des patients, à la condition qu'ils disposent d'une ordonnance médicale issue de la structure. Il s'agit de médicaments d'urgence (perfuseurs, sérums divers, aiguilles d'injection, ampoules injectables, matériel de

94 Ces deux formations constituent avec l'hôpital Sanou Sourou de Bobo-Dioulasso les trois centres hospitaliers universitaires du pays.

stérilisation...), des kits chirurgicaux, et d'autres types de médicaments utilisés pour des traitements des patients hospitalisés ou non. Les prix des médicaments sont en principe moins élevés dans ces dépôts du fait des exonérations de taxes sur les importations de l'État, mais aussi de la prédominance de médicaments essentiels génériques. Ces dépôts pharmaceutiques qui sont en principe les mieux achalandés du fait du caractère stratégique de leur position au niveau national sont cependant caractérisés par des ruptures de stock fréquentes des produits de première nécessité et souvent des produits les plus demandés ; les parents des patients doivent se rendre hors de l'hôpital ou du CMA pour chercher ses produits.

Les médicaments issus des dépôts pharmaceutiques constitués à partir des dons sont généralement localisés au sein de formations caritatives confessionnelles, ou au début de l'introduction des ARV, dans certaines associations de lutte contre le sida. Les stocks de ces dépôts sont généralement constitués à partir de la solidarité internationale : récupération de médicaments non utilisés (MNU) issus des armoires à pharmacie familiales ou dons de laboratoires pharmaceutiques en Europe (CERCOOP, 2003). Les stocks de ces dépôts sont donc irréguliers, avec des spécialités autrement introuvables dans le pays que de médicaments plus courants, ou de traitements plus ou moins entamés, inadéquats, ou inconnus par les professionnels de santé des pays en voie de développement. La circulation de médicaments sous forme de dons offerts non contrôlés est une préoccupation pour l'Organisation Ouest africaine de la santé, OOAS (la section santé de la CEDEAO), du fait du manque de moyens de contrôle de qualité des pays dans le secteur du médicament, de la fragilité des frontières, et de la faible coordination entre les acteurs de ce secteur (Journal Sud Quotidien, 2010)⁹⁵. Proportionnellement aux tarifs en pharmacies, ces médicaments coûtent nettement moins chers, et sont quelquefois même gratuits, notamment dans les organisations confessionnelles ou dans les associations de malades.

Les officines pharmaceutiques privées sont ouvertes et gérées par des pharmaciens formés pour la plupart à l'unité de formation et de recherche en science de la santé (UFR/SDS) de l'Université de Ouagadougou. Au niveau du pays, la croissance des pharmacies qui est passée de trois en 1960 à 26 en 1985 puis à 122 en 2005 est en lien avec celle des inscriptions à l'UFR/SDS. Tout comme elles regroupent 2/3 des agents de santé du pays, les deux grandes villes du pays totalisent à elles seules 72 % des pharmaciens, dont 57 % à Ouagadougou et 15 % à Bobo-Dioulasso. Ouagadougou et Bobo-Dioulasso concentre 63,25 % des officines privées du pays (Annexe 7-1). En tout, 94 officines pharmaceutiques privées sont comptées dans la ville de Ouagadougou en 2004, et ce chiffre passe à 105 en 2009 sur un total de 166 pour le pays. Ainsi, s'il y a une officine pharmaceutique pour 89 757 habitants au Burkina, il y a une officine pour 11 254 habitants à Ouagadougou. Sur l'ensemble du pays, ces officines sont alimentées par neuf grossistes répartiteurs (Annexe 7-2) dont la Cameg (central d'achat des médicaments essentiels génériques), en médicaments essentiels génériques mais aussi dans les médicaments de spécialités (NANGA & ZOURÉ, 2009 : p.17, 26 & 28)⁹⁶.

95 Depuis 2008, cette pratique n'est plus autorisée depuis la France, ce qui a réduit l'importance de cette filière d'approvisionnement.

96 Dr Nanga, pharmacien est également le directeur du centre de documentation et d'information sur le médicament (CEDIM), à Ouagadougou ; un centre soutenu par l'OMS et la revue Prescrire.

Si le diplôme de pharmacien est requis pour l'ouverture de ces officines, et s'il est aussi courant d'y rencontrer des stagiaires étudiants en pharmacie que des docteurs confirmés, la plupart des employés et notamment les vendeurs ne sont pas nécessairement des professionnels de la pharmacie, alors qu'un niveau minimal de qualification a été défini dans la convention collective⁹⁷. Certaines études relèvent par rapport à ce problème que « Beaucoup de pharmaciens, quand on évoque cette question, pensent au sort de leurs parents qu'ils ont embauché souvent sans qualification réelle, juste pour leur donner du travail » ; le niveau maximal des auxiliaires de pharmacie relevé dans ces officines est le brevet d'étude du premier cycle (BEPC) détenu par 66,7 % d'entre eux alors que 33,3 % n'ont que le CEPE, certificat d'étude primaire (NANGA & ZOURÉ, 2009 : p. 46).

Le soutien de l'institution pharmaceutique à la promotion de la médecine traditionnelle est matérialisé par l'ouverture des officines aux produits mis au point par la méthode pharmaceutique à partir de recettes traditionnelles ; c'est notamment le cas des produits Phytofla issus d'une entreprise semi-industrielle appartenant à un pharmacien, et dont le travail est légitimé par une autorisation de mise sur le marché accordée par la DGPML, (NANGA & ZOURÉ, 2009 : p. 51).

Par ailleurs, dans ces officines, le médicament est vendu à prix comptant à la plupart des clients, avec ou sans ordonnance médicale. À propos de l'ordonnance et comme l'avoue une pharmacienne en 2006 : « Normalement les antibiotiques ne devraient se délivrer que sur ordonnance. Anormalement ils sont délivrés sans ordonnance le plus souvent. Parce que les gens viennent, ils vous demandent Amoxiciline, cotrimoxazole.... Avec l'avènement du générique ces produits sont passés dans l'usage quotidien. Et comme dans notre pays il y a beaucoup d'automédication, ..., si vous dites que vous ne délivrez pas parce qu'il n'y a pas d'ordonnance, ils vous rigolent au nez et ils vont ailleurs.... Quand nous estimons que ça se nécessite, nous délivrons les antibiotiques sans ordonnance. Mais quand nous estimons aussi que ça ne nécessite pas la prise d'un antibiotique et que nous expliquons au malade, il ne veut rien savoir.... Et donc, les gens achètent ça comme de petits pains... *l'Amoxicilline particulièrement est vraiment très très utilisé, et j'allais dire au hasard* ».

Dans sept officines pharmaceutiques que nous avons visitées entre 2006 et 2008⁹⁸, le répertoire de médicaments homologués peut atteindre plus d'un millier de médicaments. En outre, les produits recherchés qui ne sont pas disponibles sur place peuvent faire l'objet de commande par l'officine : il en est ainsi de l'Enantone LP^{®99}, qui non seulement exige une chaîne de froid continue, mais à un coût très élevé — près de cinq cent mille (500 000) francs CFA pour 3 mois de traitement, ou encore du Lamisil[®] comprimé utilisé pour le traitement de dermatoses des orteils et dont le traitement mensuel coûte près de quarante mille (40 000) francs CFA. Une officine privée du centre ville, et assez représentative de l'ensemble des officines en termes de capacité et d'affluence peut se prévaloir de contenir plus ou moins les trois mille (3 000) références de médicaments de spécialité et des génériques dont dispose COPHADIS, l'un des plus gros grossistes répartiteurs du pays. La tendance des pharmaciens à fidéliser les commandes sur les produits qui s'écoulent

97 Convention collective sectorielle des entreprises pharmaceutiques du Burkina Faso.

98 Les propriétaires de ces pharmacies où des informations ont été recueillies n'ont pas tous donné leur accord pour être cités.

99 ENANTONE LP 3,75 mg Poudre et solvant pour suspension injectable LP (IM ou SC) Boîte de 1 Flaçon de poudre + ampoule de solvant de 2 ml, indication en cancérologie, hématologie, endocrinologie, gynécologie.

rapidement, et à les réduire sur les autres contribuent à réduire dans les officines, le nombre de références. À l'inverse, la possibilité des pharmaciens de commander directement auprès des firmes pharmaceutiques, des médicaments qui ne seraient ni disponibles localement, pourrait permettre à des officines de dépasser en médicaments le total des références des grossistes répartiteurs. Les médicaments antipaludéens constituent environ 2 % des produits vendus dans ces officines, le plus souvent sans ordonnance médicale. Parmi ces produits, la choroquine, ou sa spécialité, la Nivaquine® continue d'être demandé par une clientèle à faible revenus qui s'y est fidélisée et qui est craintive des prix et des effets des nouvelles molécules. Dans chacune de ces officines, les stimulants sexuels (au moins une vingtaine, au plus une centaine) sont disposés dans une vitrine disposée bien en face du client au niveau de la caisse¹⁰⁰.

Le formulaire national des médicaments essentiels propose une liste de 350 médicaments classés à travers 26 familles pharmaco-thérapeutiques (MS & OMS, 2004) : 18 anesthésiques, 16 analgésiques et autres antipyrétiques, 19 hormones, contraceptifs et autres médicaments utilisés en endocrinologie, 19 médicaments du tractus digestif, six anti-allergiques, neuf antidotes et traitement des intoxications, sept antiépileptiques, trois antimigraineux, neuf antinéoplasiques et immunosuppresseurs, des antiparkinsoniens, des médicaments cardiovasculaires, dermatologiques, ophtalmiques, et de l'appareil respiratoire, des neuroleptiques et antidépresseurs, des diurétiques, des antiseptiques et désinfectants, des vitamines et sels minéraux, des solutés de réhydratation, électrolytes et médicaments des troubles acido-basiques, etc. Cette liste contient également 106 anti-infectieux dont 8 antipaludéens : l'amodiaquine comprimé (cp), la chloroquine cp et sirop, la quinine injectable de 200 et de 400 mg, la quinine comprimé, la sulfadoxine/pyriméthamine comprimé et injectable (MS, 2004 pp. XV-XXVI).

Les médicaments de la rue

Les médicaments vendus hors des pharmacies existent depuis les années 1970. L'un des plus connus est le « *epice* » ou encore *wobgo* en *moore* qui désigne l'éléphant dessiné en rouge sur l'étiquette du flacon en verre d'une capacité d'environ 200 ml, et qui a longtemps été associé ou substitué aux médicaments de la pharmacie pour le traitement du paludisme. Ce produit fabriqué au Ghana était alors commercialisé par les commerçantes Yoruba, aux côtés de crèmes calmantes diverses, ou encore par les boutiquiers des quartiers de Ouagadougou et même au niveau des détaillants de cigarettes encore appelés « *tabliers* » dans les coins de rue. Déjà à l'époque, cette vente faisait l'objet de répression policière qui aboutit à l'arrêt de la pratique au niveau des boutiquiers et des tabliers.

Autour des années 1980, arrivent dans ce pays de plus en plus de médicaments et qui proviennent, si l'on s'en tient aux emballages, de l'Inde, de la Chine, du Japon, d'Indonésie, du Nigéria et du Ghana. Ces produits passent par des circuits parallèles à ceux des institutions pharmaceutiques habituelles et sont ensuite revendus dans les marchés ou dans la rue par des vendeurs ambulants. Ces *médicaments* dits « de

¹⁰⁰ Informations fournies par le Dr Diallo Djénéba de la pharmacie de l'Indépendance au cours d'un entretien complémentaire le 13 octobre 2010.

la rue » sont présentés pêle-mêle dans les sachets de fortune des revendeurs qui n'ont souvent aucune idée de la classification en classes pharmaco-thérapeutiques comme nous l'avons vu pour les produits pharmaceutiques ; leur seul objectif étant de vendre des produits. Pour les besoins de l'enquête et du caractère illicite de l'activité, nous avons dû intercepter les vendeurs dans la rue, avec le prétexte de l'achat de leurs médicaments. En fonction de la qualité du contact, les vendeurs sont ensuite invités à notre bureau, à leur domicile, ou dans tout autre endroit de leur choix pour l'entretien et l'inventaire de leurs produits. Au vu des *médicaments* vendus dans la rue, une tentative de classification du même type que les produits pharmaceutiques peut néanmoins être faite. Ainsi, 87 médicaments différents recensés dans la rue peuvent se répartir ainsi qu'il suit : six hormones et contraceptifs, 15 antalgiques, 10 vitamines et sels minéraux, 10 *médicaments* de l'appareil respiratoire, 7 *médicaments* du tractus digestif, des *médicaments* cardio-vasculaires et diurétiques, 21 anti-infectieux dont 16 antipaludéens (Annexe 7-4).

Bien qu'ils soient nettement moins chers que les produits de la pharmacie, qu'ils soient vendus au détail et que les vendeurs les proposent directement dans les concessions, ces *médicaments* sont fortement remis en cause par l'ordre des pharmaciens. Près de 25 % des *médicaments* consommés dans les pays pauvres sont dénoncés comme étant des contrefaçons ou des produits de qualité inférieure (BLITMAN & SAOUADOGO, 2006). Pour les pharmaciens, il s'agit « ...*en fait de faux médicaments sans aucune garantie* », proposés par des vendeurs illégaux (LETTRE DU CEDIM, 2008). Parmi les raisons évoquées par cette institution figure l'absence de toute formation pharmaceutique, la non-conformité des conditions de stockage, l'existence d'importantes quantités de *médicaments* de contrefaçon, la concurrence déloyale qui est ainsi faite aux officines pharmaceutiques qui, elles, doivent s'acquitter de toutes leurs taxes, contrairement aux grossistes de médicaments illicites qui vivent dans la clandestinité, ou aux revendeurs qui sont à leur solde, dans la rue. Critiqués par les pharmaciens, pris en chasse par la police, les vendeurs de *médicaments* de la rue continuent pourtant leur activité, souvent au vu et au su de tous. L'appellation *farmaci zoe n'bas taaba* en moore, ce qui peut se traduire par « *pharmacie sauve qui peut* » laisse apparaître le risque associé par les populations elles-mêmes à ces produits ; le vendeur fuit la police, et le client ne peut s'en prendre qu'à lui-même en cas de problèmes liés à la prise de ces produits. Le risque perçu par les populations par rapport aux *médicaments* de la rue, est en rapport avec les critiques des pharmaciens à travers les médias et peut être situé à deux niveaux. L'absence de garantie porte d'abord sur la qualité des produits : doutes sur la composition entre absence de principe actif, surdosage ou ajout de drogues. Doutes également émis sur les conditions de manutentions de ces produits par des non professionnels. Au niveau des populations, cette absence de garantie est perçue au niveau de la discontinuité de l'action du vendeur qui peut disparaître dans la nature dès lors qu'il a conclu son affaire, et de ce fait, de sa non implication dans d'éventuelles conséquences fâcheuses de l'action des produits qu'il aura vendu. Le client se trouve en définitive seul à subir les conséquences et seul responsable de l'action du produit. Néanmoins le maintien et même l'essor de ce commerce dans le pays en dépit de la mise en place des médicaments essentiels génériques, peut être mis en rapport avec les conditions de vente de proximité. Une différence radicale apparaît en effet dans les conditions d'approche du client dans la vente des médicaments en pharmacie par rapport à celle de la rue. À l'attentisme, la réserve et

à l'isolement des vendeurs en pharmacie est opposé le dynamisme, la mobilité et l'agressivité commerciale des petits vendeurs de *médicaments* qui rejoignent et aguichent les personnes à leur domicile, sur leur lieu de travail ou dans la rue, et proposent des modalités de paiement à des niveaux extrêmes du détail. Pendant que le vendeur en pharmacie attend l'ordonnance ou la demande du client, le petit vendeur de la rue lui indique des *médicaments* pour des besoins qu'il essaie de pressentir. En outre, il se prévaut généralement, et quel que soit son niveau d'instruction, d'une connaissance sur les médicaments et leur indications que ne peut revendiquer en pharmacie que le pharmacien lui-même, et en aucun cas le simple vendeur. Enfin, à travers le partage des représentations populaires sur les maux, la simplicité de son aspect physique, et une écoute plus grande du client, le vendeur présente une importante proximité sociale avec le client qui peut justifier le maintien et l'apparente prospérité de cette activité malgré des décennies de répression policière (PALÉ & LADNER, 2006 : p. 113).



Ensemble de médicaments de la rue pour le traitement du paludisme, Ouagadougou, photo mars 2009

La gamme des *médicaments* proposés par les jeunes vendeurs ambulants de ces *médicaments* va de l'antipaludéens aux stimulants de toutes sortes en passant par les anabolisants, les antalgiques, les antipyrétiques, les stupéfiants, les psychotropes, d'autres médicaments des maladies chroniques, et même des antibiotiques.



Photo extraite de l'article Médicaments de la rue, 200 000 morts, un crime. Journal l'actu santé de l'OMS, 14 octobre 2009, rochigneuxc@bf.afro.who.int.

Les médicaments issus de la médecine traditionnelle (MT)

Les médicaments d'origine traditionnelle peuvent être divisés en deux catégories : les médicaments des guérisseurs, et leur version améliorée, que nous désignons les médicaments néo-traditionnels ou encore médicaments traditionnels améliorés (MTA)¹⁰¹, pour emprunter les termes consacrés par la DGPML¹⁰². Les premiers ne sont plus vraiment traditionnels dans la mesure où ils sont produits dans un contexte urbain marqué par l'indisponibilité de certains des matériaux de base, situation qui favorise les adaptations diverses, par un guérisseur qui, lui-même s'urbanise dans son mode de vie. Mais ces médicaments, même produits dans ces conditions gardent néanmoins leur caractère traditionnel qui apparaît davantage associé à la légitimité sociale du produit qu'à l'originalité de ses composants. Les MT constituent également des ingrédients de base de nouveaux travaux aboutissant à des versions plus récentes et améliorées.

Les médicaments traditionnels (MT)

Les médicaments dits traditionnels sont ceux proposés par les tradithérapeutes, eux-mêmes considérés comme des personnages figés de la société ancienne. Ces produits apparaissent également comme des éléments propres au patrimoine culturel qui établit une distinction entre maladies « de l'hôpital », « maladies africaines » ou maladies provoquées (sorcellerie, magie), et d'autres affections relevant du domaine de compétence des tradithérapeutes locaux : hémorroïdes, paludisme, dermatoses, hépatite B, fractures, ...etc. (SOUBEÏGA, 2009 p. 353). Le lien entre ces médicaments et la culture d'origine transparaît dans leur appellation locale de *moos-tito*, que l'on peut traduire par *tîim*, médicament, des *Moose*. Ces médicaments sont désignés *moos-tito*, littéralement traduit « médicaments des *moose* » renvoie en fait à une entité plus large dans l'origine : les médicaments de nos ancêtres, les médicaments des ancêtres de nous tous qui partageons plus ou moins les mêmes connaissances sur les plantes de notre environnement. La référence à cette entité supra ethnique dans la désignation des médicaments traditionnels apparaît plus aisément dans leur appellation en dioula qui est *farafingfla*¹⁰³, qui veut dire « médicament des africains », et qui se réfère au traitement de maladies répertoriées dans la nosographie locale. (BILA & al., 2008 p. 189). L'observation montre que les clients s'adressent souvent aux vendeuses, les « *tikoasa* »¹⁰⁴ pour prendre conseil, avant de porter définitivement leur choix sur les produits¹⁰⁵. À ce titre, elles apparaissent autant prescriptrices que vendeuses, au même titre que les vendeurs de médicaments de la rue.

Par ailleurs, la perception de médicaments traditionnels à la présentation et aux indications figées est aujourd'hui discutable si l'on considère que les praticiens sont contraints de s'adapter continuellement au milieu urbain. Ainsi, les plantes sont de

101 Terminologie utilisée par Pr Nikiéma Jean Baptiste, PhD, Directeur de la médecine traditionnelle au ministère de la santé, membre du REC, OMS/AFRO, à son exposé à la conférence sur les soins de santé primaire et les systèmes de santé en Afrique, 28-30 avril 2008.

102 Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires

103 Ce qui se traduit par « *fla*, *tîim*, médicament de ceux qui ont la peau noire ».

104 Un mot composé : « *Ti* » vient de *Tîim*, médicament ; « *koasa* » vient du verbe « *koose* » qui veut dire « vendre ». Le « *tikoasa* » est donc celui qui vend le *tîim*, ici en l'occurrence des femmes. Il est en effet remarquable que nous ne rencontrons dans cette activité que des femmes, alors que l'ancien marché de boins-yaré qui apparaissait comme l'eldorado de vente des organes animaux utilisés par les guérisseurs étaient exclusivement des hommes.

105 Le recours à la tradithérapie, qu'il résulte d'une initiative personnelle ou d'une suggestion, n'est généralement pas un recours de circonstance mais plutôt un « recours de conviction », en rapport avec l'efficacité sociale reconnue des médicaments pour des maladies précises.

plus en plus difficiles à trouver du fait de la réduction continue de la brousse au profit de l'espace habité. Les médicaments traditionnels sont de plus en plus conditionnés et gardent plus longtemps que dans le passé ; ils sont parfois composés, non des plantes initiales (disparues), mais de plantes de substitution. Leur passage du thérapeute à l'utilisateur se fait désormais dans un contexte de monétarisation des rapports et de grande diversité d'origine des utilisateurs.

Sous forme de feuilles, écorces, racines, résines ou fruits de plantes en décoction ou en macération, associées ou non à d'autres matières tels que les minéraux ou d'éléments d'origine animale, les médicaments du guérisseur sont largement utilisés par les populations en milieu rural comme en milieu urbain. Pour preuve, les abords de certains marchés comme « Nabi yaar », le marché de Tanghin ou le « 15 yaar » à Ouagadougou sont occupés en partie par les fameuses vendeuses de « *yaamdé* », un ensemble essentiellement constitué de plantes mais pas seulement, qui peut être considéré comme une forme pédiatrique de médicaments traditionnels ou plus précisément de phytothérapie traditionnelle, et qui est généralement proposé par des femmes souvent d'âge mûr qui font également office de prescriptrices ou des conseillères. Ces marchés rappellent également l'ancien site aujourd'hui déguerpé du marché *boinsyaare* jouxtant l'aéroport, et qui était réputé être le plus fourni en tous ingrédients possibles et imaginables participant aux préparations de médicaments traditionnels : plantes les plus rares, parties d'animaux et des minéraux les plus insolites, ... etc.

Ces médicaments, et surtout phytomédicaments sont généralement conditionnés en petites bottes de feuilles, écorces, racines, sous forme de poudre emballée en petites quantités dans du papier, sous forme de solutions diverses contenues dans des bocaux de récupération en plastique ou en verre ; leur posologie reste souvent peu précise : une pincée, une « calebassée ». L'extrême diversité de ces produits, de leurs combinaisons opératoires, mais aussi l'étendue des indications qui débordent largement le cadre de maladies spécifiques pour concerner tout déséquilibre organique, et la connaissance insuffisante du milieu ne nous permettent pas de proposer des groupes thérapeutiques. Néanmoins, certaines plantes sont parmi les plus utilisées dans le traitement du paludisme : sont de celles-là le *Sonsa* en moore ou *N'dribala* en dioula (*Cochlospermum tinctorium*) pour le traitement de crise, et le *Wal tunko*, appellation moose du *Crysantelum americanum* utilisé pour le traitement des calculs rénaux, la prévention et le traitement du paludisme. D'autres plantes sont de plus en plus utilisées, telles les feuilles de *Wompoorin* (*Phyllanthus amarus*) pour le traitement des fibromes et le diabète, ou encore le bois de « *Guinga* » (*Pteleopsis suberosa*) contre les douleurs gastriques.

Les médicaments traditionnels auraient généré en 2008, un chiffre d'affaire de plus de 20 millions de dollars US dans le pays (NIKIÉMA, 2008). La médecine traditionnelle qui les produit reste ancrée dans les mœurs malgré l'évolution de l'environnement social des personnes du milieu rural à la ville. Sa promotion par l'OMS est à la base des stratégies d'intégrations qui s'élaborent, notamment au niveau du Burkina, par la promotion du rôle des médecines traditionnelles dans les systèmes nationaux de santé (NIKIÉMA, 2008). Certaines études relèvent une importante adhésion des populations de Ouagadougou et du reste du pays à la pharmacopée traditionnelle, bien que sa réputation soit quelquefois mise à mal par la malhonnêteté de certains promoteurs (SOUBÉÏGA, 2009 : p. 355). Par ailleurs,

contrairement à une idée arrêtée son coût considéré comme étant plus bas que celui des produits pharmaceutiques peut s'avérer élevé en milieu urbain du fait de la rareté des ingrédients, ou des nouveaux besoins du thérapeute induits par la vie urbaine, ou tout simplement du fait de l'inflation. L'avènement des ARV vient réduire considérablement la détermination des coûts sur ces différentes options médicamenteuses.



Photo de nabi jaar, 2010
 Vue de la botte de Wal tunko (*Crysantelum americana*) en gros plan, du Sonsa (*Cochlospermum tinctorium*) ou Ndríbala en jaune au centre, du Wompoorin (*Phyllantus amarus*), d'un vert plus frais à droite de l'image¹, mars 2009.

Les médicaments « néo-traditionnels » « ou traditionnels améliorés », MTA

Les médicaments que nous proposons d'appeler néo traditionnels sont présentés comme étant élaborés à partir des médicaments traditionnels du guérisseur. Ils sont généralement conditionnés en conformité avec les critères de présentation, d'écriture des indications et de la posologie, des produits pharmaceutiques. Certains de ces produits se distinguent essentiellement au niveau du packaging (produits du père César¹⁰⁶) que d'autres font l'objet d'une procédure de validation scientifique (FACA¹⁰⁷), et qu'un troisième groupe de ces produits acquiert sa légitimité scientifique du seul fait d'avoir été repris et reconditionné par un spécialiste de la pharmacie (SAYE, N'DRIBALA, potion KUNAN, etc., du Dr DAKUYO, pharmacien).

Trois types d'acteurs sont ici à l'œuvre : des thérapeutes traditionnels et assimilés soucieux de répondre à une clientèle de plus en plus exigeante en termes de présentation, des professionnels locaux de la pharmacie et des intervenants du milieu scientifique. Les tentatives d'amélioration des thérapeutes et d'autres non professionnels de la santé sont en rapport avec leur niveau de connaissance. Elles se limitent généralement à l'emballage des bottes dans des sachets plastiques, à l'authentification des bocalaux spécifiques aux produits plutôt qu'à l'utilisation de bocalaux de récupération, à l'impression d'étiquettes, à la mention des indications et de la posologie comme sur les étiquettes des produits pharmaceutiques, ...etc. Il arrive que ces actions soient suivies de tentatives de stabilisation dans des solutions alcoolisées¹⁰⁸. D'autres acteurs dans la production de ces médicaments néo-traditionnels sont des pharmaciens. Certains produits, tels *l'Amibex* contre les vers intestinaux, la potion *kunan* contre la fatigue, le « *N'dribala* » ou le « *Saye* » contre le paludisme ; tous ces produits mis au point par le Dr DAKUYO¹⁰⁹, pharmacien, à partir

¹⁰⁶ <http://www.medicina-natural.com/Phytosalus/>, 29 nov 2010.

¹⁰⁷ Phyto-médicament mis au point par les chercheurs du département médecine, pharmacie et pharmacopée traditionnelle de l'IRSS/CNRST (Burkina Faso) pour le traitement de la drépanocytose, et qui a obtenu son autorisation de mise sur le marché octroyé le 10 mai 2010 à Nayalgué, à quelques Kilomètres de la ville de Koudougou (Burkina Faso). Voir <http://www.sidwaya.bf/spip.php?article4874>, site consulté le 14 sept 2010

¹⁰⁸ C'est le cas de la gelée d'aloë vera proposée par un cathéchiste thérapeute dans une solution d'absinthe pour le traitement des cancers et du sida (Donnée du programme ANRS 12111, 2007 auquel nous avons également participé).

¹⁰⁹ Laboratoire Phytofla, Banfora, Burkina Faso

de recettes traditionnels de l'Ouest du Burkina Faso sont de ceux-là¹¹⁰. Conditionnés selon des critères pharmaceutiques, les deux premiers sont des sirops dans des bocaux en plastique ; les deux autres sont présentés comme des tiges de plante souple finement hachée et séchée, dans des sachets imprimés. Ils sont tous vendus en pharmacie. Dans un troisième temps, l'institutionnalisation de la MT, et le développement de la collaboration entre chercheur et thérapeutes traditionnels aboutit à la mise au point de médicaments selon la démarche biomédicale, par des équipes de recherche. Dans ce registre, nous pouvons citer le FACA, médicament de traitement de la drépanocytose mis au point par les chercheurs du MEPHATRA/PH¹¹¹ à partir de collaborations multiples, et qui vient d'obtenir son autorisation de mise sur le marché le 10 mai 2010. L'observation montre que ce médicament était, sous la pression des patients, déjà commercialisé en pharmacie et au sein de l'unité de production de l'institut de recherche.



Un antibiotique mis au point par phytosalus (père César), le « Baciline »
(Source : NIKIÉMA, 2008).

Ces médicaments qui sont présentés¹¹² comme ayant le triple avantage d'être « issus de la tradition », d'être « naturels » (puisqu'ils proviennent de plantes connues et utilisées depuis longtemps), d'être « scientifiquement éprouvés » séduisent les populations et s'inscrivent progressivement sur le marché thérapeutique. Dans le pays et dans le domaine des médicaments mis au point à partir de recettes anciennes, quatre unités de productions, 11 médicaments homologués, quatre médicaments inscrits sur la LNME¹¹³ sont recensés à ce jour (Nikiéma, 2008).



Saye mis au point par phytofla pour traiter le paludisme. Source : NIKIÉMA, 2008).



L'amibex contre les diarrhées d'origine ambiante, Phytofla
(Source : NIKIÉMA, 2008).

110 <http://phytofla.free.fr/presentation.php>, 28 nov. 2010.

111 Le MEPHATRA (département médecine, pharmacopée traditionnelle et pharmacie) et le département biomédical et santé publique constituent les deux départements de l'institut de recherche en science de la santé (IRSS) qui relève lui-même du centre national de recherche scientifique et technologique du Burkina Faso (CNRST).

112 Ces médicaments sont ainsi présentés par leur promoteur, la Direction générale de la pharmacie du médicament et des laboratoires (DGPML) et par le département médecine, pharmacopée traditionnelle (MEPHATRA) de l'Institut de recherche en science de la santé (IRSS), dans les rencontres scientifiques.

113 Liste nationale des médicaments essentiels (



*Potion Kunan mis au point par phytofla pour traiter les symptômes du paludisme (courbatures notamment).
Source : NIKIÉMA, 2008).*

Les médicaments de la médecine alternative

Deux catégories de sociétés qui se distinguent par leur envergure et par leurs méthodes d'intervention se partagent le marché que constitue la ville de Ouagadougou et partant le pays tout entier : les firmes multinationales de marketing direct, et des sociétés internationales plus modestes. Deux firmes de marketing direct ont été identifiées au Burkina : « Forever Living Product » connu sur le terrain depuis le début des années 2000 et « Tianshi Tiens » depuis le milieu des années 2000. Ces firmes multinationales proposent des produits pour diverses indications, en les vendant directement à des consommateurs qui deviennent à leur tour des vendeurs.

La première de ces sociétés multinationales de vente directe est la firme Forever living product, créée par l'américain Rex MAUGHAN en 1978 propose en effet une gamme de produits mis au point à partir d'une « plante miracle » : l'aloé vera. Les différents produits vont des stimulants de l'organisme et des défenses naturelles - Gelée d'aloé vera, 1L -, aux produits de beauté en passant par les antioxydants - Pomesteen Power 473 ml - et les produits pour soulager la douleur articulaire comme le *Forever freedom*¹¹⁴. Ces produits qui ne sont pas présentés comme des médicaments mais plutôt comme des compléments alimentaires interfèrent néanmoins dans le traitement des maladies, du fait des circuits de leur distribution qui s'orientent préférentiellement vers les organisations de personnes malades. Au Burkina Faso, nous avons noté à travers l'observation que les produits Forever living ont été introduits au sein des associations de personnes vivant avec le VIH à travers des présentations faites dans les « groupes de parole » entre 2003 et 2007. Plus encore, les responsables associatifs et les prestataires de soins étaient utilisés par les responsables locaux de ces firmes pour susciter la participation de leurs patients. Parmi les responsables associatifs, certains se sont même publiquement prévalus d'être consommateurs et promoteurs au plus haut niveau de la filière.

114 [En ligne], consulté sur le site le 20 juillet 2010, URL : www.aloevera-forever.fr/forever-living-products/.

À travers un système de vente pyramidale, les produits de Forever Living Product, et notamment la gelée d'aloë sont donc ainsi proposés à des personnes infectées par le VIH mais aussi à toute personne en baisse de forme (incluant les sensations palustres), au sein de leurs associations d'accueil et même dans des regroupements plus restreints comme les groupes de parole. Les gammes de produits Forever living product vont des compléments alimentaires et antioxydants en soluté (gel d'aloë) ou en capsules (A-Beta-Car E), aux produits de beauté (*Anti Aging*) et autres parfums (*Gift*). Bien qu'ils soient présentés comme des compléments alimentaires, les discours organisés autour de leur richesse en vitamines, en sels minéraux et acides aminés, en et en vertus anti-oxydantes en font des apports proposés pour corriger tout déficit du système immunitaire. Pour des personnes qui n'ont pas une culture de la maladie chronique, ces discours ouvrent pour ces produits de réelles perspectives de vente auprès des personnes immuno-déprimées et particulièrement des PvVIH, malgré leur prix généralement élevé par rapport aux produits pharmaceutiques et aux médicaments d'origine traditionnelle¹¹⁵. Par ailleurs, le système de la vente pyramidale qui projette le consommateur du produit à la tête d'une équipe de distributeurs prospères à brève échéance apparaît particulièrement attrayant pour des personnes dont la maladie a souvent été à l'origine de perte d'emploi ou de faillites diverses.

La seconde de ces multinationales de vente directe est la firme chinoise Tianshi Tiens. Cette firme qui propose une gamme plus variée de « produits de santé » allant des compléments alimentaires « 100% naturels » à des appareillages complexes qui sont tous destinés à apporter santé, beauté et prospérité à leurs consommateurs.

En plus des appareillages¹¹⁶, les « produits de soins de santé » énumérés dans le manuel des affaires *tianshi*, au nombre de 21, sont répartis en trois groupes : six compléments alimentaires, quatre « detoxifiants » ou nettoyants pour désintoxiquer l'organisme, 11 « immune boosters » pour la stimulation des défenses de l'organisme (Annexe 7-5). Le plus vanté des « immune boosters » apparaît comme le *Cordiceps mycélium* présenté comme issu d'un organisme à mi-chemin entre plante et animal, localisé uniquement à 3500 mètres d'altitude dans les montagnes tibétaines, et qui aurait des vertus extraordinaires pour l'organisme humain : antibiotique naturel, anti-inflammatoire, bénéfique pour les problèmes respiratoires et notamment l'asthme, bénéfique également pour la circulation sanguine, les reins et l'élimination des toxines du corps. Le cordiceps est réputé maintenir la personne en permanente bonne santé, et lui éviter les incessantes crises de paludisme que subissent régulièrement les populations dans cette zone impaludée. Ces produits présentés comme des supports essentiels de l'organisme dans sa lutte contre les effets néfastes de la nourriture, l'air, l'eau et toutes les conséquences de la civilisation sont, tout comme les produits Forever Living product, relativement chers, comparés au prix de produits pharmaceutiques¹¹⁷. Mais le principe de la vente par réseau (vente directe sans intermédiaire et ristournes par vente) permettent le

115 Le produit le plus convoité par PvVIH, la gelée d'Aloë coûtait en 2005, vingt deux mille (22 000) francs CFA ; et actuellement entre douze mille cinq cent (12 500) et seize mille (16 000) francs CFA selon les réseaux, pour une cure de 15 jours à un mois.

116 Plusieurs appareils parmi lesquels le « hypotension apparatus ou « peigne » contre l'hypertension ou encore le « blood circulating machine »

117 La cure mensuelle de Cordiceps coûte vingt mille (20 000) francs alors que le salaire minimal est à trente trois mille (33 000) francs.

maintien de cette firme dans le pays, et même sa prospérité si nous référons aux conférences qu'elle organise plusieurs fois par an, et les cadeaux somptueux (voiture neuve) attribués aux plus gros vendeurs.

Des compléments alimentaires sont également proposés par des promoteurs plus modestes : Lifelong et Naturalia NHi 2T. Ces deux sociétés internationales sont d'envergure nettement plus réduite que celle des firmes présentées ci-dessus, et sont créées et gérées par des acteurs nationaux. La première est une représentation africaine d'une maison mère située aux USA tandis que la seconde, initiée par un promoteur local se bat pour une reconnaissance internationale.



Tianshi, Cordyceps Mycelium de La firme internationale Tianshi Tiens, contre toute défaillance de l'organisme et toute sensation de paludisme.

Lifelong international est la réplique locale d'un cabinet américain de phytothérapie et de conseils diététiques installé au Burkina depuis 2000. Il propose des « produits à base de plantes » 100 % naturels». La logique de traitement Lifelong inspiré de la « naturopathie » consiste, en guise de traitement, à rétablir au niveau de ses organes d'élimination des déchets, l'équilibre perdu par le corps. Le retour de cet équilibre corporel renforce l'organisme contre toute manifestation de maladie, et notamment le paludisme, banal mais redouté de tous dans cette zone d'endémie palustre. Lifelong propose à la suite d'une consultation par « iridologie¹¹⁸ », une gamme de médicaments 100 % naturels à base de plantes pour le traitement de pathologies diverses : constipation, prostate, infections urinaire, impuissance sexuelle, besoins spécifiques aux femmes (règles douloureuses, fibromes, kystes, stérilité, ménopause), diabète, hypertension artérielle. La thérapie lifelong présentée comme « naturelle » donc à la fois efficace et sans danger pour l'organisme apparaît attractive, particulièrement pour les personnes portant des maladies chroniques, et confrontés à certains effets secondaires des médicaments qu'ils prennent, notamment les ARV, mais aussi contre la baisse d'efficacité perçue des médicaments antipaludéens. Bien que les responsables de la société se défendent de vendre des médicaments mais plutôt des « produits à base de plantes », un ensemble de 53 médicaments est exposé dans la pharmacie située dans l'enceinte de la société. Ces produits ne sont pas groupés par classe thérapeutique mais plutôt considérés isolément selon leurs indications.

Comme les autres produits de la médecine alternative, les coûts ici sont généralement supérieurs à ceux des médicaments pharmaceutiques, posant ainsi la lourde question de l'accessibilité financière de la thérapie Lifelong dont l'efficacité n'est pas encore reconnue par une affluence particulière des patients, ni pour le

¹¹⁸ Les soins de ce type consistent en quatre étapes : Une étape de diagnostic par « iridologie » (détermination de l'organe malade à partir de l'observation de l'iris), suivie de la naturothérapie en trois temps : le drainage des émonctoires, leur revitalisation, et leur stabilisation. Le drainage se fait avec un appareil appelé hydro-colon, tandis que la revitalisation et la stabilisation des émonctoires se fait par utilisation de médicaments et par laser. L'émonctoire est l'organe d'élimination des déchets du corps (reins, intestins, poumons, peau, l'appareil digestif et notamment le colon).

rétablissement de l'équilibre du corps et le disparition des sensations palustres, ni pour le traitement du sida.

Entre les médicaments néo-traditionnels et les firmes internationales, peut se situer la société Naturalia NHi 2T créée Sy Siaka, naturothérapeute¹¹⁹. Juriste de formation, cet autodidacte en naturothérapie est désormais connu dans les milieux de la lutte contre le sida dans lequel il développe des arguments en faveur de l'utilisation de produits « à base de plantes » qui évitent ou restaurent *certaines* facultés du corps humain nécessaires pour rester en bonne santé. Bien que proposant des produits pour stimuler le corps en général contre tout type de maladie (y compris le paludisme endémique), Sy Siaka est surtout connu par ses produits qu'il propose pour le traitement des personnes immuno-déprimées et notamment de celles infectées par le VIH. Le principe de l'utilisation des antioxydants pour freiner la progression de l'infection vers le stade maladie guide la mise au point des produits de NHi 2T et cette société a, à son actif, une dizaine d'articles. Immubooost, Immupower et tout récemment le Selenium, sont parmi les plus connus de ces produits. L'Immubooost connaît son moment de gloire en tant que alternative à l'absence d'ARV dans le passé. Ce produit était alors indiqué dans le traitement de l'infection par immunothérapie, ou pour tout dysfonctionnement du système immunitaire. Actuellement, le complément alimentaire à base de sélénium est la nouvelle actualité de cette société et suscite l'intérêt général dans la mesure où ses propriétés anti-oxydantes et anti-infectieuses relatives apparaissent séduisantes pour des patients soucieux de reculer le plus possible le moment de la prise des ARV (Annexes 7-6).

La description de ces différentes catégories de médicaments laisse apparaître en filigrane, la préoccupation première qui est de répondre aux besoins essentiels de santé, en tête desquels le traitement des sensations palustres récurrentes dans la population et communément traduites par *yiinse zal zal* (méforme), ou encore *yiing wingre* (corps chaud) qui est un stade plus avancé et qui est considéré comme annonciateur du paludisme. Dans cette zone d'endémie palustre, toute fièvre résiduelle, et autres courbatures suscitent, dans la population, mais aussi au niveau des personnels de santé (YAMÉOGO, 2007), une présomption d'accès palustre. C'est ainsi que, bien que l'actualité projette en avant les traitements du « sida », chacune des catégories de médicaments décrite propose un traitement pour rétablir l'équilibre du fonctionnement du corps, une réponse précise à un besoin collectif de « retrouver la forme » perturbée par les vellétés d'attaques palustres souvent associées à des résistances du paludisme aux anciens traitements. La prise en compte de ces résistances a d'ailleurs suscité la mise en place d'une politique nationale de prise en charge du paludisme avec l'introduction des ACT (Associations thérapeutiques à base d'artémisinine), en 2005 sur recommandation de l'OMS (OMS, 2005 ; YAMÉOGO, 2007). Ces résistances, mais aussi l'automédication en traitement présomptif entre deux crises sévères du paludisme occasionnant souvent une prise en charge hospitalière, ont des déterminants sociaux que nous proposons d'analyser à travers l'usage que les populations font des antipaludéens.

119 [En ligne], consulté sur le site le 20 octobre 2010, URL : http://www.evenement-bf.net/pages/dossier_3_39.htm

L'USAGE DES « MÉDICAMENTS »

Nous abordons ici la question des itinéraires des soins avec un intérêt particulier pour l'auto-traitement pour les maladies considérées comme ordinaires. Les pharmacies familiales, en tant que support et miroirs des pratiques de médication apparaissent comme le passage obligé dans cette partie de la réflexion.

Les médicaments dans l'unité domestique

Chacune des 30 personnes que nous avons interviewées dans la seconde phase des enquêtes l'a été en tant que représentant d'un ménage et a présenté une pharmacie qui est en principe, familiale, même si à l'analyse, le sexe de la personne qui a présenté la pharmacie est apparue comme un déterminant du rapport à cette pharmacie. Alors que la présentation des hommes réfère souvent les produits par rapport à eux et quelquefois aux autres (approche individuelle), celle des femmes rapporte plus généralement les produits à l'ensemble des membres de la famille (approche familiale).

Quatre pharmacies domestiques

Ces quatre pharmacies familiales sont choisies parmi dix pour montrer la diversité des contenus en fonction des pathologies en présence, mais aussi en fonction du niveau de richesse, de la personne chargée de sa gestion. Marie est une femme plutôt démunie, avec une pathologie ; Damien est un homme aisé sans pathologie particulière. Amédé est aisé avec un capital monétaire et intellectuel appréciable, et une pathologie. Pendo est une femme moyennement riche, enceinte.

- *La pharmacie de chez Marie, 32 ans, mariée et mère de famille avec trois enfants en 2007, asthmatique.*

Marie, asthmatique, de revenu modeste, et seule responsable et gestionnaire de la pharmacie familiale dit préférer garder tous les médicaments au salon, dans un panier déposé en haut de l'armoire servant également de meuble pour la télévision, dans la maison de « deux-chambres-salon » qu'elle occupe avec ses trois enfants et son mari. Le salon est selon elle, le lieu commun de vie de tous les membres de la famille ; les médicaments contenus dans deux sachets noirs (l'un pour ses produits contre l'asthme, l'autre pour les antipaludéens et autres produits) y sont à la fois accessibles à tous, et suffisamment haut pour être hors de portée des enfants. Marie pense à quelqu'un qui viendrait à son secours en cas de crise subite d'asthme, et qui devrait pouvoir accéder facilement à la ventoline qu'elle garde d'ailleurs dans son sac à main qui ne la quitte pas, une fois la crise déclenchée.

Indication selon Marie	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie médicament
Asthme	Ventoline® maintenant remplacée par Loxair® (pompe)	Traitement régulier de l'asthme	- Infirmier - Pharmaceutique
	Bricanil® cp	Idem	- Infirmier - Pharmaceutique
	Pulmorel® cp	Idem	- Infirmier - Pharmaceutique
	Allergine® cp	Idem	- Infirmier - Pharmaceutique
	Palpitamol® inj.	Traitement de l'asthme en cas de crise (en association avec les comprimés)	- Infirmier - Pharmaceutique
	Bricanil® inj.	Idem	- Infirmier - Pharmaceutique
	Hydrocortisone® inj.	Idem	- Infirmier - Pharmaceutique
Paludisme <i>Yiing zal zal</i> (méforme)	Nivaquine® cp.	Traitement du paludisme	- Elle-même - Méd. rue
	Chloroquine cp.	Idem	- Elle-même - Pharmacie
	Poudre traditionnelle	Traitement complémentaire du paludisme (pour nettoyer le corps)	- Apporté par le mari - Traditionnel
	Paracétamol cp.	antalgique	- Elle-même - Pharmaceutique
TOTAL	11 médicaments		- 1 méd/Tradi/ Palu - 1 méd/Rue/Palu - 9 méd/pharmaceut (2 méd/palu + 7 méd/Autr)

- *La pharmacie de chez Damien, 36 ans, marié, père d'un garçonnet de 16 mois en 2007.*

Chez ce salarié d'une ONG considéré comme le plus aisé de toute la concession, et qui n'a pas une pathologie particulière, les médicaments sont conservés dans un tiroir de l'armoire décorative dans laquelle le poste téléviseur, mais aussi la chaîne Hi-fi et le décodeur satellitaire sont encastrés. Le tiroir étant bas et accessible à l'enfant est toujours fermé et la clé gardée juste sur l'étagère au-dessus. Ainsi, tout adulte de la maison (Damien, son épouse ou la sœur de celle-ci), peuvent se servir à souhait. Selon Damien, cela est très pratique, surtout pour les désinfectants d'utilisation très courante, pour lui mécanicien accoutumé aux écorchures de toutes sortes, pour son enfant qui court partout et se blesse souvent, mais aussi pour les fréquentes sollicitations des voisins. Comme l'explique Damien, ces désinfectants séparés des autres produits de l'armoire et gardés dans un sachet, tout comme le paracétamol, en tant que produit également très demandé par les voisins, doivent rester à portée de main.

Indication selon Damien	Produit	Action attendue	Prescripteur /Catégorie médicament
<i>Yiing wingre</i> (fièvre et autres petites maladies) de l'enfant	Aspégic®	Baisse la fièvre	- Infirmier - Pharmaceutique
	Fluiditec®/Amoxicilline	Baisse la fièvre et trait la toux, le rhum	- Infirmier - Pharmaceutique
	Nystatine	Traitement de la mycose de l'enfant	- Infirmier - Pharmaceutique

Zug zabre (Maux de tête) Yiing wingre (fièvre) Yiing zal zal (méforme)	Gros paquet de paracétamol	Soulagement de toute douleur, fatigue, fièvre, sensations de « début de palu » sur le corps	- Chaque membre adulte de la famille - Pharmaceutique
Paludisme (adulte)	Arthémether®	Crise avérée de paludisme	- Dispensaire - Pharmaceutique
Pansement	Bétadine®	Désinfection des plaies	- Chaque membre de la famille - Pharmaceutique
	Coton	Idem	- Chaque membre de la famille - Pharmaceutique
	Compresse	Désinfection et protection des plaies	- Chaque membre de la famille - Pharmaceutique
	Sparadrap	Protection des plaies	- Chaque membre de la famille - Pharmaceutique
TOTAL	10 médicaments pharmaceutiques		

- *La pharmacie de chez Amédé, 46 ans, marié, père de trois enfants, 2009*

Amédé est un homme disposant d'un capital intellectuel et monétaire à défendre, assigné à justifier d'une capacité sexuelle mise à mal par la stérilité secondaire de son épouse, alors qu'il est lui-même confronté à une pathologie héréditaire. Sa pharmacie bien que localisée dans un tiroir sans clé d'une commode dans sa salle à manger ne contient cependant pas la totalité de ses produits. Certains produits à prise régulière comme le Cordiceps et le paracétamol sont disposés sur la table à manger. Les somnifères sont sur l'étagère du lit dans la chambre à coucher. Il arrive que lui-même prenne du paracétamol dans sa poche en sortant, quand il ressent des sensations palustres. Selon Amédé, les stimulants sexuels qu'il utilise sont cachés de la vue de son épouse, non pas parce que cette dernière ignore leur existence, mais pour qu'elle ne sache pas à quel moment ils sont utilisés. Il nous avoue les garder dans son armoire à linge. En dehors de la diversité des pathologies traitées et des catégories de médicaments utilisées, de la diversité des emplacements des produits, l'autre caractéristique de la pharmacie d'Amédé que nous comprendrons seulement à l'analyse des données, est qu'elle est exclusivement à lui. Amédé ne nous y présente ni des produits pour sa femme, ni des produits pour les enfants.

Indication selon Amédé	médicaments	Action	Prescripteur / Catégorie
Paludisme	Chloroquine	Traitement des sensations palustres	- Lui-même - Méd rue
	Amodiaquine	Traitement du paludisme confirmé	- Lui-même - Méd rue
	Co-Arinate®	Traitement du paludisme confirmé (1)	- Médecin - Pharmaceutique
	Paracétamol	Antalgique	- Lui-même et médecin - Pharmaceutique
	Arsumax®	Traitement du paludisme confirmé (2)	- Médecin - Pharmaceutique
	Alfan®	Traitement du paludisme confirmé (3)	- Médecin - Pharmaceutique
Drépanocytos	FACA®	Traitement préventif des	- Un ami drépanocytaire

e		crises de drépanocytose	- MTA
Remontants	Dynamogen®	Stimulant et régulateur de l'appétit et du sommeil	- Médecin - Pharmaceutique
	Supradyne®	remontant	- Médecin - Pharmaceutique
	CaC1000®	remontant	- Lui-même - Méd rue
	Efferalgan® vit C	Antalgique et remontant	- Médecin - Pharmaceutique
	Force G®	Remontant	- Lui-même sur conseil d'un médecin - Pharmaceutique
	Cordiceps (Tianshi)	Stimulant des défenses naturelles	- Lui-même au vu de la publicité - Alternatif
	Méga Mind (Tianshi)	Stimulant du cerveau	- Lui-même au vu de la publicité - Alternatif
	Décoction d'écorces traditionnels	Pour renforcer le corps	- Recette de son père - MT
Problèmes respiratoires	Hexa spray®	Traitement des maux de gorge	- Médecin - Pharmaceutique
	Exomuc®	Expectorant	- Médecin - Pharmaceutique
	Maxilase®	Décongestif nasal	- Médecin - Pharmaceutique
Problèmes gastriques	Nizoral®	Traitement des gaz dans le transit intestinal	- Médecin - Pharmaceutique
Antalgiques	Efferalgan®	Antalgique	- Médecin - Pharmaceutique
	Nifluril® cp.	Anti-inflammatoire	- Médecin - Pharmaceutique
Stimulants sexuels	Man Power cp.	Stimulant sexuel pour homme	- Proposé par un vendeur - Méd rue (bar)
	Procomil® spray	Idem	- Proposé par un ami - Pharmaceutique
	Night Fever cp.	Idem pour homme & femme	- Proposé / un ami - Méd rue (bar)
TOTAL	24 médicaments : 4 Méd rue (dont 2méd/Palu+2 stimSex) ; 2méd alternatifs, 1MTA, 1MT, et 16Méd pharma.		

- *La pharmacie de chez Pendo, une femme enceinte primipare de 29 ans, 2007.*

Pendo, femme au foyer, dispose cependant, du fait de la forte attente de sa première grossesse par son couple, de tous les moyens financiers de son mari ouvrier électricien pour l'achat de ses médicaments. En nous signifiant que son mari ne tombe jamais malade, elle justifie en même temps pourquoi cette pharmacie ne contient que des produits à elle. Les médicaments de Pendo sont contenus dans des sachets disposés dans une petite bassine en plastique d'environ 25 centimètres de diamètre, et disposé à même le sol de son salon qui ne contient pour tout meuble qu'une table basse entourée de quatre chaises en toile, l'ensemble apparaissant comme des meubles de peu de valeur. Ni armoire, ni poste téléviseur dans ce salon, mais juste les meubles ci-dessus indiqués, une natte étalée à même le plancher et sur laquelle Pendo nous invite à nous asseoir pour l'entretien, cette bassine-pharmacie posée à portée de main, et quelques ustensiles de cuisine dans un recoin. En attendant l'arrivée de son bébé, Pendo qui vit seule avec son mari ne craint en effet aucune main imprudente dans ses affaires, et peut se permettre de laisser ses médicaments où bon lui semble.

Indication selon Pendo	Médicaments	Action	Prescripteur / Catégorie médicament
État de grossesse	Arestal®	Diarrhée en début de grossesse	- PMI - Pharmaceutique
	Résochine®	Prévention du paludisme	- PMI - Pharmaceutique
	Ery® 500mg	Contre les maux de ventre	- PMI - Pharmaceutique
	Colposeptine®	Pour traiter des plaies dans la vulve	- PMI - Pharmaceutique
	Cary® 500mg	Équivalent de Ery	- PMI - Pharmaceutique
	Actapulgite® 3g	Traitement des aigreurs	- PMI - Pharmaceutique
	Vogalène® loyc 7,5mg	Contre les nausées	- PMI - Pharmaceutique
	Imodium®	Traitement des diarrhées	- PMI - Pharmaceutique
TOTAL	8 médicaments pharmaceutiques		

Nota Bene : Aucun produit pour son mari qui, selon elle, ne tombe jamais malade. Par ailleurs, pour préserver sa grossesse de tout risque, elle ne prend que les produits prescrits à la PMI (service de protection maternelle et infantile). Par ailleurs, elle dit ne les prendre qu'en pharmacie car elle n'a aucune confiance aux médicaments de la rue.

La description de l'ensemble des pharmacies permet de dégager des constantes et des spécificités (Annexes 8-0). Ces quatre pharmacies sont stockées de manière variée : c'est aussi ce que l'on observe à propos des lieux de stockage des médicaments dans les autres pharmacies familiales observées (25). Ces lieux sont diversifiés : des tiroirs d'armoires pour ceux qui en ont (Lucie, Mme Sya, Amédé, Rokia, Filomène, Damien), des paniers, des sachets (pour la plupart des hommes), des bassines de dimensions variables (Tantie Guènèta, Madame Zallé, Marie, Pendo). Si la conservation dans les tiroirs se retrouve surtout dans les couches aisées de la population, elle n'est pas exclusive dans la mesure où les médicaments en cours d'utilisation sont souvent déplacés et contenus dans des sachets ou des petits paniers dans lesquels ils sont visualisés plus facilement. Certains médicaments spécifiques, comme ceux dont les prises coïncident avec les heures de repas sont rapprochés sur la table à manger ou à proximité des lieux de repas (Amédé, Lucie). D'autres tels que les somnifères sont gardés auprès du lieu de sommeil (madame Sissao, Amédé). D'autres encore, qui font l'objet de confidentialité particulière (comme les ARV de Rokia), les stimulants de la sexualité (d'Amédé) sont cachés dans les valises ou les armoires à linge. Les doses de ces produits destinés à être consommés de façon imminente, ou d'autres produits de grande consommation qui doivent rester à portée de main à tout moment (Paracétamol), sont gardées dans les sacs à main des dames (Rokia pour les ARV, madame Sissao pour le Paracétamol) ou dans les poches des messieurs, comme nous l'a indiqué Amédé.

Le contenu des pharmacies

Ces pharmacies dégagent plusieurs caractéristiques communes (Annexe 8).

UN ASSEMBLAGE RICHE DE MÉDICAMENTS AUX STATUTS HÉTÉROGÈNES

La première et la plus remarquable de ces caractéristiques est l'assemblage de *médicaments* appartenant à des catégories de classification différentes et souvent dissemblables dans leur présentation ; ainsi, il est courant de trouver dans le même seau ou dans le même casier d'armoire, des produits pharmaceutiques, des médicaments de la rue, et des médicaments d'origine traditionnelle plus ou moins élaborés. Ceci tient d'abord au nombre de *médicaments* présents dans chaque pharmacie : entre un et 30 produits différents parmi les 30 pharmacies familiales recensées, avec un nombre moyen de 10 produits¹²⁰. Le tableau ci-dessous présente 10 cas choisis parmi les profils les plus représentatifs de la diversité des personnes interviewées.

Tableau récapitulatif des médicaments utilisés par catégorie

Identification	Méd Pharma	Méd rue	MT	MTA/Alternatif	Total
Marie	2 Méd/Palu 7 Méd/Autr	1 Méd/Palu	1 MT/Palu	0	11
Damien	5 Méd/Palu 5 Méd/Autr	0	0	0	10
Amédé	4 Méd/Palu 12 Méd/autr	2 Méd/palu 2 Méd/Autr	1 MT/Autr	2 Méd/Altern 1 MTA	24
Pendo	1 Méd/Palu 7 Méd/Autr	0	0	0	8
Rokia	3 Méd/Palu 3 Méd/Autr	0	1 MT/Autr	0	7
Vieux-Jean	3 Méd/Palu	1 Méd/Palu	0	9	4
Aziz	2 Méd/Autr	2 Méd/Palu	1 MT/Autr	0	5
Filomène	3 Méd/Palu 3 Méd%Autr	0	1 MT/Autr	0	7
Tantie Guènèta	2 Méd/Palu 6 Méd/Autr	2 Méd/Palu 2 Méd/Autr	0	0	12
Robert	1 Méd/Palu	2 Méd/Palu	1 Méd/Palu	0	4
Total	69	14	6	3	92

L'analyse des pharmacies familiales des 10 personnes choisies en fonction de leur profil dissemblable et de leur représentativité de la diversité des groupes sociaux concernés par l'étude, montre une nette prédominance des produits pharmaceutiques (69/92). Parmi l'ensemble des produits pharmaceutiques, nous identifions ceux de spécialités comme le Quinimax® en dose injectable (identifié chez Amédé, Madame Sissao), et les génériques comme le Paracétamol, la chloroquine (Perpétue, Florence, Thierry...), l'ibuprofène (Aminata, Perpétue), l'amoxicilline (Aminata). Une bonne partie des ces génériques, mais aussi des spécialités (Nivaquine, Amodiaquine), proviennent également de la rue bien qu'ils

¹²⁰ Ces 29 pharmacies familiales regroupent les quatre présentés dans cette partie et 25 autres mentionnées dans l'annexe 8-0).

soient identiques dans leur présentation aux produits de la pharmacie¹²¹. Chez la plupart des personnes aux revenus moyens ou faibles, et indépendamment du sexe, les génériques sont particulièrement recherchés. Les médicaments de la rue viennent ensuite dans une proportion assez faible (14/92). Alors que les hommes qui les utilisent motivent souvent leur choix par la proximité (Robert, Aziz, Amédé), d'autres personnes disent y recourir seulement en cas de rupture de certains médicaments génériques dans les officines (Marie, Robert). D'autres encore restent fidèles à des médicaments typiques et très anciennement connus, tel le Drastin¹²² ou *epice* de tantie Guènèta pour le traitement des sensations palustres. À l'entretien, les hommes qui évoquent la proximité des médicaments de la rue pour les acheter expriment aussi d'autres idées sur la résistance masculine qui permet à l'homme de prendre sans grand danger le risque de consommer un produit non certifié par les professionnels de la pharmacie (Robert, Amédé). En outre, Amédé y trouve la moitié des stimulants sexuels qu'il utilise. Son cas montre que d'autres produits non présentés a priori, peuvent également être comptabilisés dans les pharmacies familiales : les stimulants sexuels. Amédé ne les a sortis de sa chambre que par le truchement d'une complicité particulière née de la relation d'enquête, et qui nous a permis d'insister pour voir aussi ce type de produits. Cette situation privilégiée a permis d'identifier des stimulants de la sexualité provenant des pharmacies comme « Procomil® Spray » ou de la rue comme Man's Power. La catégorie des médicaments traditionnels est également représentée à travers les parties de plantes séchées en prévision des décoctions diverses (Quinquelibat, Saye), et les poudres prévues pour le traitement du paludisme. Les pharmacies familiales montrent également d'autres plantes et d'autres poudres utilisées pour d'autres besoins, notamment les maladies des enfants (cas d'Aziz)¹²³.

Ces dernières plantes n'ont été aperçues dans le canari qui les contient que parce qu'elles étaient en utilisation. Ce qui peut montrer que les produits de cette



Photo du canari de médicament traditionnel pour les soins du nombril du bébé et des autres produits génériques et spécialités voir (Annexe 8-0, Tableau 7).

catégorie utilisés seront estimés dans cette étude en déça de leur présence réelle dans la thérapie familiale. La présence du FACA, un médicament traditionnel amélioré (MTA) chez Amédé montre que certaines personnes dans la population connaissent les MTA et les utilisent.

- 121 La chloroquine, la Nivaquine, l'amoxicilline, l'ibuprofène, l'amodiaquine... désignés dans les pharmacies familiales comme provenant de la rue sont identifiés à travers l'absence de la mention de leur origine, les pays d'origine quand ils sont mentionnés (Nigéria, Ghana, Dubai), l'inexistence de notices, ou l'absence du français. A préciser ce dernier point
- 122 Le « Drastin analgesic tablets » est une production de PZ Industries PLC à Lagos Nigéria et de PZ Cussons Industries à Tema au Ghana. Notons également que l'utilisatrice de ce produit dit l'avoir acheté dans une boutique au marché et non chez des vendeurs ambulants chez qui, en utilisatrice de longue date, elle l'avait cherché en vain.
- 123 Nom des plantes utilisées en moore : Gointabdo », + « capromani » + « Girnamde » (Feretia apodanthera) + « Younakilai » + « tikoyenga » (Bauhinia rufescens)

Dans cet assemblage de catégories différentes de médicaments, la question des différences de présentation conditionne l'organisation du stockage : sachets contenant des poudres et feuilles d'un côté, sachets contenant des produits à emballages cartonnés et étuis de l'autre. C'est ainsi que se présente l'ensachage initial par catégories avant le stockage dans un endroit commun. Les seules exceptions constatées concernent les décoctions de plantes traditionnelles gardées isolément dans les canaris ou certains produits qui exigent de basses températures de conservation et doivent être gardés au réfrigérateur. Le lieu de stockage des objets thérapeutiques, toutes catégories confondues est donc souvent le même. Ce fait peut dénoter également d'une représentation unique de l'objet thérapeutique, même si cet objet prend, selon les catégories, une matérialité spécifique.

Les médicaments traditionnels sont présents dans toutes les pharmacies. Ainsi dans celle d'Amédé, qui bien que d'un niveau d'instruction supérieur, avec tous les moyens de voir des médecins et d'accéder aux médicaments les plus chers en pharmacie, préfère prospecter dans toutes les catégories de médicaments (en pharmacie, dans la médecine traditionnelle et alternative mais aussi dans la rue), pour trouver la meilleure réponse qui soit à ses aspirations sanitaires. Six autres personnes évoquent également la présence de « médicaments » traditionnels dans leur pharmacie : mesdames Sissao et Sya qui utilise le Quinquélibat et le Saye en association avec les autres médicaments « pour nettoyer l'organisme » ; Filomène, Marie, Robert et Boukaré utilisant une poudre traditionnelle comme antipaludéens, également en association avec les autres catégories de produits. Les produits traditionnels sont encore plus mentionnés dans les pharmacies familiales dans d'autres indications que le paludisme. C'est notamment le cas d'Aziz, 26 ans, fiancé et père d'un enfant qui n'a trouvé comme médicament contre le mal de nombril du nouveau-né que des plantes de la pharmacopée. Ainsi, aussi bien les personnes de niveau d'instruction supérieur que celles moins instruites, celles appartenant aux couches plus aisées que celles plus modestes, sont tous représentées dans l'utilisation des médicaments traditionnels, toujours en association avec d'autres catégories de médicaments.

Certaines de ces pharmacies familiales se caractérisent par une seule catégorie de médicaments utilisés. Pendo et Damien sont les deux cas identifiés dans ce premier groupe de 10 et même parmi l'ensemble des participants. Ces pharmacies familiales sont totalement constituées de produits pharmaceutiques, par un choix opéré par les utilisateurs. Le choix de Pendo est motivé par le caractère précieux de sa grossesse et sa détermination à la conduire à terme, en respectant scrupuleusement les consignes des soignants. Damien qui s'illustre dans cette étude par relation exacerbée à sa propre virilité donc, à sa résistance physique plus grande au paludisme, du seul fait de sa physiologie masculine, dit ne pas s'inquiéter pour lui au point de garder des médicaments. Selon lui, hormis le nécessaire pour les pansements qu'il utilise et qui ne se trouve qu'en pharmacie, le reste des produits qu'il nous a présenté est destiné aux autres, notamment son fils, son épouse, et les voisins dans une moindre mesure. La fragilité reconnue de l'enfant justifie son choix pour des produits certifiés.

DES PHARMACIES QUI REFLÈTENT LE CAPITAL SOCIAL ET ÉCONOMIQUE DES FOYERS, AINSI QUE LES PATHOLOGIES VÉCUES

Le volume, la qualité et les catégories de produits sont également déterminés par les niveaux de revenu des personnes. À travers sa pharmacie familiale, Mme Sissao, apparaît comme une retraitée qui a les moyens et qui se soigne. Cette infirmière retraitée et veuve de 74 ans vit à Ouagadougou depuis plus de 30 ans. Ses trois garçons sont adultes depuis belle lurette et sont tous partis fonder à leur tour des familles, laissant leur mère entourée de son petit neveu de 15 ans et de ses trois petites nièces de 12, 16 et 28 ans) dans la villa paternelle. En rapport avec le nombre et la diversité des médicaments de sa pharmacie familiale, Mme Sissao est peu représentative de la majorité des personnes interviewées qui présentent généralement à peine 10 produits. Elle est donc intéressante en tant que cas particulier qui montre que dans une population globalement démunie, certaines personnes, par un concours de circonstances, peuvent se retrouver privilégiée sur certains plans. Madame Sissao était privilégiée pour plusieurs raisons : elle touchait sa pension de fonctionnaire de catégorie B mais aussi celle que lui avait laissée son défunt mari qui fût lui-même fonctionnaire de catégorie A. Un de ses enfants était médecin et la recommandait régulièrement à ses collègues les meilleurs dans leur spécialité. Les deux autres avaient également des postes importants et l'argent n'avait jamais été un problème. Le cas est également intéressant parce que madame Sissao présente plusieurs maladies chroniques et s'est exprimée à leur propos alors que les autres en mentionnent généralement une. Madame Sissao cite ainsi ses maladies : en premier l'hypertension artérielle, ensuite des maux d'oreilles persistants, une toux de longue date, et des problèmes dermatologiques tenaces. En tout, 36 médicaments nous ont été présentés pour ces affections, mais aussi pour les maladies des enfants ; parmi ces produits, 33 spécialités et 3 génériques étaient contenus dans le panier de la pharmacie familiale de madame Sissao (Annexe 8-0, Tableau1). Tous ces produits ont été entamés ; certains sont encore utilisés mais la plupart sont des restes de traitement de longue date dont aucun n'est cependant périmé. La malade elle-même dit avoir gardé ses reflexes d'infirmière, en veillant aux dates de péremption, en conservant toutes les notices, en notant les dates de première prise et d'arrêt, en veillant à la mise à jour de son carnet de santé, et en déposant sur la table à manger les produits du jour. Par ailleurs, elle garde les comprimés pour dormir (Amlor®) sur le tiroir du lit, d'autres produits au réfrigérateur ou encore dans son sac quand elle sort). La quasi-totalité des médicaments sont à elle, les enfants se contentant de partager les antipaludéens avec elle en cas de besoins ainsi que les génériques (Paracétamol, l'ibuprofène et le parégorique), à souhait. Mme Sissao est l'une des rares personnes interviewées, à disposer une pharmacie aussi fournie. Elle est suivie d'assez loin par madame Sya (29 produits), Lucie (22 produits) et Amédé (24 produits). Nous pouvons remarquer qu'il s'agit là des quatre personnes qui disposent des plus importants revenus, une riche retraitée et trois cadres supérieurs (Annexe 8-1). Nous pouvons également remarquer que ce sont les principales personnes qui ont recours au médecin, le plus souvent dans les cliniques privées où le service, l'accueil et la rapidité du service sont jugés meilleurs à ceux des centres de santé publics.



Mme Sya, également fonctionnaire de Catégorie A est une femme drépanocytaire de 43 ans qui vit avec son mari et ses deux garçons de 15 et 13 ans. L'observation de la pharmacie domestique montre 29 médicaments dont deux génériques. Ces chiffres sont autant liés au mal qu'à la capacité de la patiente de s'approvisionner en médicament. La plupart des produits sont destinés à Mme Sya qui se décrit elle-même comme la malade de la famille :

drépanocytose, affections respiratoires à répétition, douleurs gastriques et douleurs liées au cycle féminin, mais aussi fragilité au paludisme. Le mari et les enfants par contre n'utilisent que quelques médicaments contre les affections respiratoires et paludisme. C'est également dans le groupe de madame Sissao que se trouve Amédé, le principal consommateur des produits de la firme internationale Thianshi Tiens, mais aussi des stimulants sexuels achetés dans la rue (Annexe 8-0, Tableau 3). Amédé, un fonctionnaire bien placé de 46 ans, soucieux de performances professionnelle et sexuelle va consommer abondamment, autant les remontants de toutes sortes que des stimulants sexuels pour s'assurer de sa performance sexuelle auprès de son épouse, mais aussi auprès de la fille qu'il entretient depuis quelques temps (sans se cacher), et à qui il a offert villa et moto, en somme, son « deuxième bureau ». Amédé explique que la présence de cette jeune fille dans sa vie l'aide à se détendre le soir, quand il sort de son bureau fatigué et tendu alors que sa femme, également chef de service ne rentre habituellement à la maison qu'après 18 h et se soucie désormais davantage des enfants que de lui.

Le reste des pharmacies familiales apparaît d'un niveau globalement modeste qui reflète les moyens financiers limités de la grande majorité des personnes enquêtées. Ce contenu reste néanmoins toujours marqué par les principaux problèmes de santé des membres de la famille. N'eût été la présence des antipaludéens, la pharmacie de Rokia, une femme mariée séropositive de 32 ans se résumerait aux antirétroviraux. Rokia explique qu'à part l'infection à VIH, elle n'a jamais souffert d'une quelconque maladie autre que le paludisme, son mari non plus et les enfants non plus. Le couple n'avait comme pharmacie que les restes de traitements antipaludéens. La détermination du contenu de la pharmacie familiale par une ou des préoccupations spécifiques de santé est encore confirmée dans le cas de Pendo, une femme enceinte primipare de 29 ans. L'exclusivité du contenu de la pharmacie est effectivement constituée par des prescriptions du centre de protection maternelle et infantile (PMI) chargé du suivi de la grossesse (Annexe 8-0, Tableau 5).

La seconde observation faite à propos des pharmacies familiales et la place primordiale accordée au médicament générique ; de rares personnes qui en ont les moyens, comme Lucie consultante en sociologie et son mari cadre supérieur en informatique préfèrent toujours les médicaments en spécialité qui, selon eux, présentent plus de garantie de qualité (dosage du principe actif, qualité du conditionnement et de la conservation). Mais les participants à l'étude, en majorité des petits commerçants et des salariés modestes aux revenus globalement bas, — comme d'ailleurs le reste de la population —, considèrent

que ces produits leur sont financièrement inaccessibles. Selon « Vieux-Jean », un militaire à la retraite en 2006, « Les produits originaux¹²⁴ de la pharmacie sont pour ceux qui travaillent et qui ont de bons postes ; sinon, si tu touches trente mille (30 000) francs par mois, tu as une femme et des enfants qui doivent être nourris, logés, scolarisés et soignés, tu ne peux même pas dépasser mille francs à la pharmacie ; or c'est rare qu'un médicament de spécialité, le plus simple soit-il, coûte au moins mille et quelques ». Cet avis est largement partagé par Perpétue, une couturière de 31 ans : « Le générique, c'est ce qui nous sauve. Sinon, moi-là, je n'arrive même pas à attraper toujours l'argent du loyer de mon atelier, comment j'allais trouver près de quatre mille (4 000) francs pour acheter un antipaludéen comme Co-arinate ? Mais Dieu merci, avec trois cent cinquante (350) francs, j'ai deux plaquettes de Nivaquine® et deux plaquettes de paracétamol en générique ».

LA GAMME DES TRAITEMENTS ANTIPALUDÉENS, SUPPORT D'AUTOMÉDICATION

Une autre observation importante peut être faite entre le contenu de ces pharmacies et les produits identifiés par les personnes pour leurs traitements antipaludiques. Bien souvent, les deux médicaments cités de façon récurrente dans ce traitement sont en très faible quantité. Quand nous avons trouvé du paracétamol, de la Nivaquine ou de la chloroquine, il s'agissait de reste de quelques comprimés, au plus une plaquette de 10 comprimés.

Cette observation mise en rapport avec les discours qui vont suivre sur l'omniprésence de ces médicaments dans le traitement du paludisme aboutit à la déduction que ces produits sont tellement utilisés qu'il ne reste jamais un traitement complet ; il s'agit donc plutôt de « pharmacies des restes ». Ainsi, les pharmacies familiales seraient essentiellement constituées de restes de traitements, et non de doses de traitement prévus pour prendre entièrement en charge une maladie qui surviendrait. Cette remarque explique en effet que les contenus des pharmacies familiales soient souvent entamés et qu'ils reflètent les principales maladies soignées dans la famille.

124 Entendre par produits originaux les médicaments pharmaceutiques de spécialité.

Liste des produits utilisés pour le traitement du paludisme

N°	Produits	Fréquence Utilisation/10	Fréquence Utilisation/30	Mention Entretien de groupe	Observation
01	Nivaquine/ Chloroquine, cp ou sirop	07/10	15/30	X	- Utilisé essentiellement en automédication par les adultes ¹²⁵ - Consultation et ordonnance médicale pour les enfants
02	Paracétamol cp ou sirop	09/10	21/30	X	- Utilisé essentiellement en automédication par les adultes ¹²⁶ - Consultation et ordonnance médicale pour les enfants
03	Aspégic 500mg	01/10	04/30		- Ordonnance médicale - Automédication
04	Amodiaquine cp & sirop	01/10	03/30		- Ordonnance médicale pour les enfants ; - Automédication pour les adultes
05	Quinine sulfate	01/10	03/30	X	- Ordonnance médicale - Automédication
06	Fansidar	01/10	03/30		- Ordonnance médicale - Automédication
07	Quinimax inj/cp	01/10	04/30		- 2 Formes injectable : ordonnance médicale - En comprimé : Automédication
08	Co-Arinate	01/10	01/30		- Automédication
09	Arsumax	01/10	02/30		- Prescription orale du médecin
10	Alfan	01/10	01/30		- Prescription orale du médecin
11	Arthémether	01/10	02/30		- Ordonnance médicale
12	Résochine (préventif femme enceinte)	01/10	01/30		- Ordonnance médicale
13	Sulfadoxine	01/10	01/30	X	- Ordonnance médicale
14	Camoquin cp	01/10	01/30	X	- Ordonnance médicale
15	Combimal	00/10	01/30		- Automédication
16	Flavoquine cp	00/10	01/30		- Automédication
17	Asunate cp fort	00/10	01/30		- Ordonnance médicale
18	Malarix	01/10	01/30		- Ordonnance médicale
19	Cotexin 60mg	00/10	01/30		- Ordonnance médicale
20	Artéquin	00/10	01/30		- Ordonnance médicale
21	Maloxine	00/10	00/30	X	- Ordonnance médicale
22	Amoxicilline cp/sirop	01/10	04/30		- Automédication
23	Ibuprofène cp/sirop	01/10	07/30		- Automédication
24	Diclophénac	01/10	02/30		- Automédication
25	Efferalgan	00/10	01/30		- Ordonnance médicale
26	Dafalgan	00/10	00/30	X	- Ordonnance médicale
27	Parégorique	00/10	02/30		- Automédication
28	Solutred	00/10	01/30		- Ordonnance médicale
29	Drastin	01/10	01/30		- Automédication (méd rue)
30	Produits traditionnels	02/10	06/30		- Automédication
31	Arinate	00/10	01/30		- Ordonnance médicale
32	Painex	00/10	01/30		- Automédication

125 Sur le terrain en 2007, de fréquentes ruptures de Nivaquine/Chloroquine en pharmacie ont été évoqué par des personnes enquêtées pour justifier le recours aux médicaments de la rue (Vieux-Jean, Marie).

126 Sur le terrain en 2007, de fréquentes ruptures de Nivaquine/Chloroquine en pharmacie ont été évoqué par des personnes enquêtées pour justifier le recours aux médicaments de la rue (Vieux-Jean, Marie).

Comme le montre le tableau ci-dessus, le détail du contenu des pharmacies révèle l'omniprésence d'un médicament générique, la choroquine, ou sa spécialité, Nivaquine® (Annexe 8-1) ; la moitié des personnes interviewées disent l'utiliser en première intention et en automédication en cas de suspicion du paludisme, chez les adultes comme chez les enfants. La connaissance de la maladie, mais aussi du médicament, justifie l'unanimité de la pratique de cette automédication pour les adultes, et les grands enfants. Le recours à la consultation médicale est seulement mentionné pour les nouveau-nés dont la fragilité justifie toutes les attentions. Le maintien de ce vieux produit introduit déjà au moment de la colonisation parmi les traitements antipaludéens de référence tranche avec les récentes données scientifiques sur une résistance de plus en plus constatée du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine en Afrique (IBRAHIM & al. 2008 p. 47). La persistance de la large utilisation de ce médicament malgré cette chimiorésistance documentée questionne sur l'accessibilité financière des populations aux nouvelles associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) recommandées par l'OMS deux ans avant le déroulement de cette phase de l'étude en 2007 (OMS, 2005), et associant des dérivés d'artésunate et Amodiaquine. L'utilisation préférentielle de la Nivaquine® peut également être favorisée par son accessibilité sociale et géographique ; bien que ce produit soit disponible dans la plupart des familles, il apparaît plus aisé de s'approvisionner en urgence et même tard dans la nuit chez un voisin du *celibatorium*, en attendant les heures d'ouverture des pharmacies. En outre, et comme le relève Marie, une mère de famille asthmatique et qui a des difficultés de déplacement, « On trouve de la choroquine partout, en pharmacie ou avec les enfants qui viennent nous vendre des médicaments à la maison¹²⁷ ; même si la radio nous déconseille d'acheter ces produits, on voit bien que ce sont les mêmes plaquettes de Nivaquine ou de choroquine, ou encore de Paracétamol que dans les pharmacies et au même prix. Alors, je les prends, surtout que c'est difficile pour moi d'aller en pharmacie et mes enfants sont encore trop petits pour que je les envoie. Si je gagne également des produits de la pharmacie, je prends ». L'ancienneté de son utilisation, son efficacité éprouvée dans le passé, mais aussi son accessibilité financière, géographique (dans n'importe quelle pharmacie, chez les vendeurs ambulants, chez le voisin du *celibatorium*), en font un produit commun support de relations sociales (échanges et discussions autour des prises). Un tel niveau d'intégration sociale de l'objet thérapeutique doit néanmoins être analysé de façon plus approfondie en rapport avec la nouvelle question de la chimiorésistance du plasmodium et de la disponibilité de nouvelles alternatives (efficacité et coût des nouvelles molécules).

Nous relevons également l'utilisation quasi-généralisée du Paracétamol, que ce soit seul pour le traitement du paludisme ou comme antalgique associé au traitement de l'atteinte palustre ; ce produit est mentionné par 28 personnes sur 30 (Annexe 8-1). Safiatou, une gérante de cybercafé de 28 ans reconnaît : « *Sans le Paracétamol, je me demande comment j'allais vivre ; bien que j'ai raté le BAC, quand je veillais en Terminal pour étudier, le lendemain je ne pouvais pas tenir en classe si je ne prenais pas du Paracétamol. Et maintenant encore, si je prends le Paracétamol dès les premiers signes du palu, souvent, ça passe. Et*

127 Elle désigne ainsi les vendeurs ambulants de médicaments de la rue.

même quand ça ne passe pas, je reprends du paracétamol avec la nivaquine, et ça soulage mes douleurs articulaires en attendant que la nivaquine travaille. Et même si je dois prendre un autre produit à la place de la Nivaquine, je continue néanmoins avec la Paracétamol ; il est bon pour tout, mêmes mes règles douloureuses, il les calme ! ». Hubert, un électricien lettré de 22 ans, avoue « Je pensais que le Paracétamol était un médicament qui lutte contre le palu... ». Le discours sur le large spectre d'efficacité socialement accordée au Paracétamol est plus ou moins repris par toutes les catégories d'âge et de revenus, les plus âgés avec en tête tantie Guènèta, 68 ans, l'utilisant régulièrement pour apaiser leurs rhumatismes, et les plus jeunes en faisant une utilisation des plus surprenantes ; en effet, Damien, 36 ans, qui ne cache pas son penchant pour l'alcool, nous livre ainsi ce qui apparaît pour lui comme le secret de sa résistance à ce liquide enivrant : « Quand je sors avec les amis le week-end pour une séance de Gode¹²⁸, je prends à l'avance deux comprimés de Paracétamol ; alors, mes copains ne comprennent rien ; je bois autant qu'eux, mais ils se saoulent tous avant moi ».

L'analyse des motifs d'achat des médicaments par catégorie (Annexes 8, tableau 8-2) permet de distinguer les utilisateurs par groupes en fonction des revenus et des motivations particulières. Les génériques, moins chers et pourtant à l'efficacité reconnue par les médecins et par l'ordre des pharmaciens, sont prisés par la grande majorité des participants à l'étude. Il s'agit des personnes à revenu modeste, soucieuses d'accéder/ ou de faire accéder leurs proches, à des médicaments efficaces et à moindre coût. Ces médicaments sont recherchés pour les personnes reconnues comme vulnérables (femmes et particulièrement la femme enceinte, les enfants, les personnes infectées par le VIH. À ce propos, il est significatif que les deux personnes qui s'approvisionnent en médicaments exclusivement en pharmacie sur présentation d'ordonnance médicale soient Pendo, la femme enceinte, et Rokia, séropositive. Les personnes qui présentent des quantités significatives de spécialités d'antipaludéens dans leur pharmacie familiale présentent par contre un autre profil, et d'autres motivations. Ils disposent de revenus plus importants que ceux de la plupart des participants. Avec les moyens, ils peuvent donc s'offrir un produit de référence qui allie qualité scientifique et confort de l'utilisation, préférer l'original de la molécule à sa copie (Amédé, Mme Sissao, Mme Sya, Lucie). Une digression dans la globalité des pharmacies domestiques s'impose ici pour parler de personnes aux revenus modestes, mais qui n'ont pas d'autres choix que d'utiliser les spécialités ; il s'agit de personnes porteuses de maladies spécifiques dont les médicaments ne sont pas encore disponibles sous la forme générique. Tantie Guènèta et Madame Zallé malgré la précarité de leurs revenus doivent acheter des spécialités pharmaceutiques pour traiter l'Hypertension artérielle (HTA) et le diabète. Le penchant de certaines personnes pour l'achat et l'utilisation de stimulants sexuels paraît cependant lié davantage à la spécificité de leur besoin qu'à un quelconque profil économique. Certains comme Robert, Amédé, Aziz, recherchent un achat de proximité tandis que d'autres poursuivent même dans la rue, des produits en rupture dans les pharmacies (Marie, Vieux-Jean). Le cas d'Amédé montre

128 Terme populaire pour désigner une partie ou l'alcool coule à flot, et au cours de laquelle certains montrent leur capacité à ingurgiter le breuvage alcooliser.

également que la recherche de stimulants sexuels peut être une source importante de motivation pour chercher des produits dans la rue. Les utilisateurs de MT peuvent également constituer un groupe à part, qui ne prend pas en compte les revenus des personnes, mais qui marque plutôt l'adhésion de ces personnes à une phytothérapie locale perçue comme épuratrice du corps, soumis à la toxicité supposée des traitements antipaludiques chimiques (Mme Sya, Robert, Cécile, Mme Zallé, Tantie Guènèta). L'aspect culturel des MT apparaît plus clairement à travers leur utilisation récurrente dans les soins aux nourrissons (Aziz, Zallia). Enfin, la connaissance et l'intérêt pour les MTA et les produits des médecines alternatives peuvent être liés, non seulement aux capacités financières des personnes, mais aussi à leur ouverture d'esprit suffisante pour accéder aux résultats de la recherche locale et aux informations sur la dynamique locale des firmes de médecines alternatives (Amédé).

L'annexe 8, (Tableau 8-1) donne également un profil particulier aux utilisateurs de dérivés d'artémisinine, et qui sont Lucie pour l'Arinate®, Amédé pour le Co-arinate®, et Damien pour l'Arthemether® ; la première est consultante, le second est cadre supérieur, et le troisième est un salarié bien rémunéré dans une ONG, en tout une personne sur dix et trois personnes sur 30 peuvent accéder à ces produits. Ce profil rejoint d'ailleurs celui des utilisateurs de spécialités pharmaceutiques que nous venons d'analyser. À partir de ces observations, nous pouvons retenir que les personnes disposant de moyens financiers élevés, mais aussi celles qui font l'objet d'une prise en charge (PMI ou VIH), ou qui sont tout simplement reconnues vulnérables (femmes et enfants utilisant préférentiellement les génériques), accèdent davantage à des médicaments efficaces. Tous ceux qui n'appartiennent pas à ces groupes, et particulièrement les hommes démunis et peu informés apparaissent laissés à la pratique de l'automédication, avec souvent un traitement qui n'a qu'une efficacité placebo selon les données récentes. Ainsi, l'analyse du rapport des personnes au médicament, bien qu'associable à d'autres facteurs apparaît fortement déterminée par les principales valeurs associées au genre dans l'ancienne société *moose*, et qui restent relativement vivaces dans les nouvelles conditions urbaines.

QUELQUES TRAITS DIFFÉRENTIELS ENTRE HOMMES ET FEMMES

Une observation importante concernant ces pharmacies familiales est liée aux rôles de genre. Les femmes, quand elles ont un mari, présentent généralement une pharmacie incluant les médicaments de ce dernier (Mme Sya, Rokia, Marie, Pendo). Les hommes, par contre, présentent des produits utilisés, en spécifiant rarement la part des femmes ; tout au plus, évoquent-ils les autres membres du ménage. Ainsi, Amédé qui « s'est étalé » sur ses médicaments n'a cependant rien présenté concernant sa femme. Le même constat peut être fait au niveau de la quasi-totalité des hommes. Même Robert et Damien qui disent préférer se soigner à la bière n'ont pas pour autant spécifié que les médicaments présentés étaient ceux de leurs femmes et de leurs enfants mais plutôt « ceux des autres membres de la famille ». Ce rapport « genré » à la présentation des médicaments donne matière à réflexion sur le fait que c'est une pharmacie « familiale » pour les femmes, et « personnelle » pour les hommes.

D'autre part, si le profil pathologique de la personne et son niveau socioéconomique déterminent en premier lieu la présence de médicaments dans les pharmacies, il apparaît néanmoins des médicaments spécifiques au sexe : dans une pharmacie féminine, des médicaments associés à la grossesse, et dans une, masculine, des stimulants sexuels pour hommes.

L'observation des traitements utilisés dans le cas du paludisme révèle également des différences entre hommes et femmes. Pour les femmes et les enfants dont la vulnérabilité physique par rapport à l'homme, et la vulnérabilité particulière à l'infection palustre sont socialement établies, les pratiques de bonne médication s'inscrivent dans une logique sociale qui les légitime. Il apparaît alors dans l'ordre des choses que le couple mère-enfant s'impose dans le décor des formations sanitaires, que les femmes aux revenus souvent plus modestes que ceux des hommes et aient une préférence aux génériques en tant que médicaments certifiés, qu'elles ne recourent généralement aux médicaments de la rue qu'en cas d'indisponibilité des génériques (Marie). Le seul cas féminin de préférence des générique est celui de tantie Guènèta, une grand-mère de 68 ans qui, s'étant toujours soignée et soigné ses enfants pendant de longues années de non répression de la vente de médicaments, avec ce produit qui est pour elle une panacée.

Les hommes par contre, apparaissent sous l'emprise de représentations viriles du corps masculin robuste et résistant à la maladie, ou à défaut, guérissable « avec un rien », contrairement aux personnes vulnérables dont le traitement exige une attention particulière. Par ailleurs, les responsabilités attribuées aux hommes dans l'approvisionnement des ménages en ressources, notamment l'apport de *zeed ligdi* pour le financement de l'alimentation, est souvent utilisé comme argument par des hommes en besoin de prise en charge médicale, pour rester malgré tout sur leur lieu de travail. Ainsi, « l'alcoolothérapie » qui prétend guérir le paludisme par simple consommation d'alcool apparaît ici masculine : en effet, Damien et Robert disent traiter la maladie dès les premiers signes, l'un, en prenant une grosse bière BRAKINA, l'autre, une GUINNESS de 66 cl. C'est ainsi qu'ils réagiraient aux premiers symptômes du paludisme, avant de s'engager, si le mal persiste, dans un autre traitement, bien souvent en cherchant dans les médicaments de la rue par manque de temps pour se rendre dans les centres de santé comme les femmes et les enfants. Dans le même registre, la pratique du sport est apparu pour le regretté Quentin comme une thérapie anti-palustre virile, avant qu'il subisse lui-même les limites d'une telle conception. Une certaine spécificité masculine apparaît également dans le rapport à la prise des médicaments qui est souvent décrit comme peu rigoureux par rapport à celui des femmes. Par ailleurs, la préférence masculine pour les occasions de soins rapides, et l'attrait viril du risque justifient plus facilement la tendance des hommes à utiliser les médicaments de la rue. Ces spécificités de genre, bien que perceptibles dans le financement de l'achat de médicament qui est en principe du ressort de l'homme, apparaissent moins dans l'évocation des acteurs de l'achat qui sont autant des hommes que des femmes. Certains discours féminins sur des manquements des hommes dans ce financement des médicaments (Marie), trouvent écho dans la première phase de l'étude où des femmes séropositives ont été abandonnées sur

le lit d'hôpital avec leur enfant par leur mari (Safi), ou sont contraintes, malgré leur maladie de nourrir l'homme et les enfants. Ainsi, le financement des besoins du ménage, et notamment de l'achat des médicaments reste un point de débat dans la problématique de l'évolution des rapports de genre dans le contexte urbain.

Enfin, cette phase de l'enquête donne une idée générale de la consommation des produits à domicile et d'une forme d'automédication « des restes », et cela attire l'attention sur des tendances et des logiques de rapports aux médicaments.

Le médicament, support ou péril des relations de voisinage

L'extension de la solidarité entre parents dans le lignage traditionnel se déporte dans les *celibatoriums*, où peuvent s'échanger des objets d'usage les plus courants, et notamment le médicament. Le caractère « courant » de ces objets laisse entrevoir qu'il concernera, dans les lieux communs de vie et notamment dans les *celibatoriums*, les médicaments utilisés pour le traitement du paludisme. Damien confirme cet argumentaire dans un discours qui en pose clairement les conditions de ces échanges, mais aussi les risques qui s'y associent : « *Je suis en location, on est nombreux ; tout le monde se sert chez moi en médicament, surtout le paracétamol ; c'est pour cela que je vous dis que j'achète maintenant au kilo... ; puisque tout le monde... ; tu ne peux même pas faire deux à trois jours sans que quelqu'un vienne chercher un produit : Bétadine, Coton, compresse, sparadrap.... ; Comme je suis mécanicien, une blessure est vite arrivée, donc, j'achète tous ces produits et je les pose en cas de besoin ; en plus, je pense à mon enfant ; comme les gens savent cela, tout le monde se sert chez moi. Ils prennent la Bétadine, ils font deux ou trois jours sans donner de nouvelles. Il faut poursuivre pour aller récupérer ; ça peut même créer des problèmes. Donc, je pense quelquefois que je vais arrêter ce système. Sinon, je sens que ça va finir par une bagarre* ».

Chez Tantie Guènèta, cette dimension socialisante du médicament s'inscrit dans des relations d'ascendante à descendants ; le médicament apparaît comme un lien qui éclaire les liens de consanguinité entre tantie Guènèta et ses petits enfants ; non seulement ceux qui sont directement sous sa tutelle et vivent dans sa maison, que ceux qui vivent sur les parcelles voisines avec leurs parents. Tous ses petits-enfants prennent leur médicament contre le paludisme chez elles. À travers les sollicitations de Tantie Guènèta, apparaissent également d'autres liens plus socialement établis par l'appartenance à une seule concession. Ainsi, même des enfants de locataires deviennent des « petits enfants classificatoires » de l'aïeule appelée d'ailleurs par tous les adultes, « m'ma », mère, et par leurs enfants *yaaba* ou grand-mère. Tantie Guènèta décrit ainsi sa situation : « *Mes médicaments contre le palu sont utilisés ici (dans la concession) par tout le monde, grands et petits. Surtout le « epice ». Dans ma maison ici, c'est surtout ce produit qui soigne mes petits-enfants qui sont avec moi quand ils ont le corps chaud. Un comprimé, une deux ou trois fois et le mal est passé. J'aime ce produit parce qu'il est efficace (...). C'est d'ailleurs pour cela*

que tout le monde vient chez moi pour en chercher. En plus donc de mes petits-enfants qui vivent avec moi, il y a aussi mes autres petits-enfants qui sont dans la cour, et qui sont soignés ici quand ils sont malades¹²⁹ ; leurs mamans les amènent seulement au dispensaire quand la maladie est grave. Sinon pour les petits « palu », c'est ici qu'ils viennent prendre les comprimés de « epice ». Même leurs parents viennent se servir ici. Mais aussi « petite maman » qui est en location chez...Même les commerçants dehors et leurs employés, quand les maux de tête les surprennent, ils viennent demander le epice ici parce qu'ils savent que j'en ai. Actuellement, le produit est difficile à trouver (...). Comme ils savent que j'en ai, alors ils viennent toujours me demander ; moi aussi je leur donne, parce que ce sont mes enfants. Je les ai vus presque tous grandir comme apprenti chauffeur ou apprenti mécanicien ou apprenti menuisier dans les ateliers qui sont dans le voisinage. Même si je ne les connaissais pas, je leur donnerais quand même par humanisme (...); certains me font de temps en temps de petits cadeaux de fruits ou de savons, ... D'autres me regardent comme cela ; ils viennent prendre comme si c'était eux qui avaient posé ça ici ; pour eux, quand il n'y en a plus beaucoup, je dis que ça manque ».

Mme Zallé joue un rôle similaire dans son voisinage où sa disponibilité, ses connaissances, mais aussi ses moyens économiques plus élevés que les autres, vident régulièrement sa pharmacie : *« Ma chloroquine et mon paracétamol ne suffisent pas pour les enfants du voisinage. Surtout les enfants de la concession d'en face. Ils sont deux frères de 10 et 8 ans ; ils sont dans la même école que mes deux petits-enfants du même âge. Leur mère est venue prendre la maison sans qu'on ne voie son mari ; elles gèrent un téléc centre à côté de l'église ; elle quitte le matin et revient toujours après 20h. Elle vient de laisser l'argent pour l'alimentation des enfants quand ils reviennent de l'école à midi ; Souvent, quand elle revient la nuit, elle vient réveiller les enfants endormis avec mes petits-enfants chez moi. Il lui arrive également, quand elle arrive tard, de ne pas venir chercher les enfants ; ils passent alors toute la nuit chez moi et ils repartent à l'école avec mes petits-enfants le lendemain. Finalement, c'est comme si eux aussi, ils sont mes petits-enfants. Donc, quand je dois soigner un d'entre eux qui a le palu, je leur donne à tous les quatre les mêmes comprimés de paracétamol et de chloroquine. Cela évite que pendant que le premier malade guérit, un second se déclare et ainsi de suite. Le palu est comme cela ; une fois qu'il entre dans une concession, il faut qu'il fasse le tour de ceux qui y habitent. Comme ces enfants Ils sont tout le temps avec mes petits-enfants, je leur donne les médicaments ensemble. Mais il y a aussi les enfants de notre voisin gardien ; comme il n'avait pas les moyens, mon mari et moi nous l'avons toujours aidé avec des enfants. Maintenant, dès qu'un enfant a mal à la tête ou commence à vomir, il faut que sa femme me l'amène ; c'est moi qui trouve de quoi l'enfant souffre, et c'est moi qui donne le médicament ! Je me cherche maintenant, mais je ne sais plus comment faire.... ».*

¹²⁹ En rappel, il s'agit d'une grande parcelle d'héritage répartie entre 4 frères. Trois enfants de tantie Guènèta y habitent en permanence, chacun avec sa famille, tandis qu'elle-même occupe une des parcelles avec des petits enfants dont le père réside ailleurs.

Les itinéraires de soins marqués par les valeurs de genre

Les entretiens liés sur l'origine des médicaments des pharmacies domestiques ont montré la part dominante de l'automédication dans le traitement des maladies en général, notamment le paludisme. Cet automédication apparaît d'abord à travers l'expression « *j'ai pris* » pour parler des médicaments utilisés, plutôt que « *il m'a été prescrit* », et se confirme ensuite par la référence aux services de santé, aux thérapeutes traditionnels et aux médecines alternatives en cas de persistance ou d'aggravation du mal. Par ailleurs, à la question « *Qui vous prescrit ce produit ?* », nous avons souvent eu des réponses comme le « *Je connaissais* », « *c'est moi-même* », « *on me l'avait prescrit une fois* », le voisin, le parent, le collègue, l'ami..., « *me l'a conseillé* ». L'histoire de l'approvisionnement des produits de la pharmacie familiale dévoile comment tous les hommes, et treize des dix-sept femmes interviewés sur ce thème, pratiquent l'automédication, et dans quelles circonstances ils l'associent aux prescriptions médicales, dans le traitement du paludisme. Les itinéraires de soin qui vont suivre sont choisis parce qu'ils laissent apparaître plus nettement que d'autres, la relation entre les considérations de genre et les représentations du paludisme et des catégories de médicaments, les rôles de genre, l'accès aux médicaments et leur utilisation.

Quatre études de cas

Les cas retenus ici sont emblématiques du lien entre valeurs de genre et rapport des personnes au médicament. À travers la variété des situations et les réalités sociales, ces histoires laissent se profiler les différences entre hommes et femmes.

ROBERT OU L'HOMME QUI ENDOSSE SES RESPONSABILITÉS MASCULINES ET RISQUE LA MORT

Robert est un jeune *moose* de 35 ans qui a le niveau CM2 de l'école primaire et qui gagne sa vie dans l'exploitation d'un kiosque¹³⁰ très fréquenté dans la périphérie de la ville de Ouagadougou où il réside lui-même avec sa femme, ses trois enfants, et sa mère. Il partage la parcelle d'héritage avec son frère cadet chômeur mais néanmoins époux et père d'un premier fils de quelques mois. Ce dernier ainsi que toute sa famille est à la charge de Robert, l'aîné fortuné et responsable de la famille. Leurs deux autres sœurs sont mariées et vivent en principe chez leurs époux, non loin de la concession paternelle qui est maintenant sous la responsabilité de Robert, désormais appelé par tous *zaksoba*. Selon Robert, elles reviennent régulièrement à lui pour demander des soutiens divers et même de la nourriture, en arguant que leurs époux ne leur en donnent pas assez.

Que ce soit du fait de l'absence de ressources de son frère cadet, la tutelle infinie des sœurs, la dépendance de plus en plus grande de leur mère âgée, ou encore l'exacerbation de la responsabilité maritale et paternelle, Robert apparaît comme un homme qui n'a pas peur des responsabilités. Il raconte ainsi à l'équipe des chercheurs comment un soir, alors qu'après ses courses de ravitaillement, il

¹³⁰ Une sorte de « *fast food* » mais en plus étoffé, qui permet au passant de marquer un arrêt, pour boire une bière, une boisson fraîche sucrée, au contraire un thé ou un café, ou un petit plat rapide comme un steak ou une omelette.

retournait tranquillement à la maison, il se retrouve, avec la charge d'une femme enceinte qu'il n'avait jamais rencontrée auparavant. En passant, il avait été perplexe à la vue d'une femme enceinte prostrée, balluchon en main sous un arbre au bord de la voie ; sentant sa détresse, il était revenu sur ses pas pour s'assurer qu'elle n'avait pas besoin d'aide. C'est ainsi qu'il apprendra qu'elle venait d'être chassée de sa famille par son père et chassée une seconde fois par l'auteur supposé de la grossesse qui n'a pas voulu la prendre chez lui. Elle était donc dans la rue et ne savait pas où aller. En homme responsable, il lui proposera le toit et le gîte en attendant. Robert la conduit donc chez lui et la confie à sa femme pour la bonne évolution de la grossesse. Cependant, cette femme enceinte s'est avérée tellement malade que même l'épouse de Robert n'en pouvait plus, et avait tendance à écourter les nécessaires veilles à son chevet ; cette défaillance de l'épouse obligeait Robert à veiller à son tour sur l'étrangère souffrante, alors qu'il avait des journées de travail pleines et avait, en tant que président du comité d'organisation du 25^{ème} anniversaire de la construction de l'église du quartier, un calendrier particulièrement chargé de réunions. Il fallait donc veiller la nuit sur l'étrangère malade, sans compter la charge financière qu'elle constituait.

Malgré ses journées de forçat, Robert racontait dans la bonne humeur lors de nos entretiens, sa mauvaise fortune avec cette femme qui était si difficile à aider. Il expliquait également comment son sens de sa responsabilité d'homme ne lui permettait pas d'abandonner ainsi une femme enceinte dans la rue, même si d'autres, notamment son père et le père de son enfant, ne se sont pas gênés de le faire. Pour lui, s'il l'a rencontrée ainsi, c'est que « -« *Goâg ka konsd nid'n yonsga zislem tek'ye* » en moore qui signifie que l'épine ne pique pas quelqu'un au delà de son poids ; en d'autres termes, l'ampleur des problèmes est proportionnelle à chacun. En effet, la prospérité de ses affaires était visible : achat d'une nouvelle moto « Kaiser » à un peu moins d'un million de francs CFA pour lui ; achat d'une nouvelle moto « Crypton » à près de sept cent mille francs pour son épouse, des tenues ostentatoires.

À nos questions sur les signes de fatigue sur son visage, Robert répondait qu'il lui suffisait de prendre une bonne Guinness le soir au coucher et tout allait bien le lendemain. De même, il disait ne jamais traiter son palu autrement qu'avec cette boisson ; « *Dès que je sens le palu, je prends une bonne dose de Guinness, et ça passe...* ». Selon lui, « *le palu ne peut pas te terrasser tant que tu es jeune, très actif et sportif ; c'est la maladie des personnes faibles, comme les femmes et les enfants, surtout les femmes enceintes... Eux, dès qu'ils ont le palu, il faut courir avec eux à l'hôpital pour éviter la catastrophe.... Moi, j'ai toujours utilisé la Guinness et cela a toujours marché* ». Il soutient d'ailleurs à notre grand étonnement que la Guinness est bel et bien un antipaludéen (la preuve, son goût était amer comme la Nivaquine), et qu'elle se vendait même à une époque en pharmacie. Il soutenait au moment de l'inventaire de la pharmacie familiale en 2007 que les antipaludéens dont il disposait étaient destinés aux enfants et aux femmes ; lui, n'avait pas du temps à perdre au CSPS alors qu'il avait un médicament si efficace et tellement plus agréable à consommer, la Guinness.

Environ deux mois plus tard, Robert qui venait solliciter notre aide pour l'introduction auprès du service de l'Action sociale du dossier de son étrangère nouvellement accouchée, nous raconte comment il a échappé de justesse à la mort, au plus fort de ses activités et à la veille du Jubilé d'argent de l'église. L'étrangère venait d'accoucher depuis quelques jours mais les réunions étaient de plus en plus fréquentes et l'affluence du Kiosque de Robert, le plus proche de l'église était déjà à son comble, les manœuvres de ravitaillement aussi. Robert reconnaît qu'il ressentait une sensation de fièvre, des courbatures et des maux de tête de plus en plus violents, mais s'est néanmoins obligé à s'acquitter des courses de la journée afin de garantir le ravitaillement du kiosque en boisson le lendemain. Pour supporter les douleurs, il avait même consenti à prendre 2 comprimés de Paracétamol la veille de sa crise, devant l'échec manifeste de sa cure de Guinness. Le lendemain au soir, il était en train de faire les comptes de fin de journée quand il s'est évanoui. Il sera retrouvé par son frère cadet venu par hasard le chercher pour lui passer une communication téléphonique. C'est ainsi qu'il sera transporté dans la voiture d'un client au CMA où heureusement il y avait un service de nuit. Selon Robert, à son réveil, il aurait appris qu'il avait été diagnostiqué comme un « neuro-palu » avec 40°C de fièvre, traité au Quinimax injectable et par perfusion pendant 6 jours d'hospitalisation, avant de repartir avec une série d'examens neurologiques à faire. C'est ainsi donc qu'il aurait échappé à la mort.

L'histoire de Robert nous est apparue comme une belle illustration de l'intégration individuelle, voire de l'exacerbation de valeurs associées à la masculinité, qui vont déterminer le rapport à la maladie et l'accès aux médicaments. La valorisation particulière de la capacité de l'homme est chez lui plus une posture personnelle qui le conduit, plus que son frère chômeur mais qui ne fait rien pour l'aider dans la gestion de son kiosque qui pourtant le nourrit, plus que le père de la fille et le père de l'enfant de cette fille, à s'imposer d'assumer une responsabilité des hommes en général : prendre soin de la femme enceinte. Son rapport particulier à la responsabilité, alors que d'autres hommes a priori plus concernés que lui, montre que cette valorisation de la responsabilité considérée idéalement comme l'apanage des hommes ne les touche cependant pas au même niveau. Cette responsabilité est également l'occasion d'une démonstration de capacité financière par la prise en charge totale d'une inconnue pour le suivi de sa grossesse et son accouchement, en plus des autres démonstrations. Les maladies de l'étrangère, et la capitulation de l'épouse donne également à l'homme une occasion de montrer une autre forme de sa capacité, celle physique. Ainsi prétend-il pouvoir veiller sur la malade après une journée de travail ininterrompu. L'application de cette « capacité physique » particulière des hommes l'amène à croire à son invulnérabilité au paludisme, contrairement aux catégories faibles. La présence des femmes et des enfants est ainsi légitimée dans les services de santé, mais pas celles des hommes. Le discours de Robert laisse entendre que ces derniers ne peuvent pas abandonner leur travail sous le prétexte des soins. L'intégration élevée des valeurs masculines au point de nier les limites du corps ont bien failli coûter la vie à Robert.

QUENTIN : SURPRIS ET EMPORTÉ PAR UN SIMPLE « PALU »

Quentin est un *moose*, veuf, et séropositif de 51 ans, qui vit dans le chômage depuis qu'il a perdu son emploi de chauffeur en 1994 suite à des maladies. Depuis, il vit seul, ayant préféré confier ses enfants, deux garçons de 10 et 12 ans, à son frère commerçant pour qu'il les forme à son activité, et les filles à leur grand-mère. Il vivait alors seul dans son bâtiment, à côté de sa vieille mère. Nous l'avons interviewé pour la première fois en mai 2003, durant la première phase de nos enquêtes sur l'infection à VIH. Il trouvera la mort en janvier 2008, suite à une crise palustre qu'il avait d'abord négligé.

Quentin était resté sportif malgré son âge et malgré l'infection à VIH. D'abord très affaibli par cette infection, il ne doit sa survie qu'à l'arrivée des ARV issus des dons en 2005. Le « *miracle ARV* » ayant rendu santé et dynamisme à Quentin au bout de cinq mois, il a pu mettre en place une activité de vente de bois de chauffe grâce à un crédit de deux cent cinquante mille (250 000) francs CFA octroyé en 2006 par l'association, rallongé de cent mille (100 000) francs CFA par un ami de longue date fortuné. Son commerce marchait et il avait fini de rembourser son crédit en 18 mois en juin 2007. Avec la santé retrouvée et la régularisation de ses revenus, Quentin s'exprime ainsi au cours de notre dernier entretien : « *Maintenant que j'ai retrouvé une activité digne, que je peux avoir mon argent, que je peux parler d'égal à égal avec qui je veux, je me sens à nouveau un homme ; sinon, avant-là, quand vous veniez me trouver coucher ici, malade et affaibli, et en plus sans rien dans la poche, même pour acheter mon savon, je n'étais pas vraiment un homme ; aujourd'hui, j'ai les moyens de vous offrir l'eau de l'étranger, et je ressens cela comme une obligation, pour réparer un peu mon honneur d'homme...* ». Je pouvais constater en effet que sa voix avait une intonation plus élevée que d'habitude, qu'il parlait avec assurance et riait facilement aux éclats, ce qui n'avait jamais été le cas au cours de nos entretiens précédents.. Avec le retour de santé, Quentin m'informe qu'il avait également repris le sport. Son ambition était de créer une équipe de football au sein de l'association ; cette équipe serait alors financée sur le même fonds que les activités de formation qui, comme il le déplorait, étaient alors surtout orientées vers les femmes.

Il avait l'habitude de déclarer au cours des entretiens qu'il n'avait jamais été alité par le paludisme. Quand il ne se sentait pas bien, il lui suffisait de faire un bon entraînement pour faire disparaître tout malaise. Voici ce que son ami m'a rapporté après le décès : tout allait bien sur le plan médical et financier pour Quentin. Il avait repris ses entraînements avec l'équipe de football de son quartier avec son ami Victor, également participant à notre étude. Victor dit avoir été étonné de ne pas le voir au groupe de parole qui se réunit tous les mois et qu'il n'avait jamais manqué. Comme son domicile était à côté, il serait passé pour voir ce qu'il en était. Il a trouvé Quentin couché, fiévreux. Ce dernier lui expliquait qu'il s'était senti mal deux jours auparavant. Il avait des courbatures et des maux de tête qu'il avait reconnus comme des signes du paludisme ; et comme à l'accoutumée, il est allé faire du sport pour disperser le mal. Il avait alors joué tout un match malgré le calvaire qu'il ressentait. Loin de disperser le mal, cet effort l'avait amplifié. Il est donc rentré chez lui, et prit exceptionnellement deux comprimés de paracétamol associés à sa prise habituelle d'ARV avant de se coucher. Le lendemain, à son réveil, il n'allait toujours pas mieux. Il décide alors de prendre 3X2 paracétamol matin, midi, soir. À la nuit tombée, il se sentait

toujours aussi mal ; le troisième jour, il décide alors d'associer de la nivaquine au paracétamol. Compte tenu de la sévérité de son atteinte, il opte pour un traitement choc de 6 comprimés/jour en prise unique pendant trois jours. Toute la soirée et le lendemain, il était resté secoué par ce traitement : maux de ventre, fièvre, vomissements, vertiges, et bourdonnement d'oreille. Au passage, notons qu'il avait vomis les ARV pris le matin même.

C'est ainsi que son ami Victor avait trouvé Quentin ce jour-là. Comprenant la gravité de la situation il décide de conduire Quentin au dispensaire. Mais le malade lui-même propose une clinique voisine et rassure qu'il dispose des moyens pour payer ; mais à la clinique le malade reçoit une injection de Quinimax + Hydrosol polyvitaminé et un traitement oral (Coartem), à commencer dès le lendemain. Il est reconduit à son domicile et s'endort aussitôt. Son ami rentre chez lui. Mais le malade s'évanouira dans la nuit et sera conduit à l'association le matin pour voir le médecin. Ce dernier, trop occupé par les malades programmés pour la journée, redirige le malade au CHU. C'était le septième jour de la crise palustre de Quentin. À l'hôpital, après les formalités de prise en charge, et dès les premiers soins, Quentin tombera dans un coma dont il ne sortira plus malgré les traitements. Il décèdera dans la matinée du jour suivant.

La chronique de la mort de Quentin ne se distingue de l'histoire de Robert que par le dénouement. L'un survit, l'autre meurt. Mais l'une des causes de cette exposition aux pires conséquences du paludisme est la valorisation particulière de la capacité de l'homme et notamment de sa capacité physique à résister à la maladie, en l'occurrence au paludisme qui n'est jamais pour l'homme qu'un « simple palu » aisément dispersé par une petite séance de sport. Ce rapport particulier des hommes à leur corps, qui peut renvoyer aussi à la culture des faits de guerre et à la résistance du guerrier, contribue à des choix de thérapies, qui, nous le voyons, peuvent être particulièrement dommageables pour les hommes.

MARIE : LA FORCE DU PRAGMATISME

Marie est une jeune femme *moose* de 32 ans, épouse et mère de deux fillettes de 10 et deux ans ; et d'un garçon de 14 ans.

L'asthme dont elle souffre depuis toujours se manifeste par deux à quatre crises annuelles régulières qui mettent à mal la relation entre les époux. Chaque crise se traduit en effet par un alitement d'une à plusieurs semaines, et le coût des médicaments, tous des spécialités pharmaceutiques, qui avoisine vingt cinq mille (25 000) francs par crise. Ce montant est considéré par le mari comme trop élevé pour son salaire de soixante mille (60 000) francs mensuels. Selon son mari que nous avons également rencontré pour une médiation dans un conflit du couple en rapport avec une relation extraconjugale du mari qui exige la répudiation de Marie, et qui nous a été rapporté par l'épouse. Selon elle, son époux répète que toutes ses économies sont absorbées par la maladie chronique de sa femme. C'est ainsi qu'il n'a pas encore réussi à remplacer la maison d'héritage en banco par une maison en parpaing comme son frère aîné qui habite également avec sa famille dans une parcelle voisine¹³¹, ou comme celle

¹³¹ En mémoire, il s'agit de la parcelle d'héritage mentionnée dans le chapitre sur l'organisation de l'espace domestique. La parcelle est répartie en quatre sous-parcelles qui sont chacune octroyée à l'un des quatre héritiers, avec une petite réserve

également voisine de sa mère que lui a construite son frère puiné, travailleur émigré en Europe. Il estime que la maladie de sa femme sera tôt ou tard la cause de sa ruine et pour cette raison, il n'hésite pas à jeter ses affaires dehors à chaque dispute en espérant qu'elle finira par retourner chez ses parents. À son grand désespoir, elle reste, elle pleure, elle promet de mieux surveiller sa santé et il finit toujours par la laisser réintégrer la maison conjugale. Marie à son tour, consciente de la charge qu'elle constitue pour son jeune époux de 42 ans, et du danger qu'elle court d'être évincée de sa position d'épouse par une femme certainement en meilleure santé et sûrement plus jeune. Elle dit avoir même tenté de gagner de l'argent pour aider son mari, en vendant de l'igname et de l'aloço frits dont les enfants sont friands. Mais elle dut abandonner ce commerce à la suite d'une crise, les médecins ayant estimé qu'elle était davantage fragilisée par la poussière de la route au bord de laquelle elle s'installait, par la fumée du bois qu'elle utilisait comme combustible et par la proximité prolongée avec les braises.

Face aux menaces de renvoi du mari, la femme faisait de son mieux pour ne pas aggraver sa situation. Ainsi, prenait-elle des précautions pour retarder autant que possible ses crises (inhalation de vapeurs d'eau chaude, rideaux compacts dans toute la maison pour éviter la poussière). Selon Marie, la maladie et son incapacité à faire rentrer de l'argent dans le ménage renforçaient sa dépendance de femme. Elle se voyait contrainte de supporter en silence toutes les brimades ; elle dit que finalement peu lui importaient les menaces verbales et autres insultes ; par contre, elle était particulièrement tracassée par l'insuffisance de l'argent que lui laissait son mari pour l'alimentation et les soins de la famille. Elle dit recevoir ainsi quinze mille (15 000) à vingt mille (20 000) francs CFA de la part de son mari alors qu'il part pour plusieurs semaines voire un mois, ce qui revient à moins de mille (1 000) francs CFA par jour pour l'alimentation de six personnes (Marie, ses trois enfants, la nièce du mari et sa fillette). Or, le kilo de viande de second choix est à mille sept cent cinquante (1 750) francs, le kilo de riz à quatre cent (400) francs et le litre d'huile à huit cent (800) francs. L'argent donné par le mari est donc toujours largement insuffisant pour l'alimentation familiale. Or, c'est également avec cet argent que Marie doit affronter les éventuelles dépenses de santé des enfants et d'elle-même, sans compter ses redoutables crises d'asthme. En fait, la situation de Marie, malgré les signes de rancœur de son mari, n'est pas forcément pire que celle d'une autre. Mais à la différence des autres femmes, Marie de par sa maladie ne peut pas trouver le complément d'argent nécessaire¹³².

Il s'agit donc pour elle de pouvoir réduire les dépenses alimentaires au minimum vital, mais aussi et surtout les dépenses de santé. Pour cela, il lui faut éviter à tout prix que les enfants se retrouvent en consultation médicale toujours cause d'importantes dépenses¹³³ ; or la principale menace de santé des enfants

préservée autour de la tombe de leur père, et qui sépare les parcelles du premier et du second héritier dont Marie est l'épouse.

132 *Il est connu que dans les conditions urbaines, les hommes souvent dépassés par les dépenses n'arrivent pas toujours à pourvoir suffisamment aux dépenses de leur famille ; l'argent qu'ils donnent doit souvent être complété dans la discrétion par l'épouse. Ce soutien, souvent pudiquement non avoué se manifeste à travers le complément du prix des condiments, « zeed-igidi » en moore, « nansongo » en dioula. Il est de bon ton, quand la femme le fait, de ne rien en dire, de ne pas s'en vanter ; cela contribue à augmenter sa côte auprès de l'époux dont un soutien si discret n'entâche en rien son honneur d'homme.*

133 *Frais de consultation entre deux cent (200) et (300) francs CFA dans les services publics de santé, et de deux mille (2000) à douze mille (12000) francs CFA dans les cliniques privées. Sans compter les ordonnances qui se situent autour de mille cinq cent (1 500) francs pour les génériques et plus de dix-mille (10 000) francs CFA pour les spécialités.*

et d'elle-même en dehors de ses crises d'asthme est le paludisme. Elle constitue alors une pharmacie familiale qui, en marge de son traitement pour l'asthme en médicaments de spécialité prescrits par un infirmier, est complétée à moindre frais, essentiellement en génériques, et à défaut en médicaments de la rue rapportés de la ville ou de ses voyages par son mari routier, pour le traitement du paludisme ; c'est alors elle qui se charge de prescrire les produits, de les acheter aux endroits où ils sont les moins coûteux, et de les administrer. Parlant de son efficacité en tant que soignante, Marie dira : « *Je ne m'amuse pas avec le traitement du paludisme. Si le traitement n'est pas bien respecté, c'est cela qui amène les résistances ; quand on dit que la Nivaquine® est maintenant dépassée, moi je dis que non ; il faut voir. J'ai toujours traité mes enfants avec la choroquine ou la nivaquine et ça marche. Moi-même, c'est ce que je prends. Je ne m'amuse pas avec les prescriptions qu'on nous a données depuis le temps de ma première grossesse. J'ai même photocopié et affiché le papier à la porte de notre chambre. (...). J'ai toujours soigné tout le monde dans la famille avec la Nivaquine alors qu'on dit que ce produit n'est plus bon. C'est ceux qui savent qu'ils peuvent trouver cinq mille (5 000) francs pour se soigner qui écoutent ces paroles-là* ». Concernant son mari elle ajoute néanmoins « *Lui, il est à part ; il a souvent mal à la tête ; (...) mais il ne prend pas la nivaquine comme nous. Il prend seulement le paracétamol mais il en prend beaucoup (...)* ; *Moi je pense que ce sont les produits que les routiers doivent prendre pour ne pas dormir et pouvoir conduire la nuit qui lui créent ces maux de tête et lui donnent les yeux rouges*¹³⁴ (...). *Je ne me rappelle pas du nom de ces produits car il les garde dans son camion. C'est seulement de temps en temps que je vois des comprimés ou des papiers de médicaments dans ses poches à la lessive. J'ai un peu peur quand je vois que ces produits rougissent ses yeux et lui donnent des maux de tête...* ». Par ailleurs, Marie n'hésite pas à solliciter l'aide des autres membres de la famille maritale en cas de besoin ; elle nous avoue que la « maman », mère de son mari installée dans la parcelle voisine la connaît bien. Elle va pleurer auprès d'elle quand elle n'a rien, jusqu'à ce qu'elle lui trouve un peu d'argent pour compléter l'alimentation ou le prix des médicaments. Elle aurait bien sollicité le frère aîné de son époux n'eût été la rivalité qui oppose ces hommes depuis leur enfance et qui dénature les relations de fraternité. Mais elle n'hésite pas à solliciter le patron de son mari, quand ce dernier est en voyage ; pour elle, « un patron ne peut quand même pas abandonner à la faim ou à la maladie la famille de son employé qu'il a lui-même envoyé en mission ». Nous avons d'ailleurs pu expérimenter la détermination de Marie quand elle devait trouver ses médicaments puisque, depuis l'enquête, elle n'hésite pas à solliciter notre aide en cas de besoin.

Le cas de Marie est une belle illustration de pragmatisme qui permet à cette femme, malade chronique, totalement dépendante d'un époux qui la méprise, au lieu de s'effondrer au vu de sa situation, de partir de ses faiblesses pour garantir l'essentiel, sa santé et celle de ses enfants. Elle parvient à aménager des ressources de fonctionnement familial réduites au minimum, pour assurer les vivres mais aussi les indispensables médicaments, en prenant ce qu'elle peut avoir et en maximisant leur action par une rigueur dans leur manipulation. Et si besoin, elle oublie toute honte pour aller demander un soutien là où elle est sûre

134 Elle fait référence aux amphétamines qui circulent dans les milieux de routiers de manière informelle et illégale.

de l'avoir. À ce niveau, elle sait également jouer sur le sens de la responsabilité du patron de son mari, pour obtenir gain de cause. Nous notons également comment elle reste soucieuse de la santé de son mari bien que ce dernier ne lui laisse aucune chance de s'immiscer dans ses pratiques en rapport avec sa santé. Ainsi, en mettant en œuvre une stratégie basée sur sa propre dépendance, et sur les recours sociaux et économiques associés à sa féminité, Marie parvient à positiver sa vulnérabilité et finalement, à accéder à un traitement de qualité que ne lui auraient pas permis ses moyens réels, ni ceux de son époux.

FILOMÈNE : SAVOIR ADAPTER SES BESOINS DE SANTÉ À SES CAPACITÉS ÉCONOMIQUES

Filomène quant à elle, n'est pas vraiment handicapée par des infections répétées des amygdales.

À 47 ans, elle vit toujours seule avec ses deux fillettes de 11 et 6 ans, après deux mariages ratés et quatre grands garçons laissés à leurs pères. Filomène est en location dans une «chambre-salon» d'un celibatorium regroupant trois locataires et la famille du propriétaire, et situé non loin de son kiosque de restauration construit au coin de la rue, à côté d'un cinéma de quartier. Le bon emplacement du kiosque permet à Filomène de recevoir suffisamment de clientèle pour être à l'abri du besoin alimentaire. Néanmoins, après le paiement d'un loyer mensuel de dix-sept mille (17 000), l'entretien de sa moto et les frais de scolarité des fillettes, elle avoue qu'il lui reste peu de ses cinquante mille (50 000) francs approximatifs de bénéfice mensuel. Or, elle doit soigner une amygdalite chronique, et veiller à la santé des enfants et particulièrement au paludisme. Depuis qu'elle a perdu son emploi de secrétaire suite à une compression de personnel dans une des plus grandes sociétés de la place, Filomène n'a plus d'assurance santé, ni les moyens de consulter les médecins qui la suivaient alors. À l'époque, il y a plus de 10 ans, elle avait d'abord suivi un traitement local avec de la bacitracine puis de la solutricine, avant de subir quelques mois plus tard une chirurgie au niveau des amygdales (végétations adénoïdes). Tout cela était aux frais de sa société d'appartenance. Actuellement, elle ne peut compter que sur les recettes de son kiosque, et doit donc réajuster. C'est ainsi qu'elle dit avoir décidé de ne plus consulter un médecin, ni même aller dans une formation sanitaire. Elle avait bien vu comment l'ablation avait été effectuée ; désormais, elle « le faisait » elle-même en se raclant la gorge. Par ailleurs, elle décide de remplacer les gargarismes pharmaceutiques qu'elle juge trop chers par un produit local qu'elle trouvait efficace : la potasse, liquide extraite de la cendre de bois de chauffe qu'elle produisait elle-même. Selon elle : « *La potasse est un antibiotique africain que les blancs ne connaissent pas. C'est quand une fois j'étais couchée, avec une gorge douloureuse, de la fièvre et sans rien comme argent dans mon sac que l'idée lumineuse m'est venue ! Depuis que mes frères et moi nous étions petits, notre mère utilisait la potasse¹³⁵ pour soigner nos maux de gorge et nos maux de ventre ; elle nous faisait tout simplement en boire une gorgée pour les maux de ventre, et un gargarisme pour le mal de gorge. Je me suis dit qu'un antibiotique en valait un autre. Alors, j'ai*

essayé le gargarisme à la potasse liquide et je me suis sentie beaucoup mieux après. J'y ai associé également de l'amoxicilline comme antibiotique oral. Depuis lors, dès que je sens que les amygdales reprennent, je fais ça. Avec la potasse, la douleur se calme vite. Quand je vois des amygdales se former, je les racle tout doucement, petit à petit et quand je peux enlever un petit bout je le fais. C'est ainsi que je me soigne dans ma nouvelle situation financière. Je ne sais pas si c'est bien pour le long terme, mais dans le présent, cela me soulage et me permet de poursuivre mes activités pour nourrir mes enfants ».

La même logique de simplification et de réduction des coûts des traitements pour les adapter à sa nouvelles situation financière difficile a conduit Filomène à oublier désormais les antipaludéens de spécialités qu'elle utilisait jadis, pour se contenter des produits génériques : pour elles et ses filles, le traitement du paludisme consiste désormais à l'association Nivaquine® ou choroquine avec le paracétamol : « *Le palu est permanent dans ce pays, il vaut mieux que chacun s'apprête avec ses moyens pour l'affronter. Je pourrais de temps en temps faire exception, demander à des parents un peu d'argent en plus pour amener mes filles en clinique. D'ailleurs, si l'une d'elle tombe tout de suite, c'est clair que je vais la conduire à la clinique la plus proche et que j'irai ensuite demander de l'aide à mes frères qui ont les moyens. Ils vont m'aider. Mais tant que c'est de petites maladies, on peut soigner avec les moyens de bord, et attendre ainsi des situations plus graves pour solliciter des aides. Dieu merci, mes filles supportent bien la nivaquine. Je donne à la grande deux comprimés le matin et deux le soir pendant deux jours en cas de maux de tête ; si elle fait la fièvre en plus j'ajoute un comprimé de Paracétamol. Pour la petite, c'est un comprimé de nivaquine matin et soir, et pareil, si besoin, j'ajoute un comprimé de paracétamol, et ça passe. Si elles ont mal au ventre, je leur donne le parégorique et ça marche. Elles sont très simples et tellement faciles à soigner. Elles sont comme leur mère ; à part les amygdales, je tombe rarement malade et je supporte également la nivaquine ».* Mais dans sa simplicité, Filomène dit préférer les produits contrôlés : « *Je n'ai pas beaucoup de moyens, Mais, je ne prends jamais des médicaments dans la rue. Les enfants qui les vendent passent souvent par là, rentrent même dans la cour pour nous proposer des médicaments. Mais moi je n'en veux pas parce que ce n'est pas contrôlé. Et d'ailleurs, si tu prends un médicament qui te fait du mal, où vas-tu retrouver le vendeur ? Je préfère donc les génériques ; moins chers mais sûrs ; cette précaution est nécessaire surtout pour les enfants ».*

L'histoire de Filomène dégage le même pragmatisme que celle de Marie. Elle part de ses moyens, pour viser l'objectif « santé » ; la baisse drastique de ses revenus l'amène à changer de soignants, mais aussi de se passer désormais de la présentation attrayante des spécialités pharmaceutiques pour leur préférer les génériques. Ce pragmatisme conduit également Filomène à continuer des produits pharmaceutiques et à éviter des médicaments de la rue dont elle n'a aucune garantie d'efficacité ni d'innocuité. Elle préfère les génériques, restant ainsi dans ce qu'il y a de plus abordable dans la catégorie représentée comme plus crédible des produits pharmaceutiques.

Les deux histoires de vie de femmes face à leur préoccupation de santé permettent de relever une constante. Un pragmatisme féminin construit sur la prise de conscience de la vulnérabilité, et qui favorise l'accès à des médicaments

adaptés et efficaces. La notion de « débrouille » apparaît ici constitutive des stratégies genrées qui jouent sur la mobilisation des relations à travers l'alliance matrimoniale, mais aussi les enfants. Ce pragmatisme féminin sera également mobilisé dans les deux prochaines parties de ce travail, dans l'analyse des parcours thérapeutiques des femmes séropositives, mais aussi dans les capacités des vendeuses de stimulants sexuels à constituer et fidéliser une clientèle et à accéder à une position sociale plus valorisante.

Compléments relatifs aux rôles sociaux de sexe dans les itinéraires de soin

MADAME ZALLÉ : UN RÔLE DE « CARE » EXACERBÉ

« Je l'appelle Mme ..., j'ai 57 ans et je suis peule de Gorom-Gorom. C'est mon mari administrateur qui m'a amenée ici (secteur 3, quartier Dapoya) dans la concession de son père en 1989 (...). Malheureusement il n'a pas eu longue vie ; il est décédé en 1996, me laissant seule avec quatre enfants. Depuis lors, je vis de la vente de soupe de têtes de mouton et de la pension. À vrai dire, ce sont les filles¹³⁶ qui s'occupent maintenant de cette activité ; moi, je suis trop occupée par ma santé. Dieu merci, mes enfants¹³⁷ sont tous grands aujourd'hui et ont quitté la maison. Je suis là avec mes deux petits-enfants et deux bonnes¹³⁸ ... Comment sont pris en charge les problèmes courants de santé et particulièrement le paludisme dans ma famille ? Je ne sais pas trop par où commencer mais je vais essayer. D'abord le palu ; comme je vous ai montré tantôt nos médicaments¹³⁹, vous avez vu de la Nivaquine et du Paracétamol. C'est avec ces produits que je soigne les enfants et que je me soigne contre le palu ; rien de plus. Je sais que d'autres produits beaucoup plus chers sont vendus à la pharmacie ; j'entends dire qu'ils sont plus efficaces. Comme je n'ai pas fait l'école, je ne peux pas vous dire pourquoi, mais c'est ce que mes grands enfants me disent d'acheter maintenant. Cependant, il y a les autres enfants qui vivent avec moi ici ; je ne pourrais pas acheter pour eux tous ; donc je préfère continuer avec la Nivaquine (...). Si ça ne marche pas, nous pourrions aller voir au dispensaire. Dieu merci, je n'ai jamais eu un problème de ce genre. Et pour moi, puisque nous arrivons à soigner le palu, ce n'est plus vraiment un souci. Ce qui est ici chaque jour un vrai souci de santé, c'est ma maladie ; Ou alors, je devrais dire mes maladies ; Je souffre de maux de cœur, de tension¹⁴⁰, de maux de dents et de fibromes ! Tout cela pour une seule personne ; Vous l'avez vu vous-même avec la quantité de médicaments que j'ai. Actuellement je prends quotidiennement deux produits prescrits au dispensaire pour mes problèmes de cœur : Muduretic® comprimés et Nifedi-denk® retard 20mg. Pour ma tension qui reste toujours dans les 18/20, je prends tous les jours 1/2 comprimé de Tritazide®. J'ai également une toux qui ne finit pas ; au dispensaire, on m'a prescrit pour cela du Célestène comprimé. Il y a aussi mes fibromes qui me font souffrir. Je suis également allée au

136 Elle parle des deux aides domestiques qu'elle emploie

137 Il s'agit de 2 garçons et deux filles toutes mariés et exerçant chacun un métier qui, néanmoins ne leur permet pas encore de prendre entièrement en charge les dépenses de santé de leur mère.

138 Aides domestiques

139 Elle parle de la pharmacie familiale

140 Hypertension artérielle (HTA)

dispensaire pour cela ; eux ils m'ont envoyée à la maternité de... À la maternité, la dame m'a donné le nom d'un gynécologue qui travaille dans une clinique. J'ai payé dix-mille (10 000) francs, rien que pour le voir. Il m'a envoyée faire une échographie et d'autres examens de sang. Maintenant, il me dit que soit je fais une opération, soit je prends un médicament qui coûte cinq cents mille (500 000) francs ! Vous pouvez vous-même voir l'ordonnance¹⁴¹. Où vais-je trouver l'argent ? Il est vrai que mes enfants travaillent ; mais comment un instituteur ou un agent comptable peut trouver cette somme sur son salaire ? Or, la pension de mon mari nous suffit juste ici pour vivre. C'est pourquoi je me renseigne également pour trouver un bon guérisseur (ti pa) qui traite cette maladie. Une voisine du celibatorium d'en face (de l'autre côté de la rue » vient de m'indiquer une femme âgée (pug-yaanga), qui habite au secteur 15 et qui « enlève »¹⁴² les médicaments de nouveau-nés (leedo) ; il semble qu'elle propose également le traitement des fibromes et qu'elle est même réputée. Elle l'a su parce la sœur de son voisin est venue du village exprès pour se faire traiter du même mal par cette femme. Je m'apprête à aller la voir. Comme vous le voyez, ce n'est pas le palu le problème dans cette cour ; c'est plutôt toutes ces maladies qui sont tombées sur moi depuis la mort de mon mari il y a 11 ans ! Avant, tant que mon mari vivait, je n'avais rien (...). À l'époque, bien que je travaillais sans arrêt à tel point que je m'écroulais de fatigue chaque nuit, je ne ressentais aucune maladie (...). Oui, je devrais dire en effet que je ne sentais rien. Les gens disent aussi que c'est le « walem », la « chaleur de sa maladie » qui m'a atteinte puisque j'étais la personne la plus proche de lui ». Ce qui est sûr, c'est qu'avant sa mort je ne me sentais pas du tout malade. En ce moment, c'était lui et lui seul le problème.

Et je vous assure que ce n'était pas un petit problème ; il avait la tension, le diabète et la goutte. Il était tout le temps malade. Depuis ce temps, les filles m'aidaient déjà beaucoup dans la préparation et la vente de la soupe car moi je devais m'absenter souvent ; j'étais toujours en train de courir, soit pour trouver un médicament à mon mari, soit pour lui préparer un repas qui respecte ses interdits alimentaires, soit pour trouver des ingrédients appropriés pour ses repas, soit pour panser ses plaies, soit pour le supplier de prendre ses médicaments (...). Chaque jour, il fallait traiter une partie de son corps qui n'allait pas ; et pas avec n'importe quel médicament. Heureusement qu'il savait lire lui-même pour éviter les produits dangereux pour les diabétiques. D'ailleurs, il disait qu'il connaissait tous ses médicaments par cœur et donc, qu'il n'avait pas besoin d'aller attendre des heures pour voir un médecin qui allait lui prescrire la même chose ; Par ailleurs, tant qu'il allait bien, il ne voulait jamais aller à l'hôpital ; il trouvait toujours un prétexte pour dire qu'il n'avait pas le temps. Alors que tout le monde sait qu'il s'est fait affecter à Ouaga à cause de sa santé, et qu'au niveau de son service, on n'était pas très exigeant envers lui. Il lui arrivait de passer une semaine à la maison sans même envoyer un enfant pour signaler à son service qu'il ne pourra pas venir. Personne n'est jamais venu se plaindre ici pour cela. Mais chaque fois qu'il fallait partir pour un rendez-vous à l'hôpital, monsieur avait du travail qui ne pouvait pas attendre ! C'est seulement quand son pied a commencé à pourrir qu'il a repris le chemin de l'hôpital. Et quand je l'accompagnais, il fallait supporter

141 Il s'agit de l'Enantone LP ; Il est mentionné sur l'ordonnance une pharmacie où le produit n'est pas disponible mais peut être commandé, mais aussi des conditions de conservations strictes qui seront certainement difficiles à respecter pour Mme Zallé.

142 Pour dire qu'elle les compose au cas par cas

ses plaintes ; il trouvait qu'il y avait trop de monde en attente, que les soignants étaient mal organisés, et que certains patients qui avaient des connaissances dans les équipes de santé passaient avant les autres. Il revenait toujours énervé, en jurant de ne plus remettre pied en ces lieux (...). Vraiment, il n'aimait pas l'hôpital. Mais le sort à voulu qu'il soit hospitalisé à la fin de sa vie ; je voyais bien qu'il était contrarié d'être dans cette salle d'hospitalisation, loin de sa cour, de son jeu de dame, de ses compagnons de jeu. Mais je ne pouvais rien. C'était les médecins qui décidaient... ».

Du vivant de son mari donc, madame Zallé dit bien qu'elle ne se savait pas malade ; malgré son rythme soutenu de travail physique acharné, elle ne ressentait aucune maladie. Le basculement brutal de son statut par rapport à la santé : de la non maladie ou non évocation de maladie avant le décès de son mari, à la maladie confirmée dès après le décès, est en soi un fait qui appelle une explication. L'explication populaire qui émane du discours même de madame Zallé, veut que ce fait soit la matérialisation d'une sorte de « souillure » associée à un trop long contact avec une personne dont le « *tuulle* »¹⁴³ ou double a été longtemps malmené par la maladie avant sa libération par la mort. La prévention de ce mal justifie dans nos sociétés une sorte de rituel de « désintoxication » auquel sont généralement soumises les personnes qui ont assisté des malades morts après des maladies longues et douloureuses, et notamment leurs épouses. Une analyse plus approfondie en rapport avec l'importance de l'engagement de cette femme dans les soins de son mari nous permet d'évoquer la manifestation d'une dimension supérieure du « care » au sens de « prendre soin », au sens d'une déclinaison féminine de l'altruisme, mais aussi de production domestique invisible de santé des femmes (CRESSON, 1991). L'exacerbation de ce rôle féminin de prise en charge et d'accompagnement du malade pourrait aussi expliquer que madame Zallé ait « oublié », pendant que son mari était malade, de se positionner autrement que comme actrice de soin. La mort de l'époux, en libérant la veuve de son rôle de soignante lui permet d'accorder plus d'attention à son propre corps et à des déséquilibres qui y existaient peut-être depuis longtemps.

DAMIEN : UNE RÉSISTANCE PHYSIQUE MISE À MAL PAR UN « PALU »

Damien est un *moose* de 36 ans détenteur d'un BEP en mécanique-auto, et employé dans une ONG à Ouagadougou. Prototype du jeune fringant, Damien qui vient juste de se marier vit avec sa femme dans un *celibatorium* regroupant 7 autres locataires au secteur 28 de la ville de Ouagadougou. Damien est pour moi une vieille relation de bureau. Sa participation à cette étude a été imposée par une rencontre fortuite, alors qu'il apparaissait comme un malade dérouté, face à une collègue qui cherchait à comprendre.

C'est à l'heure du déjeuner en novembre 2007 que ma collègue et moi avons trouvé, Damien prenant un bain de soleil ; ce fait est en soi surprenant sous les tropiques où le soleil, quelle que soit la période de l'année reste craint, car particulièrement brûlant. Par ailleurs, quand il a voulu répondre à notre bonjour, le tremblement inhabituel que nous avons perçu dans sa voix nous a

143 *Le tuulle, serait l'une des trois composantes de la force vitale du corps, les deux autres étant le siiga, l'âme et le Kiima. Le tuullé apparaît comme la doublure immatérielle du corps ; son évocation est présage de mort ; la croyance veut que quand un homme va mourir, son tuulle commence par sortir (Poulet, 1969 p. 80-81).*

surprises et poussées à le regarder de plus près. Il avait les yeux rouges et le visage crispé par la douleur. Tous ces signes nous orientaient vers le diagnostic d'un mal bien connu dans le pays et toute la sous-région. À notre question pour savoir si c'était le paludisme, Damien répond sans hésiter : « On dirait bien ». Nous lui proposons deux comprimés de Paracétamol pour atténuer ses douleurs en attendant qu'il puisse se présenter en consultation médicale. Son effort manifeste pour se lever et les rictus de douleurs qui couvrent alors son visage confirment notre diagnostic de départ. Tant bien que mal, il parvient à notre bureau où il prend rapidement deux comprimés de Paracétamol accompagné du quinquelibat habituellement consommé dans ce bureau comme tisane et digestif, et parvient à se coucher sur trois chaises alignées. Une trentaine de minutes plus tard, il paraît nettement en meilleure forme et commence à parler.

« Merci vraiment les dames ; j'allais tellement mal que je n'ai pas hésité à accepter votre médicament et à vous suivre docilement dans votre bureau, alors qu'habituellement je suis tout sauf docile, surtout vis-à-vis des femmes. Mais tous les hommes savent que quand ils sont malades, le mieux est de rester à proximité des femmes ; elles ont tout le temps de bonnes idées. Et je vois que je n'ai pas eu tort ; voilà que grâce à vos comprimés je suis déjà debout ! Reconnaissez néanmoins que ce n'est pas tous les jours que vous aller rencontrer à Ouaga des hommes dans un état aussi pitoyable ; mais je ne regrette rien ; votre paracétamol valait bien ce sacrifice car il m'a vraiment remonté (...) ». Face à la question de la consultation il nous promet d'aller dans une clinique privée dès le même soir, tout en précisant quand même : « Cette fois-ci, le palu m'a totalement surpris. Je ne l'ai même pas senti venir. Sinon, habituellement, quand je sens les premiers signes, je fais un traitement choc, à la bière. Je bois autant de bières que je peux. La bière inonde tout le sang et élimine ainsi tout ce qui ne va pas et le palu avec. Et après, je suis totalement soulagé. Je ne me soigne jamais contre le palu. D'ailleurs, je ne supporte pas les produits. C'est tout le temps avec la bière seulement. Et voilà que cette fois-ci, cette maladie me surprend. Grand merci vraiment pour votre aide. Je me sens beaucoup mieux. Sinon, avec un enfant qui ne sait dire que « papa », je ne peux quand même pas le laisser comme cela ? Qui va s'occuper de lui et de sa maman ? Ah non, il faut que je me soigne. Car je sais que le palu tue. Je me souviens d'un collègue qu'il a tué comme cela à Dori¹⁴⁴. Si ce n'est pas parce que les médecins ont écrit sur son acte de décès « palu », moi, j'étais prêt à penser qu'il s'agissait d'un « wak¹⁴⁵ ». En effet, nous avons suivi un match ensemble la veille et le matin, il vient au service (c'était un manoeuvre), il distribue le courrier en se plaignant de maux de tête. Ensuite, il s'excuse pour aller prendre des comprimés à la maison. C'était la dernière fois que nous le voyions. Après, c'est sa mort que l'on vient nous annoncer...C'était tellement brusque que je voulais parler de sorcellerie (...).

Pareil pour ma femme. La dernière fois elle a fait un palu qui m'a franchement paniqué. Heureusement que j'avais de l'argent, sinon cela allait être la honte. Je venais d'arriver du service et elle m'a déclaré qu'elle se sentait mal.

144 Chef lieu de province au nord du pays

145 Pratique occulte qui permettrait d'agir à distance (jeter un sort), pour influencer plus souvent négativement que positivement ou sur la santé ou le destin d'une personne ; le « wak » est une expression populaire qui renvoie aux pratiques magiques (sortilèges) attribuées aux devins-guérisseurs ; ces mêmes personnages qui, par ce qu'ils savent lever les sorts, sont considérés comme pouvant également les jeter à autrui (Soubeïga, 2009 p.349).

J'ai dis, ha, tu connais ton palu, voici les produits. Je lui donne ses produits : deux comprimés de paracétamol. Tous les produits¹⁴⁶ sont pour elle ; moi, je me soigne à la bière. Et je suis sorti. À peine 15 mn plus tard, je reçois un appel sur mon téléphone portable qui me dis que ma femme est évanouie. Je reviens immédiatement. Elle était là, couchée. J'étais dépassé, à tel point que je l'ai transportée à l'hôpital pieds nus. Je me suis retrouvé pieds nus à l'hôpital. Je l'ai amenée dans un taxi au service des urgences on a failli en arriver aux mains, l'interne et moi. Il me demande de quoi elle souffre. Je lui dis que si je le savais, j'allais la soigner moi-même. Il me dit que tant que je ne dis pas de quoi elle souffre, elle ne sera pas soignée. Par la suite, un garçon de salle, plus vieux et d'ailleurs plus expérimenté s'est occupé d'elle et même très bien. A 4 h du matin, elle était parfaitement réveillée et nous avons été libérés car il n'y avait pas de place à l'hôpital. Et toute la nuit, j'étais pieds nus. C'est peut-être pour cela que le médecin me parlait ainsi, comme si j'étais un misérable. Quand au petit matin nous avons commencé à nous parler autrement qu'à travers des « bagarres », il me dit que si j'avais les moyens il allait me prescrire un produit très bien. Je lui ai dit de le faire. Lui, ne savait pas que j'avais empoché quatre cent mille (400 000) francs que je venais de retirer pour l'achat d'un ordinateur portable. J'avais cette somme dans ma poche. Il pouvait prescrire tout ce qu'il voulait. Et c'est d'ailleurs pour cela que je parlais fort. Je savais que je pouvais l'emmener à la clinique¹⁴⁷ si le médecin continuait à déconner. C'est certainement parce que j'étais pieds nus qu'il m'a pris pour un pauvre type et qu'il voulait crier sur moi. Je vais à la pharmacie et ... le produit ne coûte que quatre mille (4 000) francs !!! Je comprends jusqu'à quel point ce type m'a rabaissé. Il pense que je ne peux pas moi, avoir quatre mille (4000) francs pour soigner ma femme ! Après avoir acheté le produit, je me suis d'abord acheté des chaussures et je revenais maintenant pour l'insulter, faire la bagarre et rétablir mon « image ». Mais trop tard, la salle était déjà fermée pour la visite. Il a eu la chance. Et j'étais prêt à utiliser les quatre cent mille (400 000) francs pour soigner ma femme. Après cela, elle ne pourra plus « faire le malin »¹⁴⁸. Elle saura que je suis vraiment capable de m'occuper comme il faut d'elle (...) ». Le lendemain, vers 9 h, je tombe encore sur Damien à l'entrée du service. Il ne semblait pas mieux en forme que la veille ; il était couché de tout son long sur un banc. Manifestement, son mal n'était pas passé. À ma question sur l'avancement de son traitement il m'avoue que finalement, après nous avoir quittées la veille, il se sentait tellement bien qu'il était convaincu que son palu était passé. C'est la raison pour laquelle il ne s'était finalement pas soigné. Mais en se réveillant ce matin, il s'est senti encore plus mal que la veille. Il s'est alors résolu à se rendre en consultation dans une clinique et l'ordonnance est : Co-Arinate® et Aspégic® effervescent.

Le cas de Damien est emblématique du lien entre l'exacerbation des attributs de la masculinité, et l'accès aux soins et en général et au médicament en particulier, à la fois pour l'homme et pour la femme. Notre rencontre fortuite avec lui au plus fort de sa crise palustre laisse apparaître un homme rendu

146 Comprendre par là tous les produits de la pharmacie familiale

147 Référence à la clinique privée ou le prix de la consultation et des soins est beaucoup plus élevé que dans les services publics de santé (notamment les hôpitaux), mais où l'accueil et le service sont à la base des difficiles relations entre soignants (Olivier de Sardan, 2003 p. 265-268).

148 Faire le malin : Expression populaire dire qu'une personne montrer un signe d'auto-suffisance ; de désinvolture, qu'elle a des velléités à s'imposer par ses principes aux autres, ...

vulnérable par l'absence d'anticipation dans la prise en charge du problème de santé ; ou par, la confiance excessive à des recettes « viriles » du genre « un traitement choc à la bière ». Sa docilité à suivre nos conseils laisse apparaître également un besoin d'assistance, surtout au plus fort de la maladie. La scène du malade grabataire qui se reproduit le lendemain, et surtout l'explication que Damien en donne — il était convaincu que son palu était passé —, rappelle le besoin masculin d'assistance en cas de maladie, et confirme encore une fois la difficulté de nombreux hommes à faire face de façon autonome à leur propre problème de santé. Par contre, Damien nous montre ici un exemple de prise de responsabilité d'un homme face à la souffrance de sa femme, la porte dans ses bras, la conduit tellement précipitamment aux urgences qu'il en oublie de prendre ses chaussures, et use de toutes ses possibilités, — ici de son agressivité —, pour qu'elle bénéficie des meilleurs services. Son sens de la responsabilité l'oblige également à refuser la mort par devoir envers son fils de 16 mois qui ne sait *encore dire que « papa », et de sa femme*. Nous voyons également à travers les réflexions de Damien, comment toute allusion à une incapacité financière a un impact sur l'image de soi de l'homme ; c'est ainsi que dans un premier temps, Damien se sent blessé dans son orgueil par les allusions du médecin à son incapacité financière à acquérir un médicament, alors qu'il était employé dans une ONG et avait en poche une grosse somme. Il est carrément en colère quand il réalise que le médecin l'a assimilé à un indigent qui ne disposait même pas de quatre mille francs pour soulager sa femme souffrante. L'agressivité qui apparaît dans le monologue de Damien à ce propos est à la mesure de la honte qu'il exprime à être confondu avec un nécessiteux. À la décharge du médecin, l'aspect physique dépravé de Damien (parti de son garage avec ses habits de travail plein de graisses de moteur, et sans chaussures) a de quoi prêter à confusion. Cette idée a certainement traversé l'esprit de Damien puisque dès que la vie de sa femme n'était plus menacée, il a rapidement acheté les chaussures dont l'absence a été particulièrement délétère pour son image. La dernière remarque d'importance est la phrase finale de Damien. S'il était important pour lui que le médecin sache jusqu'à quel point il était financièrement « capable » pour le respecter, il était tout aussi important que sa femme le sache également, pour lui concéder définitivement, dans leur relation de couple, sa position dominante d'homme. Cette analyse sera davantage développée à la fin de cette partie.

Les femmes : pragmatisme thérapeutique et rôle de « care »

Le rapport du PNUD analyse l'accessibilité des femmes et des enfants au traitement du paludisme sur la base d'indicateurs de développement humain qui s'appuient essentiellement sur des critères économiques et sur l'accessibilité aux services et aux infrastructures (PNUD, 2007). L'analyse approfondie de l'accès des femmes au traitement du paludisme et particulièrement au médicament mobilise ici les conditions socioculturelles de la vie des femmes. Les récits ci-dessus mentionnés permettent de comprendre les conditions dans lesquelles les femmes abordent le traitement du paludisme pour elles-mêmes, pour leur mari ou pour les enfants. Analysés dans le prisme des rapports de genre, les itinéraires de soins qu'elles décrivent permettent d'établir des liens entre les attributs de genre, les valeurs liées à la féminité, et la manière dont les femmes accèdent aux médicaments et les utilisent, pour elles et pour les autres.

Le premier déterminant de l'accès des femmes aux médicaments en général, et à ceux du traitement du paludisme en particulier, est économique. Généralement dotées de moins de moyens financiers que les hommes, elles ont davantage de difficultés financières à s'approvisionner en médicaments pharmaceutiques de spécialité. Il en est ainsi des femmes qui vivent seules, comme les femmes célibataires jamais mariées (4/17), veuves (3/17) ou divorcées (1/17). Cette observation avait également été faite auprès des 35 femmes qui avaient participé à la première phase de cette enquête sur la prise en charge de l'infection à VIH ; parmi elles, 11 femmes qui exerçaient des métiers précaires reconnaissent être toujours en train de réfléchir pour trouver la manière la moins chère de se soigner

Les veuves avec grands enfants et/ou pension disposent de suffisamment de revenus pour acheter des médicaments de spécialités prescrits pour des maladies liées à leur âge : (tantie Guènèta, madame Zallé, madame Sissao). Leur accès aux médicaments les plus recherchés et notamment aux génériques est fonction de l'importance de leurs revenus. La différence de situation économique entre les deux veuves Madame Sissao, riche retraitée, tantie Guènèta, modeste pensionnaire d'un agent de police, est reflétée par le contenu de leurs pharmacies. Chez madame Sissao, le seul médicament générique d'une pharmacie de 36 médicaments est le Paracétamol (Annexe 8, tableau 1). Chez tantie Guènèta, sur un total de douze médicaments, nous dénombrons quatre Génériques, quatre médicaments de la rue, et cinq spécialités pharmaceutiques (Annexe 8, Tableau 9). Les spécialités mentionnées sont des prescriptions qui n'existent pas dans leur forme générique, ni parmi les médicaments de la rue. Elle doit alors s'organiser financièrement avec ses enfants pour s'en procurer. Tantie Guènèta précise notamment que, tant qu'elle peut trouver le produit générique, elle le préfère à cause du prix réduit qui lui permet de l'acheter et éviter ainsi une sollicitation intempestive de ses enfants. Elle explique que :

« Quand mon mari vivait, c'était lui qui nous soignait, les enfants et moi car lui il savait lire et moi non ; je venais d'arriver du village et je ne faisais pas la différence entre un comprimé de Nivaquine et de Paracétamol. Quand un enfant était malade, ou si je ne me sentais pas bien, il nous disait d'aller au dispensaire. Au retour, il prenait l'ordonnance et allait acheter les produits. Après, il revenait m'expliquer comment il fallait prendre. Mais après son décès, j'avais peur des ordonnances. Donc je ne partais plus au dispensaire. Je prenais des comprimés avec les femmes Yoruba comme je voyais des gens le faire dans le quartier. Ce sont elles qui m'ont conseillé le « epice » pour le palu. Tous mes onze enfants ont grandi avec ce produit. Il a toujours bien traité leur palu. Mais maintenant on ne le trouve plus fréquemment car les enfants¹⁴⁹ ne le vendent pas. Il faut aller dans les boutiques du marché. Or, ces boutiques ne sont pas régulièrement approvisionnées et il y a des manques (ruptures). C'est pour cela que j'achète le Paracétamol pour remplacer. Et dès que je vois le « epice », je l'achète. Si l'on me prescrit un médicament, j'envoie d'abord les enfants chercher son générique à la pharmacie. S'il n'y en a pas, je demande combien coûte sa spécialité

149 Elle parle des vendeurs ambulants de médicament. Nous n'avons effectivement identifié le « EPICE » parmi les produits proposés par ces derniers, mais plutôt dans une boutique de vente de marchandises diverse (savons, parfums musulmans, sardines, ...etc.) placée aux abords d'un marché au secteur 3.

«original'an»¹⁵⁰, mais je n'achète pas. Je me renseigne ensuite chez les enfants (vendeurs ambulants). Chez eux, le prix du produit est toujours moins élevé que sa spécialité pharmaceutique. Même si chez les enfants le produit est toujours trop cher pour moi, ils peuvent me le donner au détail, en attendant un autre jour où je pourrai acheter le reste. C'est seulement quand les enfants n'ont pas ce produit que je retourne de nouveau en pharmacie. Avant d'aller je rassemble l'argent nécessaire ; si mes enfants peuvent me donner, je prends. S'ils ne peuvent pas, je me débrouille avec mes économies. C'est le cas de ma dernière ordonnance pour traiter le palu. Au dispensaire, l'infirmier m'a prescrit Fansidar et Paracétamol. J'avais déjà le Paracétamol. J'ai appelé un enfant et je lui ai montré l'ordonnance. Il m'a donné l'étui dans lequel se trouvait la plaquette contenant les trois comprimés de Fansidar. Cela coûtait trois cent (300) francs ». Je suis sûre qu'en pharmacie ce sera plus cher ».

Ainsi, tantie Guènèta et madame Sissao, toutes deux veuves, ont cependant un accès très différent au médicament, l'une ne consommant que des spécialités, l'autre prenant tout ce qu'elle trouve de moins cher, surtout les génériques et les médicaments de la rue. Cette différence est largement déterminée par le niveau de revenu. Bien que le récit de tantie Guènèta ne permette pas de l'affirmer, certaines informations qu'il contient, notamment l'analphabétisme de cette personne, pourraient également être prises en compte. Elles pourraient alors renforcer les conséquences des différences économiques sur le contenu des pharmacies familiales, et partant sur l'accès des personnes au médicament. Elle montre ici que dans une situation d'accès au médicament globalement plus difficile chez les femmes que chez les hommes, les différences économiques transversales au genre et au statut matrimonial créent aussi des différences d'accès qui peuvent être importantes, parmi les femmes. Effectivement, Madame Sissao, toute veuve qu'elle est, présente un meilleur accès au médicament que tous les trente autres participants, tout genre confondu. Parmi les femmes, elle présente également un accès de loin meilleur à celui des deux autres veuves (madame Zallé et Tantie Guènèta), des neuf autres femmes mariées, des quatre célibataires (Florence, Aminata, Zallia et Safiatou), et de Filomène, divorcée.

La relation entre l'utilisation des génériques et le genre n'apparaît pas particulièrement significative dans la mesure où, comme il est dit plus haut, l'utilisation des génériques est souvent faite par défaut d'argent pour se procurer les médicaments « originaux ». Ce fait qui ressort clairement des discours de femmes mentionnés plus haut ; pour tantie Guènèta, la forme générique du produit est la première qu'elle recherche, par ce qu'elle est la moins chère du médicament pharmaceutique communément reconnu et accepté par les soignants et les utilisateurs. Il en est de même de Filomène qui, voyant ses ressources diminuer décide d'abandonner désormais les spécialités pour s'accoutumer aux génériques, accessibles à tous. L'option première pour les génériques n'est cependant pas l'apanage des femmes. La réflexion de Vieux-Jean disant que « les produits originaux¹⁵¹ de la pharmacie sont pour ceux qui travaillent et qui ont de bons postes » est valable autant pour les hommes que pour les femmes.

150 Spécialité traduit en mooré par le mot original plus ou moins intégré dans le mooré usuel, « original'an » voulant dire, « l'original du produit ».

151 Entendre par produits originaux les médicaments pharmaceutiques de spécialité.

Les médicaments de la rue qui sont également moins chers ne sont cependant pas acceptés par tous ; méconnus et rejetés par les soignants, ils sont considérés par les professionnels de la pharmacie comme des médicaments illicites et dangereux à combattre. Certaines personnes interviewées refusent de les utiliser : Florence, Rokia,... Vieux-Jean trouve que *« Ce sont des produits dangereux car nous ne savons pas d'où ils viennent et comment ils ont été conservés. Or, un produit mal conservé peut devenir un poison. Et si en ce moment tu le prends et tu meurs, à qui est-ce que tes parents vont demander des comptes ? Si tu entends le nom « pharmaci zoe n'bas taaba » et tu prends quand même leurs produits, si quelque chose t'arrive, tu ne dois pas te plaindre »*. D'autres participants à l'étude comme tantie Guènèta, Marie apprécient ces produits et les substituent volontiers aux génériques et même aux spécialités ; Certaines personnes n'ont rien contre ces produits tant qu'ils sont bien conservés ; C'est notamment le cas d'Amédé pour qui : *« Les médicaments de la rue sont dangereux pour ceux qui ne savent pas lire sur l'emballage, trouver les dates de péremption, et qui ne pourront pas reconnaître un produit dénaturé par de mauvaises conditions de conservation ; et d'ailleurs, aujourd'hui, il faut reconnaître que ces médicaments sont aussi bien conservés que certains produits dans des pharmacies non climatisées avec des chaleurs de 40°C et plus. Bref, il m'arrive de prendre des produits là-bas parce qu'on me les a conseillés ou parce qu'ils ne se trouvent pas en pharmacie. Et vraiment, je ne vois aucune différence à part le fait que l'écriture sur leurs emballages est toujours en anglais »*.

En marges de ces observations communes aux deux sexes, deux principales constantes peuvent être retenues pour caractériser l'accès des femmes aux médicaments : le pragmatisme thérapeutique, et l'élan du « care ».

UN PRAGMATISME THÉRAPEUTIQUE FÉMININ ÉTABLI

L'histoire de Marie, de Filomène et dans une moindre mesure celle de Madame Zallé rendent compte d'un phénomène récurrent dans les discours des femmes interviewées ; elles prennent les problèmes de santé avec pragmatisme comparativement aux hommes quelquefois influencés par des représentations particulières de leurs corps. Nous analysons ce pragmatisme à quatre niveaux :

Le premier niveau de ce pragmatisme est l'acceptation de la réalité de la maladie ; plutôt que de l'occulter de quelques manières que ce soit, les femmes expriment dans leurs discours, qu'elles peuvent aborder la maladie en tenant compte du contexte social et économique de son avènement, en tenant compte des risques qu'elle comporte et des conditions nécessaires au traitement. Marie par exemple, au lieu de s'effondrer au vu de sa situation de femme asthmatique et négligée par son mari, oppose au mépris de ce dernier un silence et une docilité qui la protègent : sa répudiation chaque jour promise par ce dernier reste toujours un vain mot. Filomène quant à elle prend conscience que ses « amygdales » qu'elle avait extraites à grands frais repoussent, et à un moment où sa capacité financière est au plus bas. Par conséquent, elle n'envisage même pas de se présenter au dispensaire ; elle s'impose de trouver une autre solution, forcément applicable par elle dans ses conditions économiques, donc une

solution vraiment moins coûteuse : l'alternative d'utilisation de la potasse traditionnelle comme antibiotique (recette exhumée de sa mémoire et réadaptée), est effectivement gratuite.

Le second niveau de ce pragmatisme féminin consiste à adapter les conditions du traitement à sa situation sociale et économique. Filomène qui n'a plus les moyens de s'acheter des spécialités pharmaceutiques jusqu'alors utilisées dans le traitement de ses amygdales, ne trouvant pas d'équivalent en générique et hostile aux médicaments de la rue va se rappeler fort à propos d'un antibiotique traditionnel. Filomène utilise cet antibiotique contre l'angine, pour le traitement de ses amygdales. Par ailleurs, elle habitue ses deux filles à la prise des médicaments génériques, et précise qu'en cas de besoin elle n'hésitera pas à demander de l'aide à ses frères. Cette adaptation est visible chez Marie, d'abord à travers les restrictions draconiennes du *zeed ligdi* au frais de condiments, présenté comme largement insuffisant, afin de pouvoir l'utiliser également pour la santé. Il est bien sûr entendu que la réserve ainsi constituée sur un budget alimentation déjà insuffisant reste dérisoire par rapport aux grands moyens qu'exige la prise en charge d'une crise d'asthme. Le caractère dérisoire de ses ressources pour sa maladie justifie ensuite les stratégies sociales qu'elle développe ensuite pour combler le déficit.

Ce pragmatisme s'exprime également par l'utilisation des faiblesses socialement consacrées : une personne malade, une personne démunie, une femme. L'image de cette triple faiblesse ouvre à Marie le soutien de la mère de son mari, de son patron, et de notre équipe de recherche, lui permettant ainsi de garantir le plus essentiel : les moyens pour sa santé et celle de ses enfants, et ce malgré la carence de l'apport marital. Cette triple image de la faiblesse renforce la relativité de la honte féminine. Placée en marge des attributs masculins de virilité, de fierté et d'honneur à préserver, la femme qui demande une aide est en phase avec la vision sociale de sa dépendance. L'utilisation abondante de cette image de femme dépendante, et du rapport particulier du sexe féminin à la honte, permet à Marie de demander de l'aide sans complexe, au grand mécontentement de son mari dont les limites de l'action financière dans sa famille sont ainsi fâcheusement affichées. L'image de la triple faiblesse permet donc à Marie de demander de l'aide sans honte, avec ou sans l'agrément de son mari, en s'appuyant sur un contexte qui oblige ceux qu'elle sollicite à donner (la mère consciente de l'insuffisance de l'argent donné par son fils pour l'entretien de la famille, le patron obligé par ses responsabilités sociales envers la famille d'un employé qui se trouve dans le besoin, notre équipe parce qu'elle connaît très bien la situation). La posture de demande de Marie s'avère donc, en définitive légitime et même valorisante ; ce qui est loin d'être le cas de l'incapacité de son époux à pourvoir aux besoins des siens, et qui est dévoilée de façon connexe par la démarche de la femme.

Enfin, notons que pour la recherche du médicament pour elles-mêmes, les femmes restent néanmoins soucieuses du bien-être des enfants et de l'époux. Bien que son époux la tienne à l'écart par rapport aux médicaments qu'il consomme, Marie avoue ainsi ses préoccupations d'épouse prévenante : « J'ai un peu peur quand je vois que ces produits rougissent ses yeux et lui donnent des maux de tête ». Filomène quant à elle présente son souci pour la santé de ses enfants comme principale motivation de son refus catégorique des

médicaments de la rue dans sa pharmacie. Aminata, une jeune mère de 23 ans est l'illustration de cette recherche du bien-être pour les siens ; le contenu de toute la pharmacie domestique qu'elle présente est uniquement constitué des médicaments pour son garçonnet de 18 mois, car elle se considère comme beaucoup plus résistante que lui. Ces considérations renvoient également aux attributs sociaux de genre qui, de façon quasi-universelle, consacrent le rôle de soignante domestique de la femme. Ces résultats obtenus au Burkina Faso rappellent ceux de Cresson en France (1991), de Saillant au Québec (1999) et de Lee en Australie (1999), et qui présentent les femmes comme les principales productrices de soins domestiques.

UN RÔLE FÉMININ DE « CARE » AUX MULTIPLES FACETTES

L'importance du rôle des femmes dans les soins apportés aux membres de la famille est présente dans tous les entretiens : Marie exprime son angoisse par rapport à l'éventuelle dangerosité de produits inconnus d'elle, consommés par son mari, tout en cherchant les moyens de l'aider ; Filomène cherche comment préserver au mieux ses enfants des effets considérés comme dévastateurs des médicaments de la rue, Madame Sya réfléchit toujours à la meilleure manière de faire respecter le traitement du paludisme par son mari, ce dernier ayant la regrettable tendance à arrêter la prise des produits dès qu'il se sent mieux, pour se retrouver à nouveau alité quelques jours plus tard, ..., etc. Aminata qui est toujours à l'affût du moindre cri ou du moindre signe de fièvre de son garçonnet, et toutes les autres l'ont également exprimé de façon récurrente à travers l'inventaire de la pharmacie domestique. Parmi tous, le récit de madame Zallé détaille au mieux ce que « prendre soin », « care » en anglais signifie pour les femmes, en cinq points :

Préparer un repas à son goût ou adapté à son traitement. Compte tenu de la gravité et des impératifs alimentaires de son mari, Madame Zallé devait trouver au quotidien, des aliments sans sel (à cause de la tension), sans sucre rapide et en réduisant les quantités de sucres lents (à cause du diabète), et le plus difficile, sans viande (à cause de la goutte). Si pour le sel, il suffisait de ne pas en mettre dans la sauce, et pour les sucres rapides, il suffisait de ne pas consommer les carreaux de sucre, il était plus difficile pour Madame Zallé de réduire les sucres lents contenus dans la farine de mil ou de maïs qui est utilisée pour préparer le tô, plat traditionnel et plat principal dans de nombreuses familles du pays ou dans le riz, également très couramment consommé, particulièrement en milieu urbain. Et pire, comme nous l'explique Madame Zallé, *« ces maladies sont vraiment venues pour tuer mon mari ; son vrai problème, ce n'était même pas les médicaments ; là encore, on pouvait se flatter doucement jusqu'à ce qu'il les prenne ; mais son tô qu'il a toujours adoré, maintenant, on l'autorise à prendre seulement 4 cuillérées ! 4 cuillérées de tô ou de riz pour un homme de près de 100 Kg ; vous voulez que cela lui fasse quoi ? Rien que pour cela, il était bien malheureux. Mais ce n'est pas encore le pire ; avec la goutte, on lui dit de ne plus manger la viande, mais seulement le poisson ! Pour un homme qui était chasseur dans son poste de préfet dans les grandes zones de chasse d'Aribinda, et qui me réclamait quotidiennement la soupe de viande sauvage boucanée ou la soupe de tête de mouton, c'était déjà la mort. Tout ce qu'il aimait manger lui était interdit »*. Pour augmenter son menu quotidien de quelques cuillérées de tô ou de riz avec

un morceau de poisson, je devais parcourir les marchés, surtout ceux de la périphérie pour trouver des aliments sans dangers pour lui : du haricot vert frais cuit à la vapeur ou en soupe de légumes, des feuilles vertes d'aubergine traditionnelle bouillies, du « Zane¹⁵² », de la salade, des légumes frais ». Le rôle féminin de préparatrice des repas domestiques se trouve ainsi renforcé par une responsabilité supplémentaire exigeante en temps, et mobilisant des connaissances nutritionnelles particulières. Madame Zallé malgré son analphabétisme y arrivera, poussée par son seul souci de créer les conditions les meilleures pour l'amélioration de la santé de son mari, et probablement au détriment de sa propre santé¹⁵³.

La force de l'intégration des rôles sociaux dans l'élan du « care » rappelle également Clarisse, une femme stérile et de 40 ans répudiée du fait de sa séropositivité au VIH, abandonnée avec son fils adoptif de 11 ans par sa famille, en faillite de son commerce de riz cuit et en fin de vie ; au court de notre entretien, elle n'avait de cesse de répéter qu'il fallait des fournitures scolaires pour son enfant, qu'elle trouvait qu'il ne mangeait pas bien ces derniers temps et c'était lui son seul souci actuellement. Elle exprimait clairement que sa volonté de survivre à l'infection était uniquement motivée par son devoir de « prendre soin » de cet enfant que la nature ne lui avait pas permis d'engendrer elle-même, mais que la providence lui avait donné. Son devoir de « care » envers cet enfant était ancré en elle au point de faire abstraction de la propre personne, de sa propre santé, et de l'éventualité de sa propre mort. L'intégration du devoir de « care » par Clarisse focalise les dernières énergies de cette mourante vers le souci de son enfant, sa propre vie n'étant importante que pour prendre soin de cet enfant. La même intégration du rôle de « care » par les femmes renvoie à l'importance de l'homme dans leur vie, l'acteur social par qui elles peuvent acquérir le statut essentiel d'épouse ; il apparaît aussi comme l'indispensable père qui donne une légitimité et une protection sociales aux enfants qu'elles engendrent. La double importance de l'homme (pour le statut d'épouse et pour l'intégration sociale des enfants), justifie l'effort généralement placé par les femmes dans le « care » de leur conjoint malade, donnant ainsi sens à certaines analyses qui relèvent des effets négatifs du système patriarcal sur la santé des femmes (INHORN, 2006 p. 359).

L'assistance : Une grande partie de la déclinaison du rôle féminin de soignante familiale dans les soins au mari consiste à l'assistance à ce dernier pour ses besoins multiples. Cette assistance consiste d'abord à trouver les médicaments et à les administrer. Habituellement ce sont surtout les hommes qui se déplacent en pharmacie et qui paient les médicaments pour la femme et les enfants. Quand ils sont à leur tour, malades au point de perdre leur autonomie physique, les femmes sont obligées de s'occuper de cet approvisionnement à leur place. Cet approvisionnement apparaît comme une tâche supplémentaire dans les activités domestiques déjà bien chargées de la femme, mais apparaît encore plus facile pour certaines femmes que l'assistance à la prise des médicaments. Madame Sya donne ainsi son expérience avec son mari : « *Quand*

152 *Zamné : graine d'un arbuste sauvage dont les vertues nutritionnelles permettraient son utilisation par les personnes diabétiques.*

153 *Effectivement, l'on ne peut pas exclure que la série de maladie qu'elle a découvertes sur elle juste après le décès de son époux ne soit la conséquence à la fois de la pression qu'elle se mettait pour réussir sa mission de « care », et de l'effort physique discontinu qu'exigent les soins à son mari sur des années.*

il est terrassé par le palu, si tu le vois, tu sens qu'il a vraiment accumulé la maladie ; tu crois qu'il va mourir dans l'heure qui suit. Il faut vite courir chercher des médicaments, puisqu'il ne veut jamais aller en consultation. Si j'attends qu'il consente à aller aux soins, cela risque d'être sur une civière. Donc, dès que je vois qu'il est couché par la maladie, je deviens une infirmière. Je discute avec lui pour établir un diagnostic, ensuite, je vais en pharmacie prendre les médicaments. Heureusement pour nous, il n'est pas malade comme moi qui suis drépanocytaire (...) ». Ensuite, « ... pour qu'il prenne ses produits, passé le premier jour où il a vraiment très mal et où il avale ses médicaments sans discuter, dès le second jour, et quand ça va mieux, il reprend ses vieilles habitudes et disparaît de la maison du matin au soir, sous le prétexte du travail ou de virées avec des copains, et peut-être pour autre chose, mais cela, il ne le dit pas (...). Donc, toute la journée, tu ne le vois pas, et tu vois le médicament posé. Alors, tu sais qu'il n'a pas pris. Pour qu'il prenne, il faut l'attraper soit le matin avant qu'il ne sorte, soit le soir quand il revient pour le repas, ou alors quand il rentre pour dormir... ».

L'aspect domestique de cette assistance pour la prise du médicament et pour les soins au corps, apparaît comme le plus chargé. En effet, Madame Zallé exprime d'abord l'étape du pansement de la principale plaie de son mari diabétique. Refaire ce pansement est présenté par elle davantage comme une épreuve psychologique qu'un travail. Elle rappelle l'épreuve psychologique qui consistait pour elle à cacher le découragement qui la submergeait à chaque fois qu'elle devait nettoyer la grosse plaie qui restait à l'emplacement de l'orteil gauche de l'homme, tombé ; elle devait alors jouer devant lui la banalité du fait alors qu'elle avait envie de crier. La dimension psychologique du « care » ici introduit des notions comme « courage », « cœur dur », que nous n'avons pas pu rapporter aux attributs de la féminité. Le reste des soins au corps, à savoir l'aider à se laver sans mouiller le pansement au pied, le conduire aux toilettes au moment de grande dépendance, s'occuper de la propreté de ses vêtements et particulièrement de ses sous-vêtements est décrit par elle comme étant nettement plus facile, car faisant partie du rôle domestique classique de la femme. En effet, la totalité des femmes reconnaît que certaines de ces activités, et notamment le blanchissage des sous vêtements de l'homme sont une responsabilité classique et exclusive de l'épouse, même hors de tout contexte de maladie.

D'autres formes de l'assistance au mari malade apparaissent de manière plus subtile dans le récit de Madame Zallé ; il en est ainsi de l'assistance au repas ; Madame Sya, elle, l'évoque clairement : « *mon mari est un vrai bébé quand il est malade (...). Il est couché comme mort, il ne veut rien. Pour qu'il mange, il faut de la gymnastique. D'abord, il faut trouver ce qu'il va accepter de manger ; il demandera des choses aigres, des choses amères, des choses liquides, toute une multitude de choses que finalement, il ne goûtera peut-être même pas. Comme on se connaît, je prépare toujours à côté ma soupe « Djiguèwalan » épicée et bien pimentée. Même s'il ne peut rien prendre d'autre, j'insiste jusqu'à ce qu'il en prenne ne serait-ce que quelques cuillérées. Même s'il refuse, j'insiste, je le dérange, je l'empêche de dormir. Finalement, pour avoir la paix avec moi, il prend quelques gorgées de cette soupe et il va toujours mieux*

après. C'est parce que la soupe « Djiguèwalan¹⁵⁴ » nettoie l'organisme et relance la digestion. Je pense que le malade se soigne d'abord par son ventre. S'il retrouve une bonne digestion, il peut alors prendre les médicaments avec moins de difficultés, il peut aussi reprendre des forces en mangeant des aliments qui donnent plus de force que d'autres ». Tout comme dans le cas des soins corporels, l'assistance au repas apparaît comme un prolongement du rôle féminin d'alimentation de la famille. Ce rôle qui se limite normalement à la préparation, à la disposition des repas aux lieux de restauration, puis à la récupération des assiettes une fois le repas terminé se voit prolongé en cas de maladie de l'homme, par une assistance plus élaborée pouvant emprunter les gestes du gavage, tout en comportant souvent une part importante de pression psychologique pour amener le malade à accepter les aliments malgré le dégoût qu'ils lui inspirent souvent.

Conduire le mari malade aux soins devient également dans le contexte urbain une activité dévolue à l'épouse. Les récits que nous avons (Madame Zallé, Madame Sya), montrent que la démarche de l'homme vers le centre de santé, sollicite généralement la présence de la femme, prolongeant ainsi son rôle classique de soignante familiale à l'extérieur de la sphère domestique. La présence de l'épouse est d'abord justifiée par sa connaissance du système de soin. Le besoin masculin de cette présence féminine peut renvoyer ici à l'expérience reconnue des femmes dans les services de santé (DESCLAUX & DESGRÉES DU LOÛ, 2006 p. 3).

La médicalisation de la vie des femmes est la troisième observation d'importance qui découle de l'analyse de l'accès des femmes au traitement. Cette médicalisation de la vie observée en Europe apparaît ici au niveau de certaines étapes clés de la vie des femmes, et notamment la grossesse. La pharmacie de Pendo, une jeune femme de 29 ans enceinte de 6 mois en est la preuve ; l'on comprend que si son mari ne tombe pratiquement jamais malade comme elle dit, et si le couple vit seul pour le moment, la pharmacie se résume aux seuls médicaments nécessaires à Pendo. Mais le contenu de cette pharmacie, uniquement constituée à partir des ordonnances de la PMI, nous rappelle certaines réflexions faites sur la médicalisation croissante de la grossesse (COURTIAL & Le DREFF, 2004 p. 116).

Les hommes : virilité et accès au médicament

La question de l'accès des hommes aux médicaments en général s'appuie ici sur des cas concrets de traitement du paludisme. Cette maladie considérée par les populations comme courante et banalisée en tant que telle permet d'aborder cette question en réduisant le plus possible d'autres considérations liées à des représentations trop particularisées de certaines maladies, et qui sont susceptibles d'influer sur les conditions de genre dans sa prise en charge. Comme nous l'avons déjà montré pour les femmes, la majorité des personnes enquêtées, et qui disposent de faibles capacités financières, font des arbitrages dans les choix de catégories de médicaments qui leur sont les plus accessibles.

¹⁵⁴ Poisson d'eau douce éventré, fermenté et séché dont le goût fort sert localement à assaisonner les plats. Il est également utilisé seul en soupe.

Pour la plupart des hommes interviewés, le paludisme, familièrement désigné « palu » est une maladie banale et facile à soigner. Sa banalité est associée à sa fréquence ; cette banalité ouvre la voie à l'automédication qui apparaît à travers l'annexe 8-2, comme la première réponse à cette maladie, avant tout autre recours en cas d'aggravation ou de persistance. Cette maladie banale est représentée dans les milieux masculins comme une maladie bénigne pour l'homme jeune, robuste, et actif. Par contre, et comme le soutient Robert, « la femme et l'enfant n'ont pas cette résistance » ; ils apparaissent comme des organismes fragiles et vulnérables qui ne résistent pas tellement aux maladies, mêmes les plus « bénignes » comme le paludisme. La robustesse de l'homme renvoie à la notion de capacité physique qui est l'une des trois attributs que nous avons pu associer à la masculinité dans la culture d'influence *moose* (BILA, 2008). C'est en rapport avec cette capacité physique associée à la masculinité, que Robert garde la conviction qu'une « bonne Guinness » suffit à disperser le palu dans son corps et à le remettre en forme ; pour Damien ce sera une bonne bière, alors que femmes et enfants doivent aller dans les formations sanitaires pour être aidés avec les médicaments. C'est également en référence à cette capacité physique inhérente au corps masculin que Quentin, malgré ses 51 ans et malgré sa séropositivité, se contente dans un premier temps d'une « bonne séance de sport » pour éradiquer le paludisme de son corps. Les échecs de ces trois hommes dans le traitement du paludisme permettent de relativiser la capacité physique particulière de l'homme, du moins face à l'infection palustre.

La seconde observation importante est la fréquente difficulté des hommes à se présenter à la consultation médicale. Madame Zallé décrit bien comment son défunt mari s'énervait rien qu'à la perspective d'y aller et qui, justement pour repousser au plus cet événement, préférerait garder la même prescription pendant des années, au risque de sa santé. Robert avance le prétexte de son emploi de temps trop chargé (gestion d'un kiosque en période de pleine affluence, son rôle de président du comité d'organisation du jubilé d'argent de l'église, ses responsabilités de chef de concession *zaksoba* pour ne pas aller en consultation malgré une crise sévère qui aboutira à son évanouissement. Damien lui, attendra deux jours de crise palustre sévère et un état plus critique de maladie pour consentir à voir enfin un agent de santé. Quentin pourtant séropositif et disposant déjà d'un médecin associatif ne se présente à la consultation médicale que quatre jours après les premiers symptômes palustres. Les conséquences de cette réticence sont le retard de consultation, l'augmentation des risques d'aggravation de la maladie qui complique ensuite la prise en charge et réduisent les chances de guérison des hommes au paludisme alors que le protocole thérapeutique de cette maladie est désormais bien établi dans le pays (INSD, 2004 : p. 192).

Les récits montrent également que les hommes présentent souvent des réticences à prendre les médicaments. Madame Zallé doit assister son mari pour être sûre qu'il prenne ses produits comme il faut. Quentin lui, attend deux jours après les symptômes avant de prendre de la Nivaquine®. Damien lui, même alité, ne prend aucun médicament. Qu'aurait-il fait sans l'assistance de ses collègues ? Il en est de même de Robert sauvé de justesse par son évacuation au service de santé et les traitements sous cutanés (injection et perfusion) qui écartent les risques de non respect des prises orales de médicaments.

Les discours reviennent également sur un besoin d'assistance renforcé des hommes, à deux niveaux : d'abord au niveau des représentations « viriles » du corps de l'homme qui le projette comme plus résistant à la maladie et qui peuvent justifier la faible rigueur démontrée par des hommes dans la prise du médicament ; ensuite, l'état général souvent assez dégradé des hommes dans les prises en charge tardives, et la perte d'autonomie consécutive imposent pour eux une plus grande assistance (Robert évanouit, Damien et son malaise au bureau, Quentin qui ne tenait pas debout). Les cas de prise en charge tardive avec perte d'autonomie physique obligent les proches et notamment la femme à jouer un important rôle d'assistance. L'épuisement de Madame Zallé par les soins en est l'illustration. Cela a pu également être le cas des épouses de Robert et de Damien dès lors que l'urgence qui mobilise des professionnels de santé est passée. Pour les prises de médicaments au quotidien, pour les aspects annexes au traitement, notamment pour l'alimentation, les soins corporels, la gestion des relations sociales,..., etc., l'expérience de Madame Zallé montre bien le caractère déterminant de la présence de l'épouse. Ces résultats corroborent également notre analyse plus spécifique qui montre l'importance de la contribution des femmes dans l'accès de leur mari à la prise en charge de l'infection à VIH (BILA & EGROT, 2010). Ce constat nous permet de nous questionner sur le sort de Quentin qui ne serait peut-être pas mort de cette manière si sa femme était encore vivante et à ses côtés au moment de cette attaque palustre.

Un besoin masculin d'expression du devoir de responsabilité se dégage également à travers ces récits ; Robert totalement dévoué à ses responsabilités de chef de concession, de président d'un important comité d'organisation, prend néanmoins en charge une femme enceinte abandonnée ; le cas de Damien qui interfère sur la prise en charge de sa femme pour un paludisme grave est encore plus riche en image ; il se précipite aux urgences avec sa femme, la porte dans ses bras, bouscule les médecins pour lui obtenir le meilleur traitement possible. Ces deux hommes illustrent la tendance masculine à s'investir davantage dans la réalisation de conditions favorables à la santé des femmes et des enfants plutôt que dans la préservation de leur propre santé. Ces deux cas introduisent la question encore peu documentée de la contribution des hommes à l'accès de leurs conjointes aux soins en général, et au médicament en particulier. L'assistance de Robert à l'étrangère malade n'a jamais été pensée comme tel ; il s'agit d'un imprévu survenu suite à la défection de l'épouse de Robert commise à cette tâche. De ce fait, il apparaît davantage comme un prolongement de la valorisation de la responsabilité chez Robert que comme une assistance particulièrement significative d'un homme à une femme, comme le cas de Damien. L'agressivité de ce dernier apparaît par contre comme une contribution qui s'accorde aux valeurs masculines, et qui est adaptée aux difficultés dans les relations soignants-soignés dans les hôpitaux en Afrique (OLIVIER de SARDAN, 2003 p. 265). Finalement, le cas de Damien illustre davantage le devoir masculin de la responsabilité qui se dissocie malgré les apparences, de la vocation sociale du « prendre soin » des femmes.

Les hommes (Damien, Robert), montrent également, même face à la maladie, une valorisation particulière de leur honneur souvent à travers la question de la capacité financière. Le cas de Damien est le plus illustratif parce qu'il se déroule dans un contexte qui se prête particulièrement à l'analyse : la

perception du doute du médecin quant à sa capacité financière est source de colère pour Damien et suscite la mise au point d'une stratégie de revalorisation de soi à trois niveaux : en corrigeant son aspect physique, en montrant sa « capacité financière » par l'exhibition de l'énorme somme d'argent qui était dans sa poche (même si cet argent était destiné à autre chose), et en provoquant la bagarre. L'objectif de Damien est bien de « montrer qu'il n'est pas n'importe qui ». Il saisit également cette occasion pour renforcer l'image d'homme financièrement capable qu'il a besoin de présenter dans ses rapports de couple.

Cette analyse en six points permet de comprendre comment, malgré des moyens financiers généralement supérieurs à ceux des femmes, malgré la disponibilité de l'offre d'assistance féminine, les hommes ont un accès souvent médiocre aux soins. L'accès masculin aux médicaments du paludisme est ainsi largement relativisé par les valeurs associées à la masculinité particulièrement par deux aspects de la notion tridimensionnelle de la capacité : la capacité financière, et celle morale ou sociale manifestée par le sens de la responsabilité. Les différentes interférences de ces notions avec les pratiques autour de la maladie justifient la médiocrité de l'accès des hommes au médicament. Les points d'ancrage de ces interférences sont pour une large part constitués par les conditions de la prise en charge dans les services de santé, particulièrement dans le public. Les limites de l'accès au médicament exprimées dans ces lignes ont davantage un fondement social inscrit dans les normes et valeurs associées au genre masculin, qu'économique. Notons également que ces valeurs ne sont pas intégrées de la même manière ni au même niveau par des individus différents, aux origines diverses, et tous soumis à un contexte urbain facteur d'acculturation.

DES RÔLES DE GENRE DANS LES SOINS DOMESTIQUES

Les femmes qui ont en général moins de moyens économiques que les hommes apparaissent néanmoins « mieux gérer » dans un premier temps leur accès aux soins et aux médicaments à deux niveaux : leur pragmatisme thérapeutique qui leur permet, davantage que les hommes, de tirer le meilleur parti de la trilogie, « maladie, féminité, accès aux ressources », mais aussi leur connaissances des services de santé. Les cas de Marie et de Filomène montrent bien comment ce pragmatisme féminin, leur permet de tirer un meilleur avantage de leur maladie et de leur traitement que les hommes, en obtenant les meilleures conditions possibles d'accès au médicament dans leurs situations, et en acquérant une expertise dans le « mode d'emploi » des services de santé.

Plusieurs travaux avaient déjà relevés dans la société occidentale la reconnaissance des femmes comme « les principales productrices de soins, professionnellement comme dans leurs relations «privées» (CRESSON, 1991 : p. 31). Cette étude relève le rôle de premier plan de la femme dans la santé domestique, dans un contexte où l'impression première est que tout le monde (en parlant des adultes) est impliqué au même niveau dans cette activité ; en fait, il s'agit

essentiellement d'une production de femme, et d'une production gratuite et parfaitement invisible. Cette analyse qui a été poursuivie au Québec avec les travaux de Francine Saillant, a permis de faire apparaître les femmes dans une position de relais entre les univers domestique et extra-domestique. Ainsi, elles sont présentes lorsque la maladie se manifeste au sein du groupe domestique, c'est un peu à elles que sont formulées les premières « demandes » de mieux-être, sinon de guérison, quand s'amorce la maladie. Ces demandes ne sont déplacées et reformulées ailleurs dans la famille étendue, chez les voisins, ... etc., qu'en cas d'impossibilité ou d'échec des femmes de l'espace domestique (SAILLANT, 1999). La présente étude bien que réalisée en Afrique confirme ces analyses et permet de donner une dimension beaucoup plus élargie du rôle de santé des femmes : ce rôle apparaît de plus en plus comme un invariant culturel qui régule les relations de genre dans les couples et dans la société. Certaines spécificités du contexte africain, notamment le renforcement des relations interhumaines dans des espaces confinés comme les celibatoriums pourront être analysées dans le sens d'identifier des variantes africaines à ce phénomène.

Certains auteurs nous mettent néanmoins en garde contre les effets pervers de ce rôle dévolu aux femmes (LEE, 1999). Présentées comme des activités naturellement féminines, la réalisation de ces soins domestiques est suspectée de contribuer à la perpétuation des inégalités de genre véhiculées par le système patrilinéaire. Les récits qui, dans cette étude, confortent ces analyses, décrivent effectivement comment les femmes, quand elles doivent faire des arbitrages, mettent la santé des enfants et des maris au premier plan. L'exacerbation du rôle féminin de « care » se fait au besoin, au détriment de leur propre santé : manque de temps pour s'occuper d'elles-mêmes, et manque de moyens ou arbitrage défavorable à soi-même. Ainsi peut également être analysée la situation de Madame Zallé qui, en se consacrant entièrement aux soins domestiques (particulièrement lourds) de son mari, en oublie son propre corps et ne s'en rappelle qu'après le décès du mari ; elle a ainsi l'impression d'une avalanche de maladies que justifie à ses yeux les explications sociales à référentiel supranaturel¹⁵⁵. La fréquente dépréciation de soi et de la santé pour soi des femmes se réduit néanmoins quand elles sont enceintes. Par la procréation, les femmes, socialement dépendantes dans le système *moose* sont revalorisées par les représentations sociales qui les projettent "*comme des êtres "surnaturels" capables de maîtriser au travers de leur pouvoir de procréation, les différentes forces de la création*" : notamment par l'intégration des mondes de la brousse, des ancêtres et des hommes, dans l'enfant qui naît (EGROT, 2001, p 343). Porter la vie est ainsi particulièrement valorisé par la seule femme qui était dans cette situation dans l'étude, et justifie que sa pharmacie domestique contienne exclusivement des médicaments pour la grossesse, ouvrant la voie à d'autres questionnements en rapport avec la médicalisation de certaines étapes naturelles de la vie. La dépréciation de soi en dehors des situations de grossesse relativise finalement les acquis du pragmatisme féminin face à la maladie et de l'expertise globale des femmes dans les services de santé.

Les hommes ont généralement plus de moyens que les femmes ; ils sont en plus l'objet des attentions féminines dans le contexte du « care » ; ils ont cependant, du fait de certains freins liés aux représentations de genre et à leurs difficultés à se

155 Elle souffrirait ainsi de l'influence des émanations du double martyrisé de son mari « le tuulle », du vivant de ce dernier.

conformer aux conditions de prise en charge dans les services de santé, finalement, un accès limité aux soins et aux médicaments, tout comme les femmes limitées par l'exacerbation de leur rôle de « care ». Ils ont parfois des interprétations plus éloignées des réalités sanitaires (se soigner à la bière). Leurs difficultés à fréquenter les services de santé, et leur propension à préférer des occasions brèves de santé en font des cibles privilégiées pour certaines catégories de médicaments dont l'accès n'est pas lié à la consultation médicale : les médicaments traditionnels, ceux de la médecine alternative, ainsi que les médicaments de la rue.

Dans la perspective de trouver néanmoins de grandes tendances d'accès et d'utilisation des catégories médicaments en fonction du genre, nous pouvons identifier trois types de besoins qui rassemblent des personnes sans, a priori, une référence à leur appartenance sexuelle.

L'usage des médicaments de la rue rassemble des utilisateurs d'âge, de sexe et de profil d'activité diversifiés pour des besoins de médicaments en décalage avec les priorités de santé public. Le besoin d'anti-inflammatoires à fortes doses pour le traitement des rhumatismes et autres maladies liées à la vieillesse oriente vers la rue des personnes âgées. Cela est notamment le cas de Tantie Guènèta et de Madame Zallé dont les pharmacies contiennent chacune 5/12 anti-inflammatoires et autres analgésiques puissants (Annexes 8-0, Tableaux 9 & 26). L'achat de ces médicaments par ces personnes âgées qui économisent ainsi le prix et le temps de la consultation, tout en s'épargnant une explication longue de leur maladie, à des agents de santé qui ne prennent pas toujours le temps de l'écoute, et ne prescriront pas forcément le type de médicament attendu. Comme cela a déjà été documenté, le besoin d'amphétamines et autres produits dopants conduit également les ouvriers et des personnes pratiquant des métiers manuels et pénibles vers cette catégorie de médicaments dont l'offre dans ce domaine est fort à propos largement diversifiée (GOLDBLAT, 2005). La même spécificité du besoin oriente des personnes aux capacités financières élevées, à rechercher des stimulants sexuels particulièrement vantés, et qui ne trouvent que dans ce circuit ; Amédé qui peut être cité dans ce cas reconnaîtra que non seulement le produit lui fut recommandé par un ami, mais qu'il fut encore présenté par le vendeur. Ces trois profils de personnes vont plus souvent vers cette catégorie de médicaments du fait de sa proximité sociale avec eux, mais aussi parce qu'il les libère de la contrainte de la consultation médicale sur des sujets qui peuvent être d'une grande complexité ou intimité, dans des structures de santé quelquefois inappropriées (OLIVIER de SARDAN, 2003).

En partant du profil du médicament, nous pouvons également mieux établir le profil des plus grands utilisateurs de la spécialité pharmaceutique. Ainsi, ces spécialités, qui sont nettement plus chères que les génériques, ne seront accessibles régulièrement que par les personnes qui ont une réelle capacité financière, comme Madame Sissao. Ces produits seront également achetés préférentiellement pour les enfants considérés comme étant plus fragiles que les adultes et devant bénéficier des meilleurs traitements possible, même par des parents aux revenus modestes. Ces spécialités sont également achetées par des personnes, même pauvres, mais atteintes de maladies chroniques comme le diabète, et dont les médicaments n'ont pas d'équivalent générique.

L'utilisation des médicaments de la médecine traditionnelle est faite par de nombreuses personnes, en association avec d'autres traitements. Ces médicaments sont également utilisés pour certaines maladies anciennement connues, ou pour des maladies dont le traitement dans les structures de santé n'a pas été jugé satisfaisant. Les médicaments traditionnels, et notamment l'herboristerie reste également aujourd'hui encore le domaine d'excellence du soin au nouveau-né et à l'enfant.

L'utilisation des médicaments traditionnels améliorés ou des produits de la médecine alternative laisse apparaître dans cette étude, un profil de personnes aux capacités financières importantes, comme c'est le cas d'Amédé dans cette étude. En effet, les produits de cette catégorie coûtent relativement plus chers que les autres. En outre, ces personnes ont accès à des canaux puissants d'information qui leur permettent de relativiser le triomphalisme de la biomédecine et de ses médicaments, et de se tourner vers d'autres types de thérapies rendues souvent plus séduisantes par leur caractère « naturel ».

DEUXIÈME PARTIE :

GENRE ET ACCÈS AU MÉDICAMENT DANS LES SERVICES DE SANTÉ

LE CAS DE L'INFECTION À VIH

DES DISCOURS AUX CHIFFRES, LES MULTIPLES FACETTES D'UN ACCÈS DIFFÉRENTIEL

L'approche anthropologique du rapport des hommes et des femmes aux médicaments dans un système de santé donné implique, non seulement la mobilisation de données discursives, mais aussi la prise en compte du contexte épidémiologique par souci d'information en santé publique, de comparaison, de vérification, d'approfondissement de la connaissance contextuelle.

Un rapport différent des hommes et des femmes au traitement de l'infection à VIH

L'expression récurrente de la différence genrée des rapports des personnes séropositives aux lieux de leur prise en charge prend ici comme support, trois histoires de cas qui éclairent chacune à sa manière, les conditions sociales de l'annonce, du vécu de la séropositivité et de l'accès aux lieux de traitement. Ces histoires mettent en évidence les liens de cause à effet entre valeurs de genre et rapport des personnes et des couples à l'infection et à son traitement.

Histoire du défunt mari de Fatim : une incapacité à dire... et des vies sacrifiées.

Fatim est une jeune veuve de 35 ans que nous avons rencontrée en 2005 ; elle était alors veuve depuis cinq ans, et vivait avec ses deux garçons de dix et huit ans, de la pension laissée par son mari, mais aussi de son salaire d'agent de bureau, poste que cette femme jadis entièrement entretenue par un mari jeune, célèbre et riche nous dit n'avoir jamais imaginé devoir occuper, même dans ses pires cauchemars.

Fatim explique comment son mari était tombé malade. Selon elle, « *il se plaignait de fatigue générale, sa maladie a commencé comme un palu, et après la jaunisse s'en est suivie, et c'était parti comme ça... Nous faisons en même temps les produits pharmaceutiques et l'indigénat. Un jour il m'a dit ah, que comme ça là, que lui-même il a peur. Je dis peur de quoi ? Il dit que ah !, que comme on dit que le sida, ça fait maigrir et puis.... Je dis non, non, non ! Je dis tu ne peux pas avoir le sida. Si c'est ça tu n'a qu'à aller faire le test aussi pour voir ! Je dis si c'est le sida il n'y a pas de problème ; moi je suis parfaitement d'accord (pour) faire le test avec toi. Et si le test est positif, nous allons vivre notre mal à deux et si on venait à mourir, il y aura des gens pour s'occuper de nos deux orphelins. Moi je l'encourageais. En fait, mon mari a su (qu'il avait le sida) parce que son médecin traitant lui a demandé le test. Il a fait le test, et il lui a donné les résultats. Quand il lui a donné les résultats, moi il ne m'a pas dit. Il a caché, il a essayé de me cacher ça (...). Je comprends que ce n'est pas toujours facile. Et c'était vraiment difficile et la manière dont il m'a connue, j'étais une fille sérieuse et j'ai été une femme fidèle donc, c'était difficile quand même de m'annoncer la nouvelle. C'est seulement après que j'ai compris. Mais moi j'ai commencé à soupçonner entre temps parce que vers la fin, il avait commencé à dépérir. Et je l'ai remarqué chaque fois qu'il rentrait pour se doucher, moi je l'espionnais. Quand je le regardais comme ça, je sentais qu'il perdait du poids, il dépérissait.*

J'ai commencé à soupçonner, mais je ne pouvais pas quand même croire que ça, que ça pouvait être la maladie. Je ne pouvais pas croire. Je pleurais en cachette. Lui aussi, il savait que je pleurais ».

Elle explique ainsi comment son mari qui se plaignait déjà régulièrement de fatigue et de maux divers depuis leur mariage en 1996, a souffert vers la fin de sa vie pendant plusieurs mois, voire une année, avant de décéder en 2001. Au vu du dépérissement de son mari, et malgré sa difficulté à admettre l'éventualité de sa séropositivité au VIH, elle finira par lui proposer le test :

« Mais il dit non, il n'a pas voulu. Il a refusé. Je dis bon, (voie basse) je dis Dieu est grand. On était là on vivait, il vivait. Et c'est après sa mort maintenant, un jour je suis partie après les cérémonies, tout tout tout, puisqu'il était musulman, après les cérémonies, moi même je suis, juste après la mort, après sa mort moi je suis tombée malade. J'ai fait la fièvre typhoïde ; ça a été une chance pour moi parce que bon, avec la tristesse, la maladie en plus, j'ai failli trépasser. Et Dieu merci, je m'en suis sortie. C'est après ça maintenant j'ai dit bon, il faut que j'aille voir son docteur parce que je ne peux pas accepter comme ça que mon mari parte sans savoir de quoi il est mort exactement. Je dis bien vrai que le palu tue mais, je ne peux pas accepter ça facilement comme ça.

Donc je me suis levée toute seule, je suis partie. Je suis allée, j'ai demandé à voir le docteur. Je suis rentrée, il m'a saluée bon, il m'a demandé comment était le moral, je dis bon, le moral n'y est pas, (...). C'est le même docteur qui m'a traitée pour la typhoïde ; c'est lui qui m'a traitée. Il a demandé pourquoi je suis venue le voir ; je dis que si je suis là aujourd'hui, c'était (voie basse) pour, en tout cas savoir un peu plus de quoi est mort mon mari parce que jusqu'à ce qu'il s'en aille il n'a pas pu me dire exactement de quoi il souffrait. Je dis et ce qui m'a tiquée aussi, il a eu à faire un examen et bon nous avons poursuivi les résultats en vain ; il m'avait finalement informée que les résultats étaient venus directement chez vous. Donc moi je voulais en savoir un peu plus. Il me dit non il était malade tout simplement il est parti. Je dis mais de quoi, de quelle maladie souffrait-il ? De quoi il souffrait. Et le docteur, il est resté muet. Il a commencé à fumer. Il fumait, fumait, une cigarette ensuite deux ensuite une troisième, bon il ne savait pas comment m'annoncer. Lui même il était dépassé, il ne savait pas comment m'annoncer. Donc, c'est là il m'a demandé est-ce que mon mari avant de mourir ne m'a rien dit ? Je dis non. Qu'il ne m'a rien dit. J'ai dit bon, la veille de sa mort, il n'a même pas fermé l'œil. On est resté, on a discuté, discuté, discuté, jusqu'au petit matin. Et c'est vers les 5 heures du matin moi j'ai, j'ai fait appel à ses frères. Ils sont venus. Le matin son frère (a) dit bon, on va aller à l'hôpital. Bien avant ça même il me disait, avant ça il m'a dit : 'si toutefois mon état empirait, si quelqu'un te disai de m'amener à l'hôpital, ne m'amène pas parce que si tu m'amènes à l'hôpital je ne reviendrais plus à la maison'. Je dis pourquoi. Il me répond : 'Que ça, l'amusement à part, je ne veux pas que tu m'amènes à l'hôpital. Quel que soit mon état je ne veux pas que tu m'amènes à l'hôpital. J'ai peur de l'hôpital'. Je dis : 'Mais pourquoi ?' (Il me répond) qu'il n'aime pas l'hôpital. 'Que si tu m'amènes à l'hôpital, si on te flatte et que tu m'amènes à l'hôpital ce sera fini pour moi ; je ne reviendrai plus ». Donc quand son frère est venu, et qu'il a voulu qu'on l'amène à l'hôpital, j'ai commencé par refuser. Mais il allait vraiment mal et son frère insistait. Alors, je l'ai laissé faire et nous l'avons conduit à l'hôpital ».

Elle explique alors que c'est à ce moment que le docteur l'interrompt « *C'est là le docteur dit qu'il lui a demandé : 'Est ce que tu as pu dire à ta femme ?' Il lui aurait répondu ainsi : 'Docteur, j'ai tenté à reprises pour dire la nouvelle à ma femme mais je n'ai pas pu' ».*

La suite du discours du médecin que nous relate Fatim montre que cet aveu d'incapacité de l'homme à faire l'annonce de sa séropositivité à sa femme s'associe à une peur de se voir soupçonner de sida par un cercle plus élargi de personnes connues, et pouvant compromettre de façon significative l'accès de l'homme au traitement : « *Le docteur m'a dit : « ah, est-ce que vous vous rappelez que j'avais voulu qu'il parte à Abidjan à la PISAM se soigner et il a refusé ? Je dis : oui je me rappelle bien ; il m'a même dit qu'il ne voulait pas partir parce qu'il était coincé par le travail. Et le docteur m'a dit que non, ce n'était pas la vraie raison ; que c'est parce s'il partait à la PISAM, les gens allaient savoir, les gens allaient soupçonner. Donc voilà pourquoi il a refusé de partir à la PISAM pour se soigner ».* Le praticien, après toute cette contextualisation (qui est en soi sans équivoque) répond enfin directement la question initiale de Fatim : « *Que ah, l'examen en question aussi¹⁵⁶, que c'était le test du sida (...)* ». Et Fatim peut enfin accepter l'évidence qui était sous ses yeux mais qu'elle cherchait à fuir derrière le mutisme de son mari : « *J'ai conclu moi même que j'étais atteinte ; s'il est mort de sida c'est que moi aussi je suis atteinte parce qu'on ne se protégeait pas et on a même eu des enfants, donc, moi je sais que je suis contaminée ».* Elle regrette également que ce mutisme de l'homme ait tant compromis son rôle de « care » qui lui aurait donné plus de chance de survie, tout en relevant le rôle primordial du père dans le devenir des enfants : « *Moi je dis que s'il est mort c'est parce qu'il n'a pas voulu se confier. C'est là vraiment ça m'a beaucoup touchée. Si au moins s'il avait eu le courage de me dire ; y avait pas de problème, ce n'était pas pour autant que j'allais le quitter. Ou le négliger parce que le mal est incurable. Au contraire, pour qu'il reste en vie et qu'il puisse m'aider à m'occuper des enfants jusqu'à ce qu'ils grandissent..., (j'allais le soutenir ?) ».*

Dans un premier temps, sous le choc de la mort de son mari et de la découverte des résultats positifs de son test VIH, Fatim reprend également à son compte la honte de l'homme et exprime sa volonté de la cacher, même au prix de sa vie : « *Quand j'ai eu les résultats, quand je suis revenue à la maison, j'étais en train de voir comment il fallait faire pour mettre fin à ma vie. Parce que, je me suis dis que mon mari, il a caché, il n'a pas voulu en parler. Je dis si moi je restais en vie pour développer la maladie, je dis les gens sauront que c'est du mal, de la maladie, c'est du sida que mon mari est parti. Je me dis moi je ne voudrais pas ça. Je ne voudrais pas traner pour que les gens se moquent de moi ou bien disent que voilà, ton mari il est parti, c'est de la maladie il est parti, toi aussi te voilà aujourd'hui. Moi je ne voulais pas ça ».* Il faudra la force de persuasion de ses parents, mais aussi son souci particulier pour ses enfants, pour la dissuader. Elle précisera à la fin de l'entretien en larmes : « *(Pleure), je m'inquiète seulement pour mes enfants, pour ma vie je ne m'inquiète pas ».*

156 Il s'agit de l'examen dont Fatim a attendu en vain les résultats.

Elle acceptera donc de continuer à vivre, à rechercher les soins adéquats auprès des soignants en charge des personnes séropositives, à suivre scrupuleusement leurs indications médicales, tout cela pour rester en vie afin de s'occuper de ses enfants. En reprenant à son compte le souci de son mari de cacher sa honte (d'être reconnu séropositif au VIH), honte que ce dernier a voulu préserver au prix de sa vie (en se laissant mourir plutôt que de s'exposer aux soupçons des autres en suivant les consignes médicales). Bien que soulignant la précaution d'éviter toujours de s'afficher sur les lieux de prise en charge aux heures de grande affluence, Fatim dit s'assurer un suivi régulier en trouvant toujours les moyens de rencontrer les soignants à des moments moins risqués, ou hors de l'association. Étant passée du statut de « femme riche et entretenue » à celui de « veuve nécessiteuse » depuis le décès de son mari, et ce malgré la pension laissée par ce dernier, Fatim doit faire valoir son BEPC pour demander son recrutement dans la société d'état que dirigeait son défunt mari, et dans laquelle elle est depuis lors « agent de bureau ».

Enfin, malgré sa complaisance totale pour le mari, il apparaît important pour Fatim de relever deux choses : la responsabilité de l'homme dans l'infection du couple, et sa compréhension pour l'incapacité de l'homme à « partager » son statut VIH. *« Oui, oui, il a été un mari modèle. Et je ne peux pas l'en vouloir même si aujourd'hui j'ai le virus par son intermédiaire, parce que je peux, j'ai été femme aussi fidèle à mon mari. Il a été mon seul et unique homme. Donc y a d'autres moyens de transmission c'est vrai, mais si lui, il est mort de cette maladie là, je me dis que c'est par lui que j'ai eu le virus, bon mais je l'en veux pas. Parce que il a essayé de me dire, mais il a tenté en vain ».*

Aïcha, son sida et son mari : Une solidarité ambiguë

Aïcha est une jeune femme sénoufo de 32 ans, de niveau BAC+2, cadre dans une société d'État, tout comme son mari, un moose de 45 ans, cadre supérieur. Elle découvre sa séropositivité par le hasard d'une de ses hospitalisations régulières pour cause de drépanocytose, aux premiers moments des traitements antirétroviraux en Afrique, en 2000 : *« ... C'est arrivé à un moment, pendant ces crises-, je fais de la fièvre, je fais de la courbature, je me sens fatiguée. Pour moi, je parlais pour ça. . Et à chaque fois effectivement, quand la crise est très avancée on me garde en clinique pour me faire des traitements sous perfusion. »*. Elle avait alors été dépistée à son insu et informée de son statut sérologique contre toutes les règles d'éthique médicale¹⁵⁷. Le traumatisme psychologique qu'elle nous décrit ne l'empêche pas de se défendre vis-à-vis du médecin traitant et de préserver son mari d'un tel choc. Elle rétorquera au médecin : *« Si ... quelqu'un doit l'informer c'est bien moi. (Silence) »*. Elle reconnaît néanmoins que cette charge psychologique est trop lourde à porter seule : *« Je suis rentrée chez moi, et la dépression. J'ai piqué une dépression (...). Je voulais me suicider. chaque fois que mon mari partait au boulot, moi, je cherchais des voies et des moyens pour m'éliminer »*.

157 Cet aspect des données est analysé dans d'autres publications sur l'éthique.

Malgré son tourment, elle réussira sans grand effort à préserver son mari de l'épreuve de l'annonce sans perspective : de toute façon, le couple n'avait plus de relations sexuelles depuis la maladie de l'épouse, ce qui évitait que l'annonce ne s'impose autour des questions de prévention de la transmission, et le mari passait ses journées à son service, ne faisant aucune allusion déséquilibre psychologique évoqué par sa femme. Et donc pour Aïcha, « Il n'a pas su ». Elle trouvait que, face à la gravité de la situation, son mari pouvait être également déstabilisé. Or, il a toujours été le plus solide du couple. Une sorte de « force tranquille » sur lequel elle s'était toujours reposée. Elle avait peur de détruire le « roc » de stabilité morale qu'était pour elle son mari, et dont une quelconque déstabilisation provoquerait la perte fatale du couple ; elle se considérait alors comme la seule personne qui pouvait trouver les mots, ou la manière de dire. Mais pour cela, elle devait d'abord surmonter ses émotions. Après sa rupture avec ce médecin, Aïcha dit avoir cherché en vain un cadre plus approprié à son problème dans d'autres services de santé, toujours à l'insu de son mari. Par la radio, elle finit par identifier un milieu qui lui était jusqu'alors totalement inconnu : le milieu de la prise en charge de l'infection à VIH. Ce milieu concernait à l'époque essentiellement les associations. Elle se résout alors à aller dans ces associations, mettant de côté ses complexes et appréhensions de femme aisée. son premier passage dans une association, elle est écoutée, encouragée, enseignée en ces termes sur sa nouvelle vie de personne vivant avec le VIH : « *Désormais, tout ce que je dois savoir, ce que je dois faire... prendre comme précaution* ». Elle savait qu'elle ne devrait négliger aucune maladie, même un simple rhume. Elle sera également informée de l'existence et des contacts d'un médecin associatif qu'elle pouvait consulter gratuitement. C'est ce médecin qui viendra à bout de son zona facial déclenché deux jours avant la date de sa première consultation avec lui. Aïcha parlant de cette infection dira « *C'est un vrai parcours du combattant parce que, qui que tu sois, même si tu as envie de te battre comment, ton moral prend vraiment un coup ; c'est vraiment difficile* ». Elle relève que l'attitude de ce médecin associatif était tellement à l'opposé de celle du premier qu'elle lui a demandé s'il était un prêtre. Il jouera un grand rôle dans la prise en charge globale de l'infection d'Aïcha, dans le traitement de son zona facial particulièrement éprouvant, et dans sa stabilisation psychologique.

Désormais engagée dans un système de suivi médical et psychologique régulier, malgré diverses infections opportunistes qui sont toujours vite maîtrisées, Aïcha retrouve la santé et reprend sa vie normale comme avant la maladie. Rassurée par son état de santé, Aïcha envisage alors l'annonce à son mari, en concertation étroite avec le médecin pour trouver « *la bonne manière pour qu'il (le mari) l'apprenne (la séropositivité de sa femme), et pour voir comment ce dernier va réagir* ». Finalement, l'homme ne fait aucun problème à l'annonce de la séropositivité de sa femme organisée par le médecin lui-même. Néanmoins, à la proposition de sa femme d'aller à son tour se faire dépister, elle nous relate : l'option finale fût que le mari soit informé de la sérologie de sa femme par le médecin, « *Je dis mais compte tenu de la situation, est-ce qu'il ne serait pas mieux que lui aussi... Il m'a dit ah non, ça il m'a prévenue, je voulais le savoir maintenant, je l'ai su. Ça ne regarde que moi. Que lui, il peut faire tout ce qui est dans la mesure de ses possibilités pour m'aider que mais de ne pas lui demander d'aller lui, se dépister. Que ça, c'est hors de question ; il ne veut donc*

pas ». Malgré son refus de se dépister, Aïcha avoue qu'elle est déjà trop contente qu'il « *n'ait pas fait la bagarre* » à l'annonce du statut VIH, et qu'en plus il exprime clairement sa disponibilité à l'aider. Aïcha avoue néanmoins le caractère surprenant de l'engagement particulier de son mari à l'aider à accéder à son traitement antirétroviral, alors qu'il refuse catégoriquement de se faire dépister à son tour. En 2001, bien avant que la Cameg soit opérationnelle dans la distribution des ARV, et bien avant les initiatives nationales d'accès différentiel aux ARV, puis de gratuité, les ARV de Aïcha étaient financés à prix coutant par son mari, pour un montant de près de trois cent mille (300 000) francs mensuels¹⁵⁸ : « *C'est lui-même (le mari) qui partait donner l'argent à Dr... pour qu'il achète les médicaments et c'est lui-même qui partait prendre les médicaments pour moi jusqu'à ce que moi, je me rétablisse* ». Elle nous précise ensuite que l'homme a continué à financer ses ARV dont le prix est passé, à l'ouverture de la Cameg à cette activité, à cent dix-mille (110 000) en 2004 puis à quatre vingt mille (8 000) francs en 2005 avant qu'en 2007, le couple soit touché par l'épuisement financier. Bien qu'étant tous les deux cadres de catégorie A, Aïcha et son mari commençaient à manifester des signes d'essoufflement. Elle nous avouera d'ailleurs au cours d'un entretien qu'elle n'arrivait même plus à acheter pour son garçonnet de 6 ans les bananes plantains qui se vendaient à cinq cent (500) francs et dont ce petit raffolait. Elle sera donc incluse dans les quotas de personnes éligibles à la gratuité dans les associations.

Aïcha poursuit néanmoins avec regret : « *Quand tout a commencé à vraiment aller pour moi, nous avons encore essayé avec le médecin de le convaincre de se dépister. Mais jusqu'aujourd'hui (2005), nous n'y sommes pas parvenus* ». Elle continue à espérer qu'avec le temps, leur tandem médecin-patiente, pourra amener son homme au dépistage. Les réflexions entre la patiente et son médecin autour du dépistage du mari ouvrent également des perspectives d'analyse : « *On est arrivé à la conclusion que soit peut-être, c'est quelqu'un qui s'en veut, lui-même, il a peur. Il a peur parce que il se soupçonne déjà, c'est dire que peut-être par rapport à ses antécédents quelque chose de ce genre (...); ou c'est seulement une peur comme ça. Que mais si c'était une peur uniquement comme ça, compte tenu du fait que sa partenaire vraiment a ça (le sida), ne serait-ce que par curiosité quand même il allait...* ». Les suppositions montrent ici que l'homme n'est peut-être pas étranger à l'infection de sa femme ; peut-être le savait-il déjà ? Peut-être se projette-il comme responsable de cette situation ? Quoi qu'il en soit, sa promptitude à soutenir son épouse apparaît en décalage avec son refus catégorique de se faire dépister : « *mais jusqu'à demain là où je vous parle, il ne veut pas...* ». Certains faits et gestes de l'homme favorisent également un questionnement sur son positionnement par rapport à l'infection à VIH ; sa femme relève : « *Hé, entre temps Il avait demandé à voir Dr... ou fois mais il n'est jamais parti ; à la limite nous nous posions des questions...* ». Ces hésitations (rencontrer ou non le médecin), peuvent être analysées d'autres manières ; Aïcha ajoute en effet, « *Quand Dr... m'en parle, je sens qu'il souhaiterait toujours que mon mari vienne le voir ; mais ce n'était pas exclu qu'il soit allé d'un autre côté* ». Cet « *autre côté* » est une évocation implicite d'un recours à un autre médecin. En effet, la complicité qu'il perçoit dans la relation entre le médecin et sa patiente est considérée par la femme comme un

158 Les ARV étaient alors directement achetés par le médecin lui-même à la pharmacie (par commande)

motif suffisant pour que son mari se méfie du praticien, si lui-même a quelque chose à « se reprocher » : « *Bon, il se dit que y a eu tellement une certaine familiarité entre Dr... et moi, que, un jour ou l'autre, si Dr ... savait, il allait m'en informer* ». Dans la même logique, elle n'exclut pas la probabilité qu'il soit allé se soigner ailleurs, et qu'il garde cette démarche secrète : « *Je ne sais pas trop vous dire. C'est une autre possibilité parce que je sais qu'à sa place, c'est moi-même délibérément qui allais demander à savoir, ça c'est un réflexe.... À moins que je ne cache déjà quelque chose. SILENCE. Mais lui, il n'a pas fait de bagarre, il était toujours disponible à m'aider. Sincèrement dit hein. Toujours aidée.... Bon, comme il voyage peut-être que..., il peut le faire sans que ça ne soit ici même. Comme c'est quelqu'un qui voyage beaucoup, il a peut-être l'occasion de le faire même sans que ça ne soit dans le pays, c'est une autre possibilité* ». Un homme relève au cours d'un entretien de groupe en Février 2007 « *Beaucoup d'hommes qui se savent malades se soignent en cachette. Mais leurs femmes continuent à bien se porter, même sans traitement ou sans traitement adéquat* ». Il donne au cours de l'entretien, un exemple qui était connu de tous dans l'association, d'un homme qui y était suivi depuis un moment, et qui n'avait pas encore informé ses trois femmes.

Parmi les faits et gestes qui renforcent la suspicion d'Aïcha envers son mari, elle nous mentionne la gestion de ses actes médicaux que pour son diabète il continue à déposer pour remboursement par leur mutuelle de santé les factures des actes médicaux et des médicaments, il garde jalousement d'autres reçus d'examens de laboratoire dont il ne donne aucun détail.... Mais ces derniers faits on fini par convaincre Aïcha de la différence de leurs réactions face à ce qu'elle considère désormais comme un mal commun : « *En fait, c'est comme si c'était un contrat tacite que nous nous sommes passés. Chacun concède à l'autre de garder son jardin secret dans ce domaine. Moi, non, j'ai tout dit. Mais lui, s'il ne le dit pas, je ne vois pas pourquoi je vais l'obliger car je sais ce que c'est. Moi, j'ai vécu toutes les phases de cette chose-là* ». Elle relève enfin son souci de sa santé malgré tout, renvoyant par là au rôle consacré de « care », mais aussi de « don total de soi » qui est attendu de la femme dans le ménage : « *Voilà. Pour moi, Même si c'est le cas, l'essentiel c'est qu'il arrive à le gérer bien, tout seul. Au moins, il n'a pas déprimé. C'est déjà l'essentiel, c'est déjà bon* ».

Le mari de Christine : une incrédulité pénalisante

Christine est une femme *Bisa* séropositive de 39 ans qui, après le décès de son premier mari *moose* s'est remariée avec un *Samo démarcheur* dans les banques. N'ayant fait l'école primaire que pendant 3 ans, elle se considère comme analphabète et aide son mari avec un petit commerce de vente de farine de maïs. Elle est mère de quatre enfants (une fille aînée et trois garçons), issus de son premier mariage et dont le dernier a dix ans. Selon Christine, son premier mari, un menuisier, est tombé longuement malade d'un zona d'abord traité traditionnellement, puis dans les services de santé sans succès. Il meurt moins d'un an après son test VIH qui était positif. C'est elle qui s'occupe de lui pendant toute sa longue maladie jusqu'à son décès, en 1999. Une semaine après, elle est convoquée par les frères de son mari pour se voir renvoyée de la cour.

Six mois après, quelqu'un a encore voulu d'elle. Ce sera son second mari. Selon Christine, « *Il a su, il a su pour la maladie ; moi même je lui ai dit, je ne lui ai pas caché. Au moment de notre union je ne lui ai pas caché (...). Je lui ai dit que j'ai été marié et mon mari n'est plus. Oui. Et que son décès est dû au zona. Oui. Il a su et il ne s'est pas opposé aussi* ». Ce dernier qui avait déjà été marié vivait déjà avec ses deux grands enfants. Christine se joindra à cette famille avec le dernier-né de son défunt mari. Christine précise que deux mois après avoir aménagé chez son second mari, elle est tombée enceinte : « *Quand j'ai été enceinte, (...), j'ai commencé à avoir des démangeaisons au niveau du sexe, j'ai fais des consultations en vain ; ensuite j'ai accouché. J'avais aussi la toux, ça me donnait des petits maux comme ça (...). C'est quand l'enfant atteignait les 4 mois que j'ai moi aussi eu le zona. Entre neuf et dix mois, l'enfant aussi à commencé à être malade et je l'ai amené à l'hôpital et ceux de l'hôpital m'ont dit de l'amener à la Pédiatrie. Arrivée à la Pédiatrie, les pédiatres ont soigné, soigné, soigné, en vain. Alors ils m'ont dit qu'il faut que je fasse le test. J'ai effectivement accepté. Ils m'ont fait le test et un jour ils m'ont appelée pour me dire que la maladie-là est en l'enfant et moi* ». L'enfant décèdera très peu de temps après ce test.

Christine poursuit : « *Comme c'est devenu comme ça là, je suis allée, lui, je ne lui ai pas caché, je lui ai dit que en tout cas concernant le décès de l'enfant, on m'a fait un prélèvement sanguin, et on m'a dit que nous avons la maladie-là, l'enfant et moi. Je lui ai également dit si ça ne le gênait pas de faire lui aussi le test comme je l'ai fait* ». Elle explique que l'homme, malgré un manque manifeste d'empressement, finira par faire à son tour son test qui sera également positif. Il n'est cependant pas du tout malade, et sa femme dit qu'il n'a jamais été alité, même un seul jour. Il refuse par contre d'aller à l'association (ou dans un service de santé) ; c'est elle qui doit y aller pour lui ramener ses produits. Pour elle par contre, l'association est une chance inestimable d'accès aux médicaments à moindre prix, mais aussi aux échanges autour de la maladie « *C'est bien. (...) en ce qui me concerne c'est bien ; pourquoi parce que si tu (...); au début je voulais faire de la maladie un souci. Mais je suis venue voir des gens ici, je me suis rendu compte que moi-même, je vau¹⁵⁹ mieux* ». Elle apprécie également la convivialité du lieu qui regroupe des personnes qui ont la même infection, et qui lui permet de parler de choses qu'elle a au fond d'elle et qu'elle n'oserait pas évoquer ailleurs : « *Oui ici en tout cas je cause, puisque eux aussi ils sont comme moi. Comme ils sont comme moi l y a pas à cacher. On cause ensemble ici, bien, bien, chacun dit ce qu'il a au fond de lui, chacun dit le problème qu'il a,...* ». La foi constitue aussi un autre support d'espoir pour elle, et justifie sa fréquentation régulière des séances de prières charismatiques : « *Je crois que si tu es très croyant, même le sida-là, Dieu soigne ça, quand bien même y a pas le médicament* ». Forte du soutien associatif et de sa foi en Dieu, Christine exprime sa sérénité par rapport à son infection par le VIH : « *Donc ça fait que je n'ai pas peur. Je ne me soucie pas de la maladie là. Moi même je n'ai pas peur de la maladie là. Ce dont j'ai peur c'est la pauvreté* ». cause de cette pauvreté qui la tenaille, son désir le plus grand reste la gratuité totale des soins dans l'association. « *Par moment malgré que c'est moins cher l, y a pas l'argent* ».

159 A la vue des autres malades, elle se rend compte qu'elle n'est pas la plus à plaindre

Elle relève néanmoins sa crainte d'une rencontre fortuite au sein de l'association avec une personne connue, en expliquant : « *Vous ne connaissez pas la vie, dès qu'on sait ce que tu as, tu n'as pas eu un problème. Ils vont se détacher de toi. Ils vont te critiquer, haya !!! Ils vont te lorgner, si tu ne fais pas attention même tu vas vendre quelque chose ça ne va pas s'acheter. C'est pas comme ça* ». Elle exprime sa fierté d'avoir un mari qui accepte sa séropositivité et ne s'en formalise pas : « *même un seul jour il ne m'a lorgnée. Non. Il ne m'a jamais lorgnée soit disant que ci ou ça, de par ta faute j'ai le SIDA quoi, quoi, non. Il n'a jamais dit ça un seul jour. Il me dit plutôt que lui il n'a pas le SIDA que c'est moi la sidéenne, (sida wa soba). (Rire). C'est vrai il me dit ça souvent* ». Elle relève néanmoins qu'il n'a jamais accepté, malgré sa séropositivité avérée, de partager avec elle le statut de personne séropositive : « *Ah, comme lui il n'est pas maladif (...). Si les enfants ne sont pas à côté et je m'amuse à lui parler du sida il me dit que (...) que c'est moi la sidéenne (rire) lui il n'a pas le sida, lui il n'a rien* ».

Elle exprime avec plus de regret la réticence de l'homme à se rendre à l'association, réticence qui s'est manifestée depuis le moment du test VIH, et qui se poursuit à propos des consultations et des rendez-vous pour le retrait des médicaments : « *Oui il me dit comme ça. Que lui il n'a rien. Lorsque je lui ai parlé de faire le test, il a refusé. C'est madame... (une dame de l'association) qui l'a appelé en vain pendant près d'un mois ; elle a dû le rejoindre à son lieu de travail, elle s'est vraiment battue pour nous. Elle l'a rejoint à son lieu de travail, le convaincre avant qu'il ne vienne. La dame nous a dit de venir ensemble pour ne pas le laisser venir seul. Effectivement nous sommes venus ensemble il a fait le test. Il n'est pas venu lui-même prendre les résultats (...); c'est moi qui suis venue prendre les résultats pour lui. Depuis qu'il a pris ses résultats, même quand il dit qu'il a mal à la tête si je lui dis de venir ici (à l'association), il ne fait même pas un pas « bssss » ; je peux dire qu'il n'est pas venu ici plus d'une fois (...).».*

Elle souligne également que la peur ressentie par elle-même de rencontrer une personne de sa connaissance en ces lieux est encore plus fortement exprimée chez son mari, et motive le refus de ce dernier de s'y rendre : « *Il ne veut pas venir pour ne pas que des connaissances le voient, c'est pourquoi il n'accepte pas (rire). C'est le zona qui l'a fait venir ici pour la première fois (rire) ; il se lève il va faire un tour dehors et puis il revient ; il me dit que si lui il voit quelqu'un qu'il connaît ici, il va dire que c'est moi il a accompagné (rire). C'est moi la sidéenne (rire). C'est moi qui l'ai amené ici ; lui il ne savait pas qu'il y avait une cour ici qu'on appelait ... ; c'est grâce à moi* ». Elle précise également que bien qu'elle obtienne de lui l'autorisation d'aller aux réunions de l'association, elle doit toujours se défendre face à sa peur du dévoilement de la séropositivité du couple : « *Quand je dis que je vais à la réunion il me souhaite bon retour (...). Il me dit souvent qu'à force d'aller je vais finir par faire savoir ma maladie.*

Ces récits introductifs ont pour objectif de nous faire mieux saisir le contexte relationnel dans lequel les personnes, en fonction de leur sexe, font face à l'infection par le VIH au sein des couples. Ces récits qui rendent compte du « vécu » de la séropositivité pour l'homme ou la femme, pour les deux à la fois, ou pour le conjoint survivant, permettront, parce qu'ils sont présentés avec toute la complexité des relations sociales, des contraintes économiques, de l'expression des ressentiments

personnels et des stratégies matérialisées par des faits, d'analyser de façon plus contextualisée les différentes facettes des différences de genre dans le rapport aux lieux de prise en charge des PvVIH.

Ces récits sont essentiellement issus de la première phase de nos enquêtes, qui ont concerné cinquante trois personnes séropositives dont 35 femmes et 18 hommes (Annexe 4-1-a, tableau 2) Cette phase se situe entre 2003 et 2005, à une époque où la phase de disponibilité à large échelle des ARV par l'IBAARV n'avait pas encore atteint sa vitesse de croisière (SANOU & al, 2008 : p. 52), et où les coûts d'accès aux ARV étaient différentiels entre les patients (des indigents aux catégories les plus élevées), mais également différentiels selon les structures gérées ou soutenues par des organismes diversifiés. Notre maintien du contact avec les enquêtés à travers d'autres thématiques de recherche, et quelques données complémentaires recueillies jusqu'en fin 2008-début 2009, nous permettront d'étendre l'analyse et de la déployer jusqu'à la période actuelle où les traitements antirétroviraux sont gratuitement accessibles aux patients dans les services publics de santé, dans les associations, et les structures confessionnelles de prise en charge des PvVIH. Il sera alors possible de montrer comment les spécificités de genre qui se révèlent dans l'accès au médicament pour le traitement de l'infection à VIH, et particulièrement l'accès aux lieux de prise en charge, perdurent malgré des changements en rapport avec la dynamique du système de santé.

La compréhension de ces différences qui apparaissent dans l'accès des hommes et des femmes aux structures de prise en charge des PvVIH, implique de rappeler dans un premier temps les données épidémiologiques concernant l'épidémie de VIH.

Le sida au Burkina Faso

Le sida : un problème de santé publique, une dynamique de lutte

Au Burkina Faso où le profil sanitaire est déjà marqué par l'endémie palustre, l'infection à VIH dont les premiers cas sont reconnus depuis 1986 est progressivement devenu un problème de santé publique, avec un pic du taux de prévalence chez les adultes estimé à 7,17 % à 1997 (PNUD, 2001 p. 186). Les estimations locales successives de ce taux le font passer de 6,5 % en 2002, à 4,2 % en 2003 et à 2,0 % en fin 2005¹⁶⁰ ; d'autres méthodes d'évaluation permettent de ramener ce chiffre à 1,8 % (INSD & ORC Macro, 2004 p. 272 ; WHO & UNAIDS, 2009 p. 19), ou à 1,6% en fin 2007 (SP/CNLS-IST, ONUSIDA, 2010 p. 3). Ces fluctuations dans les chiffres sont justifiées par les progrès méthodologiques relatifs aux estimations de la prévalence du VIH, et qui, appliqués à une gamme élargie de données nationales, conduisent à des modifications importantes du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH à travers le monde. Malgré ces chiffres relativement

160 Rapport sur l'épidémie mondiale du sida avait effectivement noté en 2002 la prévalence de 6,5% pour la période 2001 ; en 2004 la prévalence de 4,2 pour la période 2003 ; et en 2006 la prévalence de 2,0% pour la période 2005. Voir également : Discours du premier ministre, le journal Sidwaya n° 4717, Mars 2003. ; Données recueillies à partir des sites sentinelles de séro-surveillance du VIH au Burkina Faso en 2002 «l'Observateur Paalga» n° 6139 ; document de travail de la 5ème session du CNLS/IST, février 2006.

faibles, l'épidémie de sida continue à imprimer ses effets néfastes sur l'économie et la sociabilité. Ces chiffres dégressifs concernant la prévalence ne doivent pas occulter la visibilité de plus en plus grande des personnes séropositives, aussi bien dans les structures de prise en charge que lors de certaines manifestations collectives, car de plus en plus de personnes séropositives sont dépistées (SP/CNLS-IST & KIT, 2008). Le nombre de personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso est estimé à 56 241 (SP/CNLS-IST & ONUSIDA, 2010 : p. 20).

La riposte contre la pandémie dans le pays se traduit d'abord une vie associative intense. Le nombre des associations de lutte contre le sida est ainsi passé d'une quarantaine en 1996 à près de 500 en 2003 (PAMAC & SP/CNLS-IST, 2003 : p. 13). L'initiative Burkinabè d'Accès aux ARV (IBAARV), démarre en 1999 avec les premières dispensations d'ARV dans les dépôts régionaux de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG), engage une politique de disponibilisation des ARV en 2003-2005 qui atteint sa vitesse de croisière en 2005 - 2007 (Sanou & al, 2008: p. 52-53)¹⁶¹: Dans le cadre de l'application de l'IBAARV, le premier programme pilote de prise en charge par les ARV mis en place dès l'année 2000 par l'OPALS¹⁶², la Croix Rouge internationale et le ministère de la Santé, le Centre de traitement ambulatoire (CTA) est suivi en 2002 par le programme de médecins sans frontières, MSF/Pissy, avant la mise en œuvre de programmes plus standardisés. Les patients qui étaient jusqu'alors pris en charge de manière hétéroclite et dépendant des dons provenant d'associations du nord, sont en principe désormais régis en 2007, par un programme d'accès différentiel assorti d'exemptions. En tout 15 888 patients étaient alors placés sous traitement antirétroviral au 30 septembre 2007 (SP/CNLS-IST, 2008). Ce nouveau dispositif permet en principe à un patient dont l'état clinique, virologique et immunologique l'exige, de bénéficier d'un traitement ARV moyennant officiellement une participation financière au coût des médicaments de 5 000 F CFA/mois, (10 US\$), auxquels s'ajoutent 3 000 F CFA/mois (6 US\$) de frais d'examens pour le suivi biologique. Dans ce dispositif, les structures sanitaires associatives, publiques, confessionnelles, mixtes (confessionnelles et publiques ou associatives et publiques), agréées pour la prise en charge des patients sous ARV, affichent une politique d'ouverture aux plus pauvres. Dans la plupart d'entre elles, de nombreux patients déclarés indigents peuvent bénéficier d'une « gratuité de fait » du traitement ARV (BILA, EGROT, 2007). Ce système d'accès différentiel assorti d'exemptions se poursuivra avec une contribution du patient réduite à trois mille (3 000) francs CFA à partir du 1^{er} décembre 2007 avant la déclaration de la gratuité du traitement antirétroviral en Janvier 2010¹⁶³. Ainsi donc, de l'inaccessibilité du traitement antirétroviral pour les personnes infectées par le VIH dans les années 1990¹⁶⁴, le pays passe à l'accès aléatoire à partir des années 2000 avec les dons de médicament provenant des associations du nord, puis à l'accès différentiel à partir de 2007 avec la tarification assortie d'exemptions, avant la gratuité totale du traitement antirétroviral en 2010

161 En 2002, l'IBAARV est concrétisée par l'ouverture des premiers sites de Traitement par AntiRétroviraux (Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Ouagadougou et le service de médecine du Centre Hospitalier Universitaire Sanon Souro de Bobo-Dioulasso (CHU-SS). En 2003-2005 démarre une politique de disponibilisation des ARV avec l'appui de partenaires nationaux et internationaux. En 2005 à 2007, c'est le renforcement de la politique de disponibilisation par les programmes du « Multi-Country AIDS Program » (MAP)

162 Organisation Pan-Africaine de lutte contre le Sida : www.opals.asso.fr.

163 <http://www.presidence.bf/pageArticle.php?id=2958>, [En ligne], consulté le 22 septembre 2010.

164 Selon Christine Kafando, présidente du Conseil d'Administration du (REGIPV), interviewée le 1er décembre 2007 à Manga, Burkina Faso (Plusnews) : « En 1997, les ARV coûtaient (mensuellement) 900 dollars ; en 2003, ils coûtaient 200 dollars, aujourd'hui on est passé à 3,4 dollars ».

bien que les examens de suivi biologique¹⁶⁵ et le traitement des infections opportunistes, les frais d'hospitalisation, les frais médicaux, certains traitements complémentaires et les déplacements pour se rendre dans les services de santé restent à la charge des patients. Malgré ces grandes avancées, la personne séropositive reste souvent confrontée à un épuisement financier consécutif au des soins, à la maladie et à la baisse de sa productivité, situations qui sont susceptibles d'interférer négativement sur ses relations sociales et son traitement (BILA, KOUANDA & DESCLAUX, 2008).

En dehors de quelques cliniques privées où des antirétroviraux sont prescrits, la majorité des personnes séropositives est suivie dans des structures de grande affluence (services publics de santé, associations, structures confessionnelles), dans lesquelles est appliqué le principe de la prise en charge globale qui est une prise en charge de masse caractérisée par le caractère collectif des services. Ces structures seront appelées ici des « structures de large accès » du fait qu'elles sont ouvertes à tous, indépendamment du niveau de ressources, alors que les cliniques privées où les traitements font l'objet de tarifications propres et les médicaments sont vendus à prix coûtant, et cela indépendamment des mesures successives de réduction ou de la gratuité décrétée. Les structures de large accès sont ouvertes à tous par leur principe d'action basée sur la réduction maximale des coûts, et si possible la gratuité pour un paquet de services : suivi médical, aide en médicaments, animation communautaire (groupes de paroles), suivi psychosocial, aide alimentaire, aide aux activités génératrices de revenus, aide aux OEV & enfants vulnérables, visites à domicile. Bien que les groupes de paroles d'hommes et de femmes jouent un important rôle d'éducation et de resocialisation des PvVIH, la fréquentation de ces structures dans lesquelles il est souvent bien difficile de se cacher du regard d'autrui suscite de la part de certaines personnes infectées la crainte d'une rupture de la confidentialité autour du statut sérologique. En effet, les représentations populaires du sida véhiculent toujours une image négative des personnes infectées, associée à la honte, à des valeurs morales transgressées, voire à la déchéance sociale (OUATTARA, GRUÉNAIS, HUYGENS & TRAORÉ, 2004, SP/CNLS-IST, 2008). Malgré des mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, ces pratiques sociales persistent toujours (EGROT & TAVERNE, 2003 ; SP/CNLS-IST, 2008). Bien que les structures de prise en charges des PvVIH offrent dans le domaine des soins, uniquement la prise en charge médicale, le recours aux tradipraticiens est aussi importante que celui des services modernes de santé et l'automédication non négligeable (FHI/SP CNLS/BASP'96, 2002, p. 23).

165 Environ trente mille (30 000) francs CFA soit 45 €.

Des femmes plus nombreuses que les hommes à bénéficier de la prise en charge

Au Burkina Faso, le taux de séroprévalence chez adultes âgés de 15-49 ans est de 1,8 % pour les femmes et de 1,9 % pour les hommes (INSD, 2004), une quasi-égalité des chiffres présentant ainsi ce pays comme une exception dans la sous-région où l'on relève généralement une prévalence nettement plus élevée chez les femmes. Avec 61% de femmes parmi les personnes infectées par le VIH, la féminisation de l'épidémie se révèle dans la région à travers les données épidémiologiques (OMS/ONUSIDA, 2009). La vulnérabilité générale des femmes africaines à l'infection à VIH a fait l'objet de nombreux travaux (UNAIDS, UNFRA & UNIFEM, 2010 ; UNAIDS, 2010). La supériorité numérique des femmes est également attestée dans l'accès à la prise en charge de l'infection à VIH¹⁶⁶. D'abord au niveau du dépistage, les femmes sont plus nombreuses que les hommes : 67% de femmes dans les centres de dépistage au Burkina¹⁶⁷. Au niveau de l'accès au traitement antirétroviral, dans trois cohortes de PvVIH bénéficiant du traitement antirétroviral à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso les femmes représentent entre 65,7% et 72% des effectifs. En outre, les femmes semblent plus jeunes et moins avancées dans la maladie VIH au moment de leur prise en charge dans les cohortes que les hommes. Enfin, les femmes apparaissent plus souvent anémiques au moment de l'initiation du traitement que les hommes.

La plus grande importance numérique des femmes se ressent également dans le déroulement même de cette recherche. Parmi les PvVIH que nous avons contactées, les hommes sont toujours moins nombreux que les femmes. Malgré différentes tentatives au niveau de la procédure de recrutement pour modifier ce décalage, la différence s'est maintenue. Ainsi, parmi les PvVIH qui ont accepté de réaliser avec nous des entretiens individuels, 18 sont des hommes et 35 des femmes. Néanmoins, une telle différence apparaît en définitive comme un reflet de la situation dans l'ensemble du dispositif de prise en charge des PvVIH.

Sur 26 448 personnes placées sous traitement antirétroviral en fin 2009, 67,4% sont de sexe féminin et 32,6% de sexe masculin (SP/CNLS-IST, ONUSIDA, 2010 : p. 20). Cette importance numérique particulière des femmes dans l'accès à la prise en charge soulève des questions. Cette partie de la thèse propose, à travers une analyse anthropologique des conditions sociales et culturelles du rapport des hommes et des femmes aux lieux de prise en charge, de comprendre les déterminants de cet accès des femmes aux soins plus précoce et en plus grand nombre que les hommes. L'analyse des déterminants socioculturels de ce décalage nous conduit à questionner autant le système de soin dans son fonctionnement que les normes et valeurs qui régissent au quotidien la vie des personnes et les relations de genre dans différentes situations, et notamment dans leur rapport aux lieux de prise en charge des PvVIH.

¹⁶⁶ *Guiard-Schmid références exactes communication* 166

¹⁶⁷ *Il cite à ce propos le rapport du PAMAC, 2007*

L'analyse partira des conditions de genre des hommes et des femmes, pour comprendre les conditions de leur rapport aux représentations de l'infection à VIH, aux lieux de prise en charge de cette infection, et aux médicaments dispensés pour son traitement, et mieux expliquer leurs choix et leurs pratiques. Dans un premier temps, la réflexion sera développée à propos des couples, sur les déterminants sociaux des rapports de sexe et les interactions entre conjoints qui en découlent, en rapport avec l'accès aux lieux de traitement et au médicament. Ensuite, l'analyse se focalisera sur les difficultés particulières des hommes dans l'accès au traitement, mais toujours dans une démarche dualiste qui mobilise autant les positionnements de chaque conjoint dans le couple face à cette question.

GENRE, COUPLE ET RAPPORT AU SYSTÈME DE PEC DES PVVIH

Beaucoup de femmes seules sur les lieux de PEC

Les Rapports des hommes et des femmes aux lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH sont marqués par les représentations de l'infection en fonction du genre. Leurs expériences peuvent être regroupées en quatre « profils » selon leur relation avec un conjoint.

Une majorité de veuves

Sur 35 femmes séropositives interviewées dans cette phase de l'enquête, 16 avaient perdu leur conjoint dans des circonstances qui n'excluent pas l'éventualité de l'infection à VIH (Annexe 4-1, Tableau 3). Parmi elles, deux filles, qui n'étaient pas encore mariées ont vu leur copain décéder. Il s'agit de Carine, une enseignante de 39 ans et Josiane, un agent d'élevage de 33 ans. Ici donc, le statut de veuve s'étend également à elles dans la mesure où elles vivaient déjà maritalement avec ces hommes dans leurs postes d'affectation respectifs.

Pour toutes ces veuves, l'homme souffrait d'une « longue maladie » d'une durée minimale d'une année, et qui peut s'étaler sur plus de 10 ans, avec des épisodes ou « il était très malade », et avait presque toujours effectué un ou plusieurs séjours dans des services hospitaliers, accompagné toujours d'un amaigrissement important. Certains syndromes appartenant à la nosographie locale sont mentionnés comme les principaux problèmes de leurs défunts maris. Le zona, localement appelé « *mobgma* »¹⁶⁸ ou encore « *sulga* » qui veut dire « araignée » est cité par cinq veuves : Sylvie, Zéna, Noura, Josiane, et Christine. D'autres affections sont également citées ; notamment le « *koko* » par Koudbi et qui renvoie vaguement aux hémorroïdes, le mal de tête cité par Sylvie

168 Signifie en moore : « la maladie qui ceinture » ou qui « la maladie qui ceint la taille »

« *yarsugu* », la toux persistante « *kosgo* » citée par Alima et Balguissa, et plus rarement le hoquet qui aurait justifié l'hospitalisation puis le décès du mari de Madeleine. Notons que ces affections populaires traduisent généralement des entités nosologiques plus complexes qui ne permettent pas la traduction terme à terme (OLIVIER de SARDAN, 1999 : p. 7-12). Par ailleurs, certains symptômes de l'infection à VIH, comme la fatigue, l'état fébrile, les problèmes gastriques comme les vomissements, sont attribués au paludisme, et peuvent justifier une utilisation importante d'antipaludéens par ces malades. Les parcours thérapeutiques des malades dont certains ont manifesté les premiers symptômes au début des années 1990 (le mari de Sylvie, celui de Alima, celui de Koudbi, et le premier mari de Christine), montrent une récurrence du recours aux thérapies traditionnelles, particulièrement pour le traitement des maladies considérées comme étant localement connues de longue date, et plus ou moins maîtrisées par les thérapeutes locaux : le zona, « *mobgma* », et les hémorroïdes « *koko* ».

Le parcours du mari de Koudbi illustre bien ce propos : « *S'agissant de maladie, il a vraiment été malade. Il s'est soigné en vain à l'hôpital, en vain à l'indigénat* ». *C'est à l'hôpital que nous avons commencé, à l'hôpital seulement. Quand il a remarqué qu'il n'y avait pas d'amélioration et vous savez avec les gens ! Est-ce que ce n'est pas mieux d'essayer tel tradipraticien ? Donc on a associé l'indigénat mais en vain. Comme ça ne va pas marcher (...). Oui parce qu'il a même été jusque dans son village natal pour se soigner pendant mois, à Tenkodogo, il a fait mois pour se soigner, avant de revenir. Mais quand il est revenu, il n'a plus fait l'indigénat ; C'est à l'hôpital maintenant jusqu'à sa mort* ». Elle précise également qu'il a été plusieurs fois hospitalisé, dans les services publics de santé tout comme dans des cliniques privées, pendant près de ans. Elle relève également que ces parcours thérapeutiques complexes occasionnent de grands frais, autant dans les services de santé où « *puisque si tu n'a pas les moyens et tu te retrouve à dépenser 35 000 F à 50 000F, c'est de gros sous par rapport à tes revenus (...)* ». En plus, « *si on achète et qu'il n'y a pas d'amélioration si on retourne et qu'il y a encore une ordonnance, il faut forcément acheter* ». Ces dépenses décalées par rapport aux revenus des ménages conduisent les familles à utiliser toutes leurs ressources ainsi que celles provenant de leurs proches pour les soins, pour se retrouver totalement démunies après le décès du chef de famille, et engendrent le dénuement généralement constaté chez les veuves suivies sur les lieux de traitement. Le tableau 3 de l'annexe 4-1 montre que la presque totalité des veuves identifiées exercent une profession salariée qui contribue à les protéger d'un dénuement total ; cependant, celles qui n'ont pas cette chance (3 dans cette étude) restent souvent dans ce dénuement, comme le relève Koudbi, une ménagère de 48 ans reconnue comme indigente dans l'association qui l'accueille « *c'est justement les dépenses pendant sa maladie qui font qu'on se retrouve aujourd'hui sans rien* ». Certaines de ces veuves qui ont toujours été ménagères du vivant de leur époux sont contraintes de trouver malgré tout une activité « *juste pour manger* » ; Balguissa, 32 ans, dont le défunt mari fut assistant de police rassemble et vend désormais du sable et des gravillons pour nourrir ses 4 enfants. Ces veuves dépendent alors largement des aides multiformes et notamment de celles alimentaires, et Christine regrette d'ailleurs que les quantités ne soient pas plus importantes « *... comme ils ne donnent pas beaucoup là, c'est ça le problème* ».

Les prestataires de soins dans les structures confirment toujours cette forte représentation des veuves. L'un des premiers dans la prise en charge de cette infection dans le pays, évoque en 2006 le cas de sa dernière sortie de supervision dans une province: sur 27 personnes rencontrées et suivies dans la structure locale, 15 étaient des veuves. Le dossier établi par le médecin montrait que leurs maris étaient décédés de sida ou d'une maladie chronique. Pour le médecin : « *Quand on remarque ça, on voit déjà que les hommes... , on est d'accord avec la conclusion qu'on tire que les hommes sont lents à aller se faire dépister, à fréquenter les structures de santé, ils y vont quand c'est tard ; surtout face à certaines maladies que l'on qualifie de maladies honteuses, ils restent très réservés, très méfiants, et tant que ce n'est pas vraiment obligatoire, tant qu'il n'y a pas une grosse contrainte, ils n'y vont pas, (...). ; c'est pourquoi beaucoup d'hommes ont préféré rester dans la chronicité de la maladie, voir l'évolution naturelle de l'infection se faire, et puis mourir* ». à propos de la prise en charge tardive des hommes, dans notre étude, sur les 16 veuves, dans sept cas les veuves ont confirmé que leur défunt mari avait fait le test : Sylvie, Madeleine, Christine, Zéna, et Juliette, Amsétou et Fatim (voir annexe 4-1-a, Tableau 3). Ces tests se situent toujours à la fin de la vie, entre quelques jours (cas du mari de Madeleine dépisté sur son lit de mort), à près de deux ans (cas du mari de Sylvie dépisté en 1998 et décédé en 2000, pour une infection qui remonte vraisemblablement à 1989). Pendant ces années de maladie avant le test, l'homme avait pourtant présenté l'essentiel des maladies opportunistes de l'infection à VIH : zona répétitif sur la poitrine, le visage (œil gauche), la tête, le dos ; les hémorroïdes persistantes, des maux de tête, et un suivi médical privilégié. Une telle lenteur à faire le dépistage de l'infection à VIH malgré l'accumulation des signes au cours de ces longues maladies questionne autant sur les motivations des hommes que sur celles des agents de santé, mais ce dernier aspect n'est pas le propos de cette thèse. Par ailleurs, ces tests, quand ils ne sont pas faits sous l'instigation de la femme (cas de Sylvie), sont réalisés le plus souvent à l'insu de la femme. En effet, Juliette, Fatim et Amsétou pourraient chacune dire comme Amsétou « *je soupçonnais quoi, quand je voyais mon mari était malade* ». Si le mari de Fatim arrive à jouer jusqu'à sa mort le coup du mystérieux examen dont le résultat n'est jamais revenu, Amsétou quant à elle l'apprendra par un parent avant le décès de son mari tandis que Juliette l'apprendra également par des proches, mais après le décès.

L'importante mortalité des hommes et le nombre élevé des veuves interrogent sur les déterminants culturels de leur rapport à la maladie, aux lieux de soins, mais aussi aux relations de genre dans le couple. La position dominante de l'homme dans le couple *moose* peut être analysée ici en rapport avec une maladie qui apparaît plus honteuse pour l'homme que la femme, et un rapport de domination sur la femme qui contribue à alourdir pour lui toute responsabilité établie dans l'introduction du VIH dans le foyer. Ces questions seront analysées par étapes dans cette partie.

Sur veufs participant à l'étude, vivent aujourd'hui avec des conjointes tandis que les données ne sont plus accessibles pour les deux autres (Annexes 4-1-a, Tableau 4). L'analyse de ces données se fera à d'autres étapes dans le développement de cette partie.

Des filles célibataires sans leurs copains

Sur l'ensemble des femmes interviewées, six sont des filles qui ont toutes déjà vécu maritalement avec des hommes, et qui lient bien souvent leur infection à ces relations initiées antérieurement à la découverte de leur séropositivité. Il est aisé de comprendre que Sétou, une prostituée, et Tatiana dont le copain est parti à l'aventure ne soient pas accompagnées par leur conjoint pour leur suivi médical à l'association. Délia, 24 ans, et Doris, 31 ans, sont des filles abandonnées par leur copains. Doris, dès lors que la succession de ses maladies a justifié son renvoi de son poste de caissière dans une boutique de vente de pagnes et autres articles féminins. Délia qui vivait déjà sous le même toit que son copain et attendait un enfant perdra et son bébé, et la relation avec l'homme dès que, dépistée dans une PMI suite au décès inattendu du nouveau-né, elle revient faire l'annonce à ce dernier. Elle dit qu'il lui tournera brutalement et définitivement le dos, refusant même de lui parler désormais, malgré toutes les démarches de Délia auprès de ses parents. Marcelle, 28 ans, et Natacha, 31 ans étaient plus avancées dans les préparatifs de mariage avec leurs fiancés avant que l'infection ne vienne remettre en cause leurs projets. Pour l'une de ces filles, Natacha, c'est la connaissance de sa sérologie VIH positive qui lui fait réaliser que les quatre épisodes de zona successifs de son fiancé, un fonctionnaire rencontré sur son lieu d'affectation, étaient des indices qui lui avaient échappé. Établissant ainsi le sens de la transmission, elle se demande alors si elle doit néanmoins lui faire l'annonce et quelle serait sa réaction, sans savoir elle-même si elle souhaitait maintenir une relation où désormais la confiance est compromise. Le cas de Marcelle est plus illustratif des tensions engendrées entre fiancés autour de la découverte de la séropositivité d'un parti.

Marcelle est une fille de 28 ans issue d'une famille *moose* de sept enfants, tous aujourd'hui adultes, dont deux sœurs mariées, et deux frères exerçant des métiers précaires (un soudeur, et un soldat recruté suite aux doléances de leur père, également soldat à la retraite, et qui est retourné au village juste pour mourir). Elle est seule à avoir atteint le niveau CAP de secrétariat, grâce au sacrifice énorme de son frère soudeur pour payer ses études. Ses fiançailles sont célébrées en 2000 avec un homme *moose* de 37 ans, fonctionnaire international, un homme riche et de la haute société, et qui tranche avec le quotidien de pauvreté et de grisaille de la famille de Marcelle. Bien que leur rencontre date de 1998, Marcelle qui précise qu'elle était vierge, dit avoir eu ses premières relations sexuelles avec cet homme seulement après ses fiançailles, « *pogpuusem* »¹⁶⁹, en 2000. Elle précise qu'au vu des sacrifices consentis pour elle par sa famille, elle avait décidé de rester vierge jusqu'au mariage pour prévenir tout risque d'infection par le VIH qui compromettrait ses chances de valoriser au maximum ce soutien familial. Mais l'homme qui avait été compréhensif avec elle pendant ces deux années a commencé à insister pour les relations sexuelles à partir du moment où il s'était acquitté du *pogpuusem*, la menaçant même de rupture. Marcelle dit avoir cédé à l'homme pour ne pas le perdre, et bien sûr sans

169 Plus que des fiançailles, ce rite consiste chez les *moose* à la présentation officielle des deux familles (celle de l'homme et celle de la femme), en vue de sceller une sorte de contrat social unissant le couple. Au delà des conjoints, il s'agit en fait de l'union de deux familles. Dans le droit coutumier, le *pogpuusem* est le mariage. En ville, cet acte coutumier doit encore être complété par le mariage civil pour permettre la reconnaissance de l'union dans le droit civil.

préservatif, d'où sa grande peur par la suite. Cette peur justifie son test VIH trois mois plus tard, qui s'est avéré négatif. Mais le rythme des déplacements de son fiancé entre plusieurs capitales africaines de la sous-région ne lui assure pas d'être la seule femme de sa vie. En 2003, son second test VIH s'avère positif. Elle en est effondrée au point que les responsables de l'association où elle a réalisé le test nous ont sollicité pour, à travers l'interview, les aider à la rassurer. Elle explique toujours que le fiancé, une fois informé refuse net de se joindre à elle pour se faire tester, en arguant qu'il n'est pas encore moralement prêt à savoir, et surtout qu'il ne souffre pour le moment d'aucune maladie. Mais depuis le *pogpuusem* en 2002, et jusqu'à la fin de cette première phase de nos enquêtes en 2005, Marcelle n'avait toujours pas connu le mariage civil qu'elle attendait, et pour lequel elle avait fait le sacrifice de sa virginité.

À travers ces différents cas d'abandon de copine, de relâchement de relations de fiançailles, ou de refus pur et simple d'effectuer le dépistage du VIH, se profile une tendance masculine au relâchement des liens et des responsabilités vis-à-vis de leurs amies filles, dès lors que la question sida est posée. Une réalité féminine se fait jour : celle de l'annonce « autodafé »¹⁷⁰ qui compromet régulièrement les projets de vie commune. Cette perception de l'annonce justifie les hésitations de Tatiana à la faire, surtout à un homme qui est déjà « à l'aventure », et qui est donc plus facilement perdu. Ainsi, un nombre important de filles célibataires se joignent aux femmes mariées sur les lieux de PEC, sans que l'on puisse disposer d'informations sur les éventuels recours des hommes qui étaient avec elles pendant qu'elles étaient infectées, qui ont pu leur transmettre le VIH ou qui ont pu être infectés par elles. Au-delà de ces risques d'infection et des inégalités de la prise en charge par sexe, l'analyse de cet « échappement » récurrent des hommes dans ces cas peut éclairer doublement les positions masculines dans ces relations de genre en relation avec le rapport au VIH. Fuir permet d'abord d'éviter le test pour celui qui ne veut pas savoir. Cela permet dans un second temps d'éviter la contrainte d'accompagner la fille sur les lieux de prise en charge, et d'apparaître, en cas de séropositivité, comme « celui qui a transmis ». Une telle responsabilité est contradictoire avec la capacité de discernement attribuée aux hommes, un des fondements de la position sociale dominante de l'homme dans la culture *moose*. Une telle orientation « genrée » de la responsabilité négative peut également se vérifier dans l'éducation des enfants. Dans les foyers, un enfant qui a réussi est toujours représenté comme l'œuvre de son père ; alors que l'échec de ce dernier est toujours attribué à sa mère. Ici, comme dans tous les domaines de la vie sociale en pays *moose*, la culpabilité davantage *zaksoba*¹⁷¹, assigné à un de supériorité.

L'absence d'homme célibataire ne permet pas l'analyse inverse. Les entretiens avec quatre veufs, engagés dans des relations à visée matrimoniale, montrent néanmoins la récurrence de la non-annonce qui sera analysée plus loin.

170 Pour imaginer ici le fait qu'elles savent d'avance qu'elles se condamnent elles-mêmes par cette annonce

171 Celui à qui appartient la cour, et bien souvent les habitants de cette cour, en premier lieu ses femmes et ses enfants en ligne direct ou classificatoire.

Des femmes mariées sans leurs époux

Quel que soit le statut sérologique de leur conjoint, les femmes séropositives enquêtées sont confrontées à une même expérience face à l'annonce de leur sérologie, à l'évocation du dépistage de l'homme, et à l'orientation vers les lieux de prise en charge : la réticence de l'homme à travers un refus net, ou par des pratiques d'évitement ou de négligence, plutôt que son adhésion, et son rapport au reste de la communauté.

Sur sept femmes qui ont gardé leurs maris après l'annonce de leur séropositivité, Nicole et Isabelle sont des cas particuliers : leurs conjoints sont séronégatifs. Nicole est une jeune femme mossi de 30 ans, mère d'une fillette de 6 ans, non alphabétisée et qui propose ses services de ménagère dans les services de nettoyage ; le couple est revenu de la Côte d'Ivoire ruiné suite à l'échec de leur projet de production agricole. Son mari, également *moose*, actuellement agent de gardiennage, ne dispose pas d'assez de ressources pour soutenir sa femme mais l'autorise à fréquenter les associations pour chercher de l'aide. Selon Nicole, cette solidarité de son mari vient du fait qu'il connaissait son ex-prétendant qu'elle a abandonné pour lui et que ce dernier devait être infecté puisqu'il est décédé quelques années plus tard d'une longue maladie. Isabelle, une femme *moose* de 39 ans, mère de trois enfants, gestionnaire d'un kiosque de PMUB¹⁷², a néanmoins subi un abandon initial et un mutisme accusateur de la part de son mari, un *Samo*, agent de bureau. Ce dernier ne s'est jamais satisfait du fait qu'elle ne puisse pas expliquer l'origine de son infection. Il aura fallu l'engagement de l'association de prendre en charge totalement son traitement, et plus encore, de soutenir sa famille en vivres et pour la scolarité des enfants, pour qu'il revienne à de meilleurs sentiments, tout en maintenant l'arrêt des relations sexuelles. Dans les 5 autres cas, les époux qui ont fait le test se sont avérés tous séropositifs ; il s'agit des maris de Christine, Patricia, Natou et Safi. Aïcha par contre n'a pas encore réussi cette prouesse, et donc ne peut pas affirmer la séropositivité de son conjoint, bien qu'elle le suspecte fortement de se traiter clandestinement. Cette réticence globale apparaît ici à travers quatre situations qui impliquent les conjoints des femmes : le test, la fréquentation des lieux de traitement, la prévention, et le rapport du couple au « regard des autres ». Dans chacune de ces situations, nos données mettent en évidence le même schéma classique : des femmes qui demandent, et des hommes qui expriment des difficultés à accepter.

Bien que la plupart des femmes infectées finissent pas convaincre leur mari de faire le test VIH elles reconnaissent toutes que leur conjoint a d'abord eu tendance à refuser, comme cela apparaît dans ce monologue de Natou : « Quand je suis allée, je lui ai demandé, *estce que tu vas faire (le test) ? Il dit de lui laisser le temps, il va réfléchir* ». *Quand le Dr... a pris tous mes dossiers, il a regardé, il m'a dit : « Et ton mari ? » Je dis « Mon mari, il m'a dit de lui laisser le temps* ». *Natou profitera d'une crise particulièrement sévère de paludisme pour conduire son mari au test ; Natou continue « Et entre temps, il était malade ; Il avait le palu ; (...) son palu était vrrraiment violent hein! Et que lui-même..., il vomissait... ; il ne pouvait pas se lever... ; il ne pouvait pas dormir.... (...) et il a*

172 *Pari mutuel urbain burkinabe ; courses hippiques.*

*failli trépasser. Et là maintenant, je lui ai dit : « Voilà, toi tu vas laisser, la maladie là va t'abattre et puis tu, ...tu vas partir nous laisser. J'ai commencé à lui parler, parler (...); et je suis allée voir l'adjoint de Dr...; je dis « bon, mon mari-là il est malade ». Et puis il m'a dit de venir avec lui. Je suis allée prendre le rendez-vous (...); nous sommes partis ensemble et il a accepté de faire le dépistage..... ». Ainsi, c'est avec le soutien de son médecin et de l'adjoint de celui-ci que Natou profitera de la sévérité de cette crise de paludisme, qui montre à l'homme les limites de sa résistance physique, pour le persuader à accepter le test. Christine devra également se faire aider par une soignante, pour convaincre son mari de se départir de ces certitudes sans fondement, et venir au test. Comme le montre ces trois cas, le refus et les hésitations des hommes à faire à leur tour le test VIH quand leur femme est infectée conduit ces dernières à développer des stratégies, souvent en s'appuyant sur les soignants, pour établir la sérologie VIH de leur conjoints, première étape de toute prise en charge médicale conséquente. Il apparaît également que ces femmes soient largement aidées dans leur entreprise par l'état de santé du mari. En effet, dans les quatre cas où l'homme a été ainsi conduit au dépistage, le test s'est avéré non seulement positif, mais l'homme lui-même avait auparavant présenté plusieurs maladies qui pouvaient évoquer le tableau clinique du sida : zona, diverses affections dermatologiques et notamment des boutons, *tiiga*¹⁷³, le *koko* (Christine, Patricia, Natou et Safi). Le mari d'Aïcha par contre ne montre aucun de ces signes. Peut-on déduire que cette absence de symptôme soit à l'origine de son refus de savoir et pour sa femme et pour lui ? Toujours est-il qu'à la décision de l'épouse (Aïcha) de faire néanmoins son test, elle nous rapporte une réponse ferme de sa part : « Je lui ai dit, tu veux ou pas moi je veux savoir. Il m'a dit OK, si tu veux le savoir va le faire, mais ne compte pas pour moi, pour aller faire ce test-là, quelque soit ton résultat. ». En prenant connaissance de la séropositivité de sa femme, et face à l'insistance de cette dernière pour qu'il fasse le test à son tour, elle rapporte encore : « Il m'a dit ah non, ça il m'a prévenue, je voulais le savoir maintenant, je l'ai su. Ça ne regarde que moi. Que lui, il peut faire (tout ce qui est) dans la mesure de ses possibilités pour m'aider, mais de ne pas lui demander d'aller lui se dépister. Que c'est hors de questions. ». Dans le dernier cas, il paraît significatif que l'homme persiste dans son refus du test alors que sa femme est séropositive et sous traitement antirétroviral depuis des années. L'apparence de santé de l'homme n'empêche néanmoins pas sa femme d'exprimer sa conviction quant à son infection, et de le soupçonner de se traiter clandestinement. Les réticences masculines au test VIH ici décrites, amènent les soignants à impliquer leur femme dans leur traitement dès ce stade. Le discours de Christine montre clairement l'importance de l'assistance des femmes « Quand il est venu maintenant, elle lui a parlé, et elle nous a dit de venir ensemble de ne pas le laisser venir seul. Effectivement nous sommes venu ensemble il est venu faire le test, il n'est pas venu lui même prendre les résultats hein ! C'est moi qui suis venue prendre les résultats, aller lui remettre ». L'importance et la valorisation par les soignants de la participation féminine qui en découle, présente cette activité comme le premier stade de mise en application du rôle traditionnel de « care » dévolu à la femme.*

173 « *tiiga* » est une affection de la nosographie populaire moose qui se manifeste l'éruption de gros boutons sur le corps. Ces éruptions renvoient en contexte de VIH, au sida.

Alors que ces femmes séropositives, mariées, sont suivies dans des structures, leurs discours montrent qu'elles ont du mal à y conduire leurs conjoints, même quand ces derniers ont fait leur test VIH et que ce test est positif. Toutes les femmes mariées déclarent le peu d'empressement de leurs maris à les accompagner pour leur traitement ; les témoignages féminins montrent que les deux hommes séronégatifs (Les maris de Nicole et d'Isabelle) disparaissent des structures dès qu'ils ont connaissance de ce résultat. Le statut VIH du mari d'Aïcha reste inconnu du fait que ce dernier a persisté dans son refus du test. Il ne consent à rencontrer le médecin que hors des lieux de traitement, d'abord pour prendre les résultats d'un test de contrôle de sa femme, et ensuite pour remettre au soignant l'argent des ARV que lui-même payait alors à la Cameg, comme nous l'a expliqué sa femme. Les difficultés exprimées par les hommes à fréquenter les structures de prise en charge demeurent, même quand ils sont déclarés eux-mêmes séropositifs. Dans ce cas, aucune femme n'a évoqué dans les entretiens la question d'être accompagnée ou pas par son mari pour venir au traitement.

L'absence totale d'expression des femmes sur cette question peut renvoyer aux rôles de genre qui, dans le domaine des soins au malade, désignent la femme comme soignante domestique sans aucune référence à son sort, quand elle est à son tour malade. Nous reviendrons sur cet aspect du rôle de soignante domestique, dans l'analyse, en rapport avec la question de la passivité des bénéficiaires de leurs soins (Lee, 1999 : p. 33). Nous verrons par la suite quel contenu peut être donné à la participation des femmes dans l'accès des hommes séropositifs aux lieux de traitement. Toutes les femmes dont les époux sont séropositifs expriment les réticences de ces derniers à aller dans les structures, pour la consultation et le suivi médical : Safi explique que son mari qu'elle a conduit une première fois sur les lieux de PEC n'a pas résisté à sa première contrainte concernant la rigidité des horaires : « *Une fois même je l'ai amené ici (son mari) pour qu'il connaisse le lieu afin de venir se soigner mais oum oum (non non). Quand il est arrivé, il était 11 heures ; on lui a dit de revenir à 15 heures ; quand il est parti à la maison c'est fini. Il n'est plus revenu* ». Christine note pour son mari le même manque d'enthousiasme à fréquenter les lieux de prise en charge, même après avoir établi sa séropositivité au VIH par test. Quand je lui dis : « *...on dit que je ne peux pas prendre les médicaments à ta place pour toi. Si ça se pouvait j'allais prendre venir te donner', il répond que lui, il n'a pas le temps de venir, alors qu'il ne travaille pas samedi ni dimanche. Samedi (rire) il peut venir mais il ne vient pas* ». Natou explique également comment son mari par peur de la stigmatisation refuse de rencontrer le médecin, même en dehors de la structure de soin, et prend également prétexte sur son travail. L'analyse des discours de ces quatre femmes (Christine, Patricia, Natou et Safi) sur les conditions dans lesquelles leur mari ne viennent pas dans la structure laissent apparaître plusieurs points d'analyse : les difficultés à se soumettre aux contraintes particulières de la prise en charge et notamment les horaires, le peu d'enthousiasme des hommes en général pour fréquenter ces lieux, et la possibilité pour eux de mobiliser des arguments fortement valorisés dans la masculinité, à savoir la priorité du rôle social de pourvoyeur de ressources de l'homme pour justifier qu'il ne puisse pas se rendre sur les lieux de soin.

En dehors de leur propre réticence, une autre caractéristique apparaît au niveau de ces hommes, séropositifs, séronégatifs ou de statut sérologique non encore défini, dans leur rapport aux lieux de traitement. Il s'agit de la peur qu'ils expriment devant la perspective de la découverte des allers et venues de leur épouse dans la structure de prise en charge. Les soupçons qu'une telle découverte pourraient susciter dans l'entourage sur la séropositivité de la femme, et par déduction sur celle de l'homme apparaît difficilement acceptable pour les hommes ; ainsi, deux hommes séropositifs (les maris de Christine et de Natou) et celui d'Aïcha dont la sérologie reste indéterminée, recommandent à leurs épouses de la discrétion dans les structures, alors que ces dernières en dépendent beaucoup. Aïcha bien qu'étant salariée de catégorie A, a été financièrement épuisée par la maladie au point où elle doit être incluse dans une fille active depuis 2007 ; Il en est de même pour Natou dont les affaires florissantes du mari au départ ont vite connu la débâcle et qui est dans une fille active de gratuité depuis 2006 ; Christine n'a jamais eu les moyens de payer et bénéficie gratuitement des ARV et de vivres pour elle et sa famille depuis 2005, . Bien que largement dépendantes des structures, les femmes reçoivent des consignes de discrétion qui peuvent également les pénaliser dans la mesure où, en contexte d'insuffisance des ressources, certains avantages — crédit notamment —, sont plus facilement attribués aux bénéficiaires qui font preuve d'un dynamisme particulier dans la vie associative, ce qui explique souvent leur résistance qui transparaît ici dans les réponses de Christine à son mari : « ... *il me dit souvent, à force d'aller je vais finir par faire savoir ma maladie. Je lui dis que je ne vais pas dans la cour de quelqu'un. Donc, là où on va se croiser, si je rencontre quelqu'un là-bas, c'est ce qu'il a aussi ce que j'ai. Donc si c'est se critiquer on va se critiquer* ».

Les discours ci-dessus développés montrent que la supériorité numérique des femmes sur les lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH découle de la réticence des hommes à accepter et à afficher l'éventualité de l'infection à VIH pour eux ; une réticence qui se manifeste autant par les difficultés des hommes à accepter le test VIH, à se présenter sur les lieux de sa prise en charge, à accepter certaines conditions de la prévention, notamment le préservatif, et à laisser leurs épouses s'afficher dans ces lieux.

Des femmes abandonnées par leurs maris

L'étude montre également que plusieurs femmes qui étaient mariées ont été répudiées dès lors que leur infection a été découverte (Annexes 4-1-a, tableau 7). Hormis le cas de Guèneba, une femme de 63 ans qui attribue l'échec de son ménage à des accusations de maraboutage¹⁷⁴, toutes les cinq autres femmes relient directement leur abandon ou leur répudiation aux maladies évoquant l'infection à VIH, à l'annonce ou à la découverte de leur séropositivité par leur conjoint ou des membres de la famille de ce dernier. Il s'agit de Bibata, une femme *moose* de 43 ans donnée une première fois en mariage à un homme

174 Guèneba explique qu'en fait, comme elle était souvent malade, elle était allée chez un devin pour comprendre les causes profondes des problèmes de santé ; si on ne lui avait pas jeté un sort, Cette démarche a été sue par son mari qui l'a répudiée sous le prétexte qu'une femme qui va chez les marabouts est un danger pour son époux, ses co-épouses, et toute la famille maritale.

âgée, également *moose*, à l'âge de 13 ans, mariage qui a vu la naissance de ses trois enfants, mais qui s'est soldée par une répudiation suite à une mésentente entre les trois coépouses. Son remariage avec un autre homme, *Samo* cette fois-ci se fait également dans un ménage polygamique de deux femmes. La longue maladie de son mari, ponctuée d'hospitalisations et de séjours de traitement au village, avait alors été attribuée aux actions de « wak » de Bibata pour mettre fin à sa vie, motivant ainsi une seconde fois, sa répudiation, avant le décès de l'homme, en 1997. C'est depuis lors qu'elle commence également une succession de maladies qui justifient son test VIH en 2002 qui s'avère positif, et permet sa prise en charge dans un cadre associatif dans lequel elle obtiendra plus tard un emploi bénévole. La troisième, Clarisse, est une femme *Bisa* de 40 ans répudiée par son mari *moose* et pasteur, dès lors que sa séropositivité a été établie par le truchement des examens médicaux en vue du traitement de la stérilité du couple. Elle sera une seconde fois abandonnée avec son fils adoptif, par sa propre famille, également à cause de son infection, et s'inscrira dans une association pour accéder à la prise en charge, mais aussi pour avoir une nouvelle famille. Elle bénéficiera d'un crédit dans cette association qui lui permet d'initier un petit commerce de vente de riz cuit pour assurer le paiement de son loyer et les frais scolaires de son garçon de 11 ans. Martine, également 40 ans est *Moose*, gestionnaire d'un salon de coiffure, et est mariée à un homme *Bisa*; le début de ses maladies en 2000 est une occasion de relâchement des liens avec l'homme que sa famille aurait encouragé dans ses aventures féminines pour trouver une femme de leur culture. L'annonce de sa séropositivité en 2003 marquera la fin de sa vie de couple par le départ de son mari à son nouveau poste d'affectation sans elle. Depuis lors, elle n'a plus de nouvelles de lui, ne reçoit que sporadiquement une contribution financière de sa part. Elle doit par la suite quitter la cour familiale de son mari, avec sa fille de 14 ans pour rejoindre ses propres parents. Contrainte d'arrêter les ARV par manque de moyens, elle rejoint en 2004 une association où elle bénéficie de la gratuité du traitement en tant que personne indigente. Téné est également une fille *moose* de 30 ans, vendeuse de riz cuit et de condiments, qui déserte d'abord, avec ses trois enfants, un boucher *Moose* du même âge qu'elle, mais violent, pour épouser un vieux *moose* « wakman », un devin. Ce dernier profitera du décès de leur nouveau-né pour la renvoyer chez ses parents, dès qu'elle viendra lui parler de test VIH. Elle se présente alors dans une association où elle est inscrite parmi les personnes indigentes et bénéficie gratuitement des ARV en 2004, un d'un crédit pour la reprise de son petit commerce en 2006.

Si celles qui ont fait l'annonce ont connu une répudiation avec plus ou moins d'éclats, voir un abandon en douceur, celles qui sont « démasquées » alors qu'elles cachaient leur séropositivité peuvent être traitées avec beaucoup plus de violence, particulièrement dans les ménages polygames. En effet, la séropositivité déclarée chez l'une des épouses la projette d'abord comme une vectrice pour l'homme et donc pour ses coépouses. Cette séropositivité peut également être utilisée dans des stratégies de positionnement diverses ; il peut alors en découler des actes de stigmatisation particulièrement violents, comme ce le cas de Ogusi, une jeune épouse *Bisa* de 32 ans, la troisième et dernière femme d'un homme de plus de 60 ans, travailleur émigré en Europe. Ogusi dont

les trois grossesses se sont soldées par des mort-nés, est restée au pays pour le suivi médical de son quatrième accouchement, pendant que son mari repartait en Europe avec une autre de ses femmes ; les fréquentes maladies d'Ogusi pendant sa grossesse et le décès de son enfant qui était né cette fois-ci vivant, motivent un test VIH qui s'avère positif pour elle. Son mari, alerté par l'entourage réclame le test VIH pour toute la famille. Face au refus d'Ogusi de montrer ses résultats, le mari s'associera avec ses grands enfants pour lui subtiliser son résultat de test sérologique, et agir contre elle, comme le relate ainsi Ogusi : « *Je n'ai même pas su qu'ils¹⁷⁵ ont trouvé le résultat-là. Djà, ils ont pris le résultat-là, ils sont allés le photocopier, et ils se promènent pour le montrer aux gens. C'est ma tante qui est à côté de nous. C'est elle qui m'a appelée pour me demander est ce que je sais qu'ils ont pris mon test-là ? Je dis que je n'ai pas su. Elle dit qu'elle a appris qu'ils ont pris le test, qu'ils sont allés le photocopier, et qu'ils se promènent pour le montrer aux gens (...). Donc, quand je suis venue maintenant, (...), les enfants là se sont levés que oh ! Toi ! Tu es « sidaman » ; « sidaman »-là ; ils sont en train de m'insulter que je suis « sidaman ». J'ai commencé à pleurer maintenant. (...). Djà !, ils se sont promenés pour dire aux gens du quartier-là que je suis « sidaman ». Donc, quand je passais maintenant, les gens-là me regardaient ; les gens là me regardaient.... Ce jour-là, quand on a fait palabre, ils m'ont insultée...Ils m'ont insultée.... Donc, (ils m'ont dit) que de partir ; que de partir. Je dis vraiment, je veux partir. Donc, ils m'ont insultée ce jour-là. Ils m'ont donné de l'argent, deux mille (2000) que de partir. Je dis que 2000 F, ça ne peut pas arriver avec moi au village ».* Le cas d'Ogusi montre de manière plus caricaturale, comment l'abandon de la femme séropositive peut apparaître pour l'homme comme une alternative au refus qu'il veut opposer à toute évocation du sida pour lui. Les femmes qui, comme Ogusi, sont répudiées ou progressivement abandonnées par des hommes qui, comme le mari de Martine désertent la ville sans laisser d'adresse, contribuent à renforcer les effectifs féminins sur les lieux de traitement des PvVIH.

Les cas de ces cinq femmes montrent à des degrés divers, comment les hommes qui ont, plus que les femmes, le pouvoir d'agir sur la relation matrimoniale, peuvent utiliser ce pouvoir dans leurs stratégies d'évitement de l'infection à VIH. De manière récurrente, les hommes, par abandon de la femme (Martine), par répudiation (Bibata, Clarisse, Tènè, Ogusi), posent des actes visant à interrompre la chaîne des faits susceptibles d'aboutir à la question de leur propre infection. Le sacrifice de l'épouse dont le statut est marqué par sa dépendance et son instabilité (l'étrangère), apparaît ici comme le tribut le moins cher pour la protection de l'honneur de l'homme menacé par le soupçon du sida. Ces femmes, de part les motivations de leur abandon par l'homme, peuvent se diviser en deux groupes. Bibata et Guènèba sont poussées hors des ménages par des accusations de « maraboutage », dès lors qu'elles ont cherché à comprendre leurs problèmes de santé dans un domaine réservé aux hommes. Clarisse dont le mari est pasteur, et Téné dont le mari est devin, peuvent apparaître comme les portes d'entrée de l'opprobre du sida après d'hommes qui ont besoin, plus que les autres, d'une image de force et de pureté qui serait particulièrement entachée par l'éventualité de leur propre infection. Ogusi est

175 Elle parle de son mari et de tout le reste de la famille, co-épouses et enfants.

l'illustration de la jeune épouse particulièrement vulnérable dans ce système social, celle que l'on peut sacrifier sans grand dommage pour éloigner le spectre du VIH de la famille. Ces femmes, ainsi écartées des ménages n'ont souvent pour seule perspective sociale et thérapeutique que les structures de prise en charge des PvVIH.

Les hommes rencontrés dans les structures sont par contre, généralement dans des configurations relationnelles différentes.

Des hommes rares sur les lieux de PEC

Il est important de comprendre, pour les hommes rencontrés sur les lieux de PEC, quel est leur rapport à l'infection à VIH, et comment cette infection, mais aussi leur démarche thérapeutique, sont orientés par des relations de couple, notamment dans les rôles de genre (Annexes 4-1-a, tableau 8). Les 18 hommes participants à cette phase de l'étude et qui sont tous séropositifs et presque tous sont mariés ou veufs remariés (15/18), avec une minorité de veufs qui n'évoquent pas l'existence de conjointes à cette étape de leur parcours thérapeutique (3/18). Il s'agit d'abord de Vincent, un *moose* de 40 ans salarié dans une société d'état, et qui venait juste de découvrir sa séropositivité et d'être placé sous ARV en 2005 et était alors exclusivement porté sur sa survie immédiate plutôt que sur ses relations avec son épouse, mais dont le décès précoce n'a pas permis la poursuite des entretiens. Quentin quant à lui, un *moose*, veuf de 51 ans, bien qu'ayant accédé à la prise en charge et aux ARV depuis 2004, avait fait le choix de « redevenir » d'abord un homme en retrouvant la santé (capacité physique), mais aussi une stabilité financière (capacité économique), avant de parler encore de femme, projets compromis par sa mort survenue en 2008. Isidor, également veuf, considérait aussi cet équilibre physique et financier comme un préalable à la reprise de ses relations avec les femmes. Son succès dans les affaires l'éloignent depuis 2008 des milieux de la prise en charge et le rendent moins accessible pour la suite de nos entretiens sur cette question.

Une certaine « myopie » masculine qui retarde l'accès des hommes à la prise en charge

Parmi les 15 hommes séropositifs qui ont déclaré une conjointe, quatre sont des veufs dont deux déjà remariés (Tambi Salfo et Khalifa). Dans ces deux cas, les conditions de l'annonce sont révélatrices des relations de genre en rapport avec l'infection, et rejoignent la situation de Kamin dont l'épouse est toujours vivante. Pour Tambi Salfo, Khalifa, les signes évocateurs de l'infection qui ressortent de leurs discours n'ont cependant suscités aucune réaction de prévention, ni pour eux, ni pour leurs épouses. Tambi Salfo, un commerçant *moose* analphabète et déchu de 60 ans, et Khalifa, un infirmier Tiéfo de 41 ans, expriment, par rapport à ces signes évocateurs du VIH dans leur intimité, la même absence de réaction. Les décès de leurs épouses respectives surviennent en effet dans de longues maladies, à un moment où le sida faisait largement partie de l'actualité nationale quotidienne. En effet, à la fin des années 1990, plus de 150 associations très actives de lutte contre le sida étaient déjà dénombrées

dans le pays¹⁷⁶, et les messages de prévention étaient à tous les coins de rues à Ouagadougou. Après la maladie et la mort de ces deux femmes, leur époux se remarieront avec de nouvelles épouses, attendront encore plusieurs années, la détérioration de l'état de santé jusqu'à une situation critique, avant de faire leur propre test VIH qui ouvre la voie à celui des femmes qu'ils ont épousées en seconde noce. Le décès de la première femme de Tambi Salfo en 1994 d'une maladie curieuse qui faisait qu'elle avait mal partout et cela empirait de jour en jour », est relaté par son mari analphabète comme une séquence particulièrement douloureuse d'une série de malheurs sur fond de débâcle financière et qui consacre sa déchéance économique et sociale actuelle. De grand commerçant import/ export disposant de caves à boissons, de stations d'essence, et remorques de transport international de marchandises, il est au moment de l'enquête indigent au point de justifier d'une gratuité de sa prise en charge ainsi que de celle de son épouse dans une association.

La situation de Khalifa est tout autre. Il est lui-même un professionnel de la santé, et le décès de sa femme se situe en 1998, avec une maladie traitée en vain dans les services de santé puis au village. Khalifa lui-même explique les circonstances de ce décès : « *Bon, c'était une typhoïde, on a soupçonné une fièvre typhoïde on est venu voir le professeur.... C'est lui qui la suivait (...). On voyait que ça s'aggravait au fur et à mesure (...). Elle a décidé finalement, les parents ont voulu qu'elle rentre au village pour des (...) soins traditionnels (...). Donc c'est moi-même qui l'ai amenée. J'ai pris toutes mes dispositions pour l'amener au village ; j'ai vu mes parents et je leur ai donné tout le nécessaire. Ensuite je suis allé voir à la préfecture, au niveau du centre médical, je l'ai confiée là-bas, (...). En même temps chaque fois j'appelais pour avoir les nouvelles. (...). Un beau jour, c'est son cousin qui arrive en pleurnichant pour dire (...) que ma femme est décédée !... ».* La longue maladie de sa femme n'apparaît à aucun moment du discours de l'homme, pensable en rapport avec l'infection à VIH pourtant présente à cette époque dans l'activisme des associations, dans les nombreux messages de préventions affichés un peu partout dans la ville de Ouagadougou. Tout comme Tambi Salfo que l'on peut considérer plus limité par son analphabétisme et par le décalage dans le temps de la maladie de sa femme, Khalifa s'engage dans un second mariage à peine un an après le décès de sa première femme (en 1999), sans aucune précaution de prévention de l'infection à VIH, alors que les autorités sanitaires le recommandaient désormais pour tout couple qui se constitue. Khalifa explique ensuite comment il aura fallu une grossesse difficile de sa seconde femme, la maladie, puis la mort de leur fillette avant ses trois mois, mais aussi ses propres problèmes de santé, pour enfin le convaincre au test : « *L'enfant est né, il n'y avait pas eu de problème, (...); il a commencé ; on disait que c'était le palu ; donc on suivait des soins, tout, (...). Bon à un moment donné ça n'allait on l'a amenée en pédiatrie (...). Et on s'est réveillé trouver que l'enfant est décédé (...). Sa maman aussi avait des problèmes de santé, j'avais aussi les problèmes de santé. Donc dans ces laps de temps aussi moi « bssss » j'avais un peu des problèmes donc je, voyais que ça n'allait pas aussi ; les stress ont commencé à s'installer. Je maigrissais je faisais*

176 Voir Yvonne Tavi Ouattara Cartographie des associations de lutte contre le VIH/SIDA (2000)

la fièvre, beaucoup de problèmes bon,.... Comme je suis du corps de me suis dis : « bon il faut penser à ce problème là aussi, puisque l'autre aussi je ne sais pas de quoi elle est décédée ».

Khalifa fera son test peu après le décès de son bébé survenu en février 2003, quelques semaines avant celui de sa seconde femme ; ils étaient tous les deux séropositifs au VIH. Tambi Salfo, en tant que adulte qui se respecte, *bi-kasenga*¹⁷⁷, se remarie donc très peu de temps après le décès de sa première femme en 1994 et malgré le grand attachement qu'il avait pour cette dernière. Confronté à la maladie, il fera son test VIH en 2001. Après quatre ans de vie commune pour Khalifa et six ans pour Tambi Salfo, leurs secondes épouses sont toutes les deux dépistées séropositives. Ces longs délais de découverte ou de confirmation (de dépistage ou de test diagnostic) contribuent à retarder d'abord l'accès de ces hommes eux-mêmes au traitement et aux lieux de prise en charge, et par conséquent de leurs épouses. Ces cas font également écho avec les propos tenus en 2006 par un magistrat *moose* investi dans la prise en charge. Il explique l'accès tardif des hommes VIH positifs au traitement par leur tendance à identifier certaines manifestations de l'infection comme des malheurs résultants d'attaques occultes « *c'est parce que, il (le malade) est convaincu que quelqu'un d'autre est responsable de son malheur* ». De telles représentations de la « maladie malheur » favorisent l'orientation de l'homme confronté aux premiers signes physiologiques de l'infection vers des pratiques divinatoires pour s'en défaire. Pour lui, « *le cheminement thérapeutique du bon Moose passe d'abord par le tradipraticien..., le wakman..., le tenkougri de ses ancêtres, avant de venir en dernière position vers l'agent de santé* ». Une telle orientation préférentielle des hommes peut renvoyer effectivement au rôle de genre, et notamment à la responsabilité de l'homme dans la survie du ménage qui justifie qu'il soit le seul des conjoints habilité à recourir à la divination dans le système traditionnel *moose*. La femme par contre ne va à la divination qu'accompagnée de ce dernier, ou autorisée par celui-ci quand il est convaincu de la nécessité de la démarche pour la famille (maladie déroutante d'un enfant par exemple). Les femmes qui prennent une telle initiative et qui sont prises sur le fait subissent généralement les sanctions sociales les plus fortes, et notamment la répudiation (EGROT, 2001 : p. 248) ; ce fût le cas pour Guènèba dans cette étude (voir Annexes 4-1-a, tableau 7). Cette tendance masculine à intégrer l'enchaînement des infections opportunistes, dans des séries de malheurs qui en appellent à d'autres recours, contribue à réduire la présence des hommes sur les lieux de prise en charge, tout en limitant les capacités d'expertise de leurs épouses dans les services de santé quand elles ne prennent pas conscience d'être dans un contexte de VIH.

Les responsabilités socialement établies de l'homme dans la protection du ménage qui expliquent le rapport masculin à la « maladie-malheur » déterminent ici le trouble de ces hommes qui réduit leur sensibilité à des signes caractéristiques de l'infection. Cette difficulté « à voir » les signes de l'infection apparaît comme une des explications majeures de la faible présence, mais aussi de leur prise en charge tardive et de celle des couples, au niveau des lieux de prise en charge.

177 *La société ne permet pas à un homme de l'âge et de sa position sociale de Tambi Salfo, un bi-kasenga, de vivre sans femme ; il lui fallait une femme, une « kotoagda », c'est-à-dire « une personne pour lui apporter l'eau ».*

Des hommes qui, tant qu'ils sont sur pied, préfèrent une démarche solitaire et furtive

Certains hommes séropositifs, bien qu'ayant fait l'annonce de leur sérologie à leurs femmes, et ayant souvent engagé une démarche thérapeutique conjointe, préfèrent néanmoins, tant qu'ils n'ont pas un problème particulier de santé qui justifie l'assistance de la femme, développe des stratégies pour accéder seul et rapidement au traitement sur les lieux de prise en charge. Dans les couples de Tambi Salfo, et de Khalifa, chacun des deux conjoints connaît sa séropositivité et celle de l'autre. Il en est de même du couple de Kamin, un homme bisa de 43 ans qui a également conduit sa femme au test VIH qui s'est avéré positif pour elle (Annexes 4-1-a, Tableau 8). D'autres couples dont l'entretien a été réalisé avec la femme sont également dans ce cas : il s'agit des couples de Christine, Patricia, Natou et Safi. Ces sept couples partagent, au-delà de la séropositivité confirmée de chacun des conjoints, deux autres caractéristiques : leur commune invisibilité en tant que couples sur les lieux de prise en charge, mais aussi l'invisibilité particulière des hommes.

Les récits et l'observation des activités sur les lieux de traitement montrent que les époux se déplacent rarement ensemble dans le cadre du traitement, ou dans la participation aux activités d'animation, ce qui les rend invisibles en tant que couple. Nous venons d'évoquer ci-dessus les cas de retard Tambi Salfo et Khalifa dans l'accès au traitement. Ils sont néanmoins les initiateurs du test qui établit la sérologie VIH positive de leurs épouses de seconde noce. En tant qu'initiateur du test, chacun de ses hommes se positionne comme le principal responsable du suivi thérapeutique. Cependant, les discours montrent que chacun d'eux ne s'est présenté sur les lieux de prise en charge avec sa femme qu'au moment du test. Après ces premiers passages nécessaires pour le counseling, le test, et les résultats, l'homme et la femme continuent ici le suivi dans des démarches solitaires. Khalifa l'infirmier explique même comment il a fait valoir son double profil de personnel de santé et de personne séropositive qui venait juste d'expérimenter le système d'accompagnement au dépistage, pour obtenir de s'associer à eux pour commencer le counseling de son épouse depuis le domicile, avant de l'acheminer à eux dans la structure, la suite ; par ailleurs, il obtiendra des mêmes collègues, le retrait des ARV du couple ; il dit avoir proposé et obtenu d'eux de pouvoir s'occuper lui-même du suivi de sa femme, et de les solliciter seulement en cas de besoin. Une épouse en attente avec d'autres patients dans la salle, et un mari infirmier parmi d'autres dans un centre de santé ne permet pas ici de visibiliser ce couple sur ce lieu de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Tambi Salfo qui n'est pas soignant développe néanmoins ses qualités d'orateur et l'expérience de la vie que lui concède son grand-âge pour apparaître aux yeux des responsables associatifs, comme un animateur rêvé des groupes de paroles d'hommes. Il se retrouve ainsi davantage parmi les responsables et les prestataires de service de l'association que sur les files d'attente de patients. Son épouse tenue à l'écart de ses activités dans l'association ne vient en consultation, accompagnée de lui que sur rendez-vous spécial du médecin, de sorte qu'elle ignore tout des files d'attente des autres malades. Quant à Kamin qui est de l'armée, Kamin qui est militaire reconnaît également que, passée l'étape du test, sa femme n'a plus besoin de lui pour aller

à ses consultations qui sont programmées séparément à lui, au niveau des services de santé de l'armée.

Dans ces trois situations des hommes initiateurs de la démarche thérapeutique du couple sur les lieux de prise en charge, élaborent des stratégies pour dissocier les présences de l'épouse et la leur, sur les lieux de prise en charge. En effet, cette démarche thérapeutique qui renvoie souvent chez les hommes à sa vulnérabilité à la maladie, mais aussi à une faiblesse de sa part à se prémunir du malheur apparaît ici au cœur d'importantes stratégies de « camoufflage ». Il apparaît ici que quand des hommes n'ont pas d'autres choix que de se présenter en ces lieux qu'ils redoutent. Ils élaborent alors des stratégies pour une apparition brève (Kamin), ou pour être perçus le moins possible comme un bénéficiaire des services. Tambi Salfo et Khalifa s'assimilent en effet, par les rôles qu'ils jouent autour de leur consultation ou de celles de leurs épouses aux prestataires de services divers sur ces lieux ; d'autres données que nous n'aurons pas le temps de développer ici montrent que ceux qui en ont les moyens (Tasséré), préfèrent le suivi dans des structures moins sollicitées comme les cliniques privées ou encore dans un cadre plus restreint où il est possible d'émettre des souhaits particuliers (Kamin). Par ces stratégies, les couples de Tambi Salfo, Khalifa, et Kamin, bien que désormais bénéficiaires de la gratuité totale dans les structures ne n'affichent néanmoins ni dans le suivi médical ni dans les activités. Les démarches de prise en charge initiées par les hommes, réduisent les passages désormais isolés des conjoints aux seuls besoins de suivi médical, du fait de la crainte exprimée par ces hommes, du dévoilement de la séropositivité de leur couple.

La même tendance peut être observée au niveau des femmes séropositives qui ont convaincu leur mari au test VIH qui s'est soldé par un résultat positif. Christine, Patricia, Natou et Safi reconnaissent, passée l'étape du dépistage, ou d'une maladie grave, l'extrême rareté de leur présence concomitante avec leurs maris sur les lieux traitement. Quand cela arrive, notamment à travers une convocation expresse des soignants comme ce fût le cas pour le mari de Christine ; l'embarras de l'homme apparaît clairement dans une séquence de récit de sa femme : *« Il ne veut pas venir de peur que des personnes de sa connaissance le voient, c'est pourquoi il n'accepte pas (rire). Sa première fois de venir ici-là même, c'est le zona (rire) il se lève il va faire un tour dehors et puis il revient ; il dit que s'il voit quelqu'un (de sa connaissance) ici, il va lui dire que c'est moi qu'il a accompagnée (rire). C'est moi la Sidéenne (rire)... »*.

La seconde particularité des couples séropositifs qui ont participé à l'étude, et qui se déduit de la première, est la rareté de l'homme sur les lieux de prise en charge. Khalifa utilise son titre de professionnel de santé pour passer inaperçu dans le suivi médical et le retrait des ARV du couple ; non seulement il est ainsi dispensé d'accompagner sa femme en ce lieu, mais en plus, il n'y est plus vu par les autres patients comme un des leurs. En plus d'être un animateur recherché des « groupe de parole » des hommes, les relations de père à fils tissées par Tambi Salfo avec les responsables associatifs lui permettent de recevoir à domicile les ARV de son couple, l'excluant ainsi des files d'attente de patients. Il en est de même de Kamin et des époux des quatre femmes ci-dessus mentionnées. Tous recherchent, tant qu'ils ne sont pas contraints par la maladie,

des occasions brèves et solitaires de passage sur les lieux de traitement de l'infection à VIH. Cette tendance des hommes à préférer la solitude sur les lieux de prise en charge quand ils n'ont pas un souci particulier de santé qui exige l'expertise et le « care » féminins, laisse apparaître un aspect individualisé des relations de genre dans le couple qui renvoie à la « séparation genrée des espaces » de vie entre le féminin et le masculin dans la société *moose*. Cette séparation genrée des espaces, appliquée dans le champ de la santé dans les familles projette les hommes, jadis reconnus dans des recours de protection de la famille dans le registre du magico-religieux (divination), et qui doivent désormais se repositionner dans des services de santé. Les risques que cela suppose pour l'honneur masculin justifient aussi la préférence des hommes pour une démarche solitaire, tant que la présence de la femme n'est pas rendue indispensable par une quelconque invalidité de leur part. Le pragmatisme de ces lieux apparaît davantage en phase avec la nature des recours de santé des femmes dans la société *moose* traditionnelle, recours essentiellement orientés vers les *yaamde*¹⁷⁸ qui caractérisent la phytothérapie pour la santé des enfants et de la reproduction. La préférence masculine pour une démarche solitaire permet de questionner également l'opérationnalité de la notion de couple dans un système *moaga* polygamique renforcé par la séparation des espaces féminins et masculins, et qui présente davantage des individus « genrés » dans des ménages

Des hommes malades qui ne parviennent pas à annoncer, et qui passent clandestinement dans les structures

Plusieurs maris séropositifs n'annoncent cependant pas leur sérologie VIH à leurs épouses (Annexes 4-1-a, tableau 8). Leur principale motivation est une « incapacité à dire », qui pourra être analysé en rapport avec les attributs sociaux du genre. Ils sont cinq hommes à n'avoir pas fait l'annonce à leur épouse, alors qu'ils sont eux-mêmes engagés depuis plusieurs années dans la prise en charge. Bakary, est un comptable *Samo* de 43 ans marié à une fille *Samo* ménagère de 23 ans. En décembre 2004, l'homme venait d'apprendre sa séropositivité suite à un long parcours thérapeutique de trois ans qui l'avait conduit des dispensaires de quartiers au centre national de lutte contre la tuberculose (CNLAT). Il avait également souffert de « koko » ou hémorroïde, qu'il avait traité en vain chez le père César¹⁷⁹. Il se plaint d'une grande fatigue et de problèmes dermatologiques (boutons notamment), qui commencent à inquiéter sa femme. Il dit également qu'il vient de quitter son emploi par ce qu'il n'était plus payé depuis 15 mois, pour un salaire mensuel de 35 000 F. Aucun de ses deux frères et de sa sœur informés de sa sérologie, ne peuvent l'aider ni financièrement, ni pour rassurer sa femme mariée depuis seulement quatre ans, et mère de son garçonnet de trois ans. Selon Bakary, le problème n'est pas sa santé ; ni la peur de mourir. Il dit avoir peur par-dessus tout, de la réaction de sa femme. C'est la raison pour laquelle il ne peut pas lui annoncer sa sérologie, bien qu'ayant arrêté les relations sexuelles avec elle depuis qu'il connaît sa sérologie pour ne pas augmenter les

178 Bottes de plantes phytothérapeutiques proposées par des tradi-praticiennes pour eservant aux soins des enfants.

179 Désignation populaire des points de vente des plantes phytothérapeutiques de la société PHYTOSALUS créée par le père Cesar, un Camélien reconnu dans le milieu de la valorisation des remèdes traditionnels au Burkina Faso.

risques de contamination. Hébié, un chauffeur *Gurunsi* de 38 ans est également dans la même situation de découverte récente de séropositivité, de perte d'emploi, de problèmes préoccupants de santé, avec également une jeune épouse de 25 ans qui ne manifeste pour l'instant aucun problème particulier de santé. Il exprime encore le choc qu'il a lui-même subi en apprenant sa séropositivité, alors que la perte de son emploi ne lui permet plus d'avoir des ressources ni pour se soigner, ni pour entretenir sa femme ménagère, et son fils de 6 ans. Pour lui, sa femme ne pourra jamais supporter cette annonce de séropositivité dans un contexte de manque de ressources qui ne laisse aucune perspective d'amélioration de la situation. Il présente ici son souci pour sa santé qui décline et ses démangeaisons qui persistent comme secondaires devant la question de l'annonce qu'il ne peut pas faire à sa femme : « *Ah ! Ce que je pense est difficile. Oui, c'est difficile, c'est difficile, c'est difficile, je ne sais pas quoi penser. Je vais attendre un peu, parce que j'ai peur et je ne me sens pas bien. J'étais presque au stade d'être enterré et ça n'a pas été le cas. Si tu commences à te sentir mieux, dans ta tête, tu deviens quelqu'un, n'est-ce pas ? Maintenant tu vas dégrader¹⁸⁰ en disant qu'il y a ce problème, et si elle a peur comme ça a été ton cas, et si ça devient un problème, mais si tu laisses tout avec Dieu, elle le saura forcément (...). C'est parce que j'ai commencé à me balader pour me soigner et ça ne s'améliorait pas, et que je suis allé faire l'examen pour savoir. Et c'est devenu un problème¹⁸¹. ...Tu n'a pas l'esprit tranquille... ».* C'est donc davantage l'information sur l'existence de ce virus dans son corps qui est présenté comme un problème insurmontable pour Hébié, davantage que le souci de sa santé ou de sa vie. Lucien un fonctionnaire *moose* de 40 ans quant à lui, inscrit le refus de l'annonce à sa partenaire dans une peur globale et plus renforcée du dévoilement de sa sérologie VIH positive qui l'empêche de se présenter sur les services publics de prise en charge, alors que son salaire ne lui permet qu'un accès partiel à des produits coûteux dans la médecine alternative¹⁸². Cette peur particulière est associée à la honte qu'il pourrait lui-même ressentir d'apparaître infecté par le VIH, non seulement son lieu de travail, mais encore plus vis-à-vis de sa femme. Le décès de Lucien après le seul entretien ne nous permet pas d'expliquer davantage cette peur que nous n'avons rencontrée chez aucun autre enquêté. De façon plus atténuée, la peur de se voir abandonner par ses deux épouses a été exprimé par Amidou, un jeune commerçant *moose* de ferrailles de 38 ans, et conduira ce dernier à taire également sa séropositivité, ou plutôt à ne pas le confirmer puisque des rumeurs lui étaient déjà parvenues à propos de son infection. Ces rumeurs avaient déjà selon lui occasionné la fuite de la plus jeune de ses épouses. Il entendait donc retrouver la santé, reprendre sa place de plus riche commerçant de sa province, avant de confirmer sa sérologie à la première épouse. Pour le moment, il était encore trop malade pour se passer de son assistance au cas où elle aurait l'idée de désertir comme la dernière. Tasséré, était également l'un des plus riches commerçant de la capitale, et développe depuis des années des maladies qui,

180 Terme en français utilisé par l'enquêté pour dire qu'il part d'une situation où l'apparente amélioration de sa santé commençait à rassurer sa femme ; il trouvait donc que le moment était mal choisi pour faire une annonce qui apparaît comme une condamnation et pour lui qui risque la mort immédiate, et pour elle dont l'avenir s'assombrit pour elle (veuvage, infection par le VIH, perte de ressources).

181 Il veut dire que depuis qu'il sait qu'il est infecté par le virus du VIH, il peur ; ce qui n'était pas le cas avant.

182 Prend ses produits à Lifelong quand il dispose de l'argent nécessaire.

bien que différentes des maladies opportunistes classiques finissent par l'inquiéter sur la confidentialité de son infection par le VIH. Mari de deux femmes ennemies, et ayant pris parti pour la seconde, il s'est positionné de fait comme l'adversaire de la première. travers les stratégies multiples de positionnement des femmes par rapport aux avantages de leur mariage avec un homme particulièrement fortuné, et dans ses rapports difficiles avec l'une des femmes, Tasséré redoutait l'utilisation de l'information sur sa séropositivité dans son propre ménage. Il mourra en 2006 avec ce qu'il croyait garder comme secret, puisque la grande implication de sa seconde femme dans le traitement avait permis à cette dernière d'accéder à l'information au moment où lui-même tombait dans le coma suite à une atteinte nerveuse.

travers ces cinq cas (Bakary, Hébié, Amidou, Tasséré, Lucien), cette récurrente « incapacité à dire », apparaît reliée dans les discours masculins, d'abord, à la valorisation de la capacité de l'homme (ici prise à défaut par sa faillite à se préserver). Elle est également autant liée à la peur des hommes de se voir abandonner par l'épouse, et de perdre ainsi les bénéfices vitaux du « care » féminin, après avoir souffert du défaut de son expertise sur les lieux de soin (refus d'annonce oblige). La faiblesse de l'annonce au niveau du couple est également relevée dans une étude. Quand les PvVIH consentent à l'annonce, elles le font davantage à leurs géniteurs ou leurs frères et sœurs (74,5 %), plutôt qu'à leur conjoint (7,1 %).

Face à la maladie, un besoin de l'expertise féminine qui justifie toutes les stratégies

Les cas d'annonces rapides de la sérologie positive de l'homme dans les couples montrent une évolution différente de la situation sérologique de la femme, tout en présentant un autre profil d'homme face à l'infection et aux lieux de sa prise en charge. Mathieu, un fonctionnaire *Lobi* de 41 ans dépisté VIH+ en 2001 en a fait l'annonce immédiate à sa femme ; le test a montré que cette dernière est restée séronégative. Il en est de même pour Paul, un *Moose* 32 ans qui est lui-même transporté à l'association en 2002 au plus fort de sa maladie par sa femme, et dépisté séropositif, verra sa femme testée en même temps que lui, cependant séronégative. Il en sera de même pour l'épouse d'Elimane, un routier *Moose* de 39 ans, testée séronégative à la suite de son mari nouvellement dépisté séropositif, en décembre 2002. Chacune de ces trois annonces était motivée par le besoin de l'homme de la participation de son épouse à sa prise en charge. Mathieu qui occupait alors une fonction hautement compétitive et sensible pour la sécurité du pays avait besoin de sa femme pour soutenir d'éventuelles défaillances de sa santé, et réduire au mieux les effets négatifs de cette infection sur son efficacité. Il avouera d'ailleurs avoir perdu une occasion de promotion professionnelle du fait de cette infection ; il ajoute également que son annonce précoce est motivée par sa connaissance précise de l'origine de son infection (une ancienne relation amoureuse malencontreusement relancée), et le souci de ne pas infecter sa femme pour qu'elle garde sa santé et puisse s'occuper et de lui et de ses deux enfants (une fille de 13 ans et un garçon de 8ans). Paul est dans une relation de maternage avec sa femme quand son infection se déclare. Nettement plus corpulente que son mari, c'est d'ailleurs elle qui le portera sur son

dos pour le transporter à l'association située dans le voisinage de leur domicile, alors qu'il avait perdu l'usage de ses jambes. Elle était donc au devant de sa prise en charge et ne pouvait ne pas être informée puisqu'elle devait pouvoir continuer ce rôle de « care » dans la prise en charge de l'infection. Parmi tous, le cas d'Elimane est le plus inédit et montre jusqu'où un homme peut aller pour bénéficier de l'expertise des femmes sur les lieux de soin, mais aussi de leur rôle de « care » dans la gestion domestique de la maladie. Elimanee jeune routier en pleine activité entre plusieurs capitales de la sous région est contraint par la maladie à un arrêt momentané pour cause de soin ; ses multiples dermatoses et particulièrement les démangeaisons l'orientent vers une association de lutte contre le VIH où il est testé VIH positif et inscrit, tout comme sa femme séronégative, comme bénéficiaires des services de l'association, parmi lesquels le suivi médical, les animations, mais aussi les groupes de parole qui sont des cadres d'échange entre personnes séropositives.

L'analphabétisme et cel de sa femme sont présentés par Elimane comme une contrainte majeure à leur accès aux consignes des soignants, mais aussi aux idées qui sont véhiculées au cours des séances d'animation et des groupes de parole. Par ailleurs, doutant de l'engagement de sa femme séronégative, Elimane ira jusqu'à lier amitié avec une fille séropositive rencontrée sur les lieux de prise en charge, et qu'il présentera également comme étant son épouse. C'est à cette fille séropositive qu'il demandera aux responsables associatifs de la prise en charge de remettre tout message ou tout produit qui lui est destiné. Il ira plus loin dans sa vie sociale, en présentant cette fille à sa femme, tout en organisant entre ces femmes des séances d'échanges d'expérience sur la prise en charge d'un malade séropositif, notamment autour des consignes alimentaires et de la préparation des repas. Elimane explique : *« Non ce n'est pas ma femme, j'ai rencontré cette dernière au lieu de soin (...) ; je l'ai vue, je n'ai personne a qui parler de la maladie (...). Comme elle est allée à l'école, elle a les documents. Comme je vais en voyage je peux ramener des trucs. Telle sauce se prépare comme ça, telle feuille contient telle vitamine, on a besoin tel truc dans la sauce. Quand, elle prépare et je mange, (je me sens bien)..., quand je suis à Ouaga il n'y a pas de problème ; c'est lorsque je vais en voyage que je suis malade. Quand je mange chez moi à la maison c'est aussi un problème, ya yelle »*. Et il ajoute en moore : *« Tund faa lebga wa laaga nin liinga mosan »*, ce qui veut dire : *« Nous sommes tous devenus comme un plat et son couvercle¹⁸³ »*. Il poursuit : *« Comme elle m'a compris, je ne la vois pas comme une femme, et elle ne voit pas comme un homme¹⁸⁴. Lorsque je vais en voyage, et qu'il y a une causerie quelque part, je lui donne de l'argent, du carburant et je lui dis, « va écouter ». Lorsque je reviens de voyage et que j'arrive à la maison, après avoir déposé mon sac, je cours directement chez cette femme. Je dis il y a quelles nouvelles par rapport au problème, elle me dit il y a ceci, il y a cela, de ne pas m'en faire car on ne va pas mourir. Je dis Ah bon !, Elle me dit on peut aller ensemble pour que tu ailles vérifier par toi même, on a dit si tu manges ceci ou cela, tu prends tel médicament correctement. Et puis elle dit qu'elle a beaucoup souffert de la*

183 *Nous sommes devenus un esprit ; degré supérieur de complémentarité et de solidarité agissante dans la maladie. Ils ne peuvent pas se détacher.*

184 *Elimane précise là qu'il ne s'agit pas de relations amoureuses entre eux, mais bien d'une stricte solidarité entre malades. Mais comme la société ne peut pas comprendre complexité, il préfère afficher au niveau de l'association et dans le quartier une relation de couple avec elle.*

maladie (...) ». Il poursuit « Sen Kaosa bugumin, m'mi a maasom ziiga¹⁸⁵ », ce qui fait référence à sa longue expérience de la maladie et de ce que cela peut rapporter de positif à Elimane. Il ajoute « Lorsque je lui dis que j'ai mal au ventre, elle me dit va acheter tel produit, achète ceci ou cela, met ça ensemble. Lorsque j'arrive je fais ce qu'elle m'a conseillé, ça marche toujours [RIRE]. Ce qui m rapproche d'avantage à elle, je fais quelque fois des dépenses (pour elle), mais cela n'est pas un problème dans la mesure où je n'ai personne (d'autre) à qui parler de mon problème. C'est comme ça l'histoire de cette femme et moi (...). Quand ma femme a commencé à me faire des histoires, après j'ai pris le temps de lui expliquer la situation ; après, elle a compris. Une fois la femme de l'association est venue chez moi montrer à ma femme comment elle doit préparer la sauce, comment préparer la nourriture, lui donner des conseils sur ce que la maladie n'aime pas, il ne faut pas qu'elle fasse que je sois en colère (...). J'ai dit à ma femme que cette femme le problème, et moi aussi j'ai le problème. Comme la femme est scolarisé et qu'elle a une bonne connaissance du problème et moi je suis dans l'obscurantisme, c'est pour cela je me suis rapproché d'elle pour bénéficier des conseils, et cela peut me permettre vivre et de ne pas mourir tôt, voilà. Voilà, ce qu'on peut faire ensemble, comment nous allons vivre ensemble, elle explique tout cela à ma femme. Quand je vais en voyage, j'appelle ma femme d'aller voir la femme de l'association, j'ai peur qu'elle ne me lâche (...). La femme de l'association habite en famille, mais (...) lorsqu'elle a besoin de quelque il faut que je sois là. Dans sa famille les gens pensent que je sors avec elle ».

Dans les cas de Mathieu, de Paul et d'Elimane, l'annonce précoce de la séropositivité du mari à la femme est motivée non seulement par la valorisation de l'expertise des femmes mais aussi de leur rôle de « care » qui rend leur intervention déterminante. Même séronégatives, elles accompagnent les hommes ou se substituent à eux sur les lieux de traitement. Un rôle similaire est joué par les femmes dans les couples séropositifs constitués sur les lieux de prise en charge ; nous reviendrons plus loin sur les cas de François, marié à une femme séropositive, et d'Iréné qui est en voie de remariage avec une fille séropositive.

De rares couples séropositifs suivis, un autre rapport à l'infection et au genre

Parmi les hommes interviewés, six sont des veufs dont trois sont remariés au moment des entretiens ou engagés dans des relations en vue de leur remariage, vivant déjà maritalement avec des femmes (Annexes 4-1-a, Tableau 4 & 9). Nous avons vu plus haut comment les deux premiers veufs, Tambi Salfo et Khalifa sont restés sans réaction devant certains signes évocateurs de l'infection à VIH chez leur défunt(e)s épouses, qu'ils ont attendus six et quatre ans avant de faire leur propre test ainsi que celles des femmes qu'ils avaient épousées en seconde noces, et que ces femmes s'étaient toutes avérées séropositives, comme eux. Les décès des femmes remontent respectivement à 1994 et 1998, et les

185 Traduction : celui qui a duré dans le « feu », (pour dire un lieu brûlant), sait où se trouve sa partie la plus fraîche. Pour dire que la femme à l'expérience de la maladie, elle connaît les solutions (remèdes/médicaments/traitements) aux différents maux qui peuvent en découler.

secondes noces, en 1995 et en 2003. Entre 2003 et 2005, nous avons vu à travers les cas des hommes séropositifs (Bakary, Hébié, Lucien, Tasséré et Amidou), comme « l'incapacité à dire » exposait leurs épouses à l'infection, tout en compromettant leur propre accès au soutien de ces dernières sous forme d'expertise sur les lieux de soin ou de « care ». Le décès de trois de ces hommes (Hébié, Lucien, Tasséré) entre 2005 et 2006, sans faire l'annonce, et l'inaccessibilité de Bakary depuis son retour de santé ne permet de poursuivre l'analyse sur leur cas. Le dernier de ces hommes, Amidou le *moose* commerçant de ferrailles bien que vivant en province est le seul à rester en contact avec nous jusqu'à l'arrêt des travaux de terrains en janvier 2009. L'évolution de ses relations avec l'infection à VIH, l'annonce en rapport avec ses relations de genre dans le couple, laissent apparaître des changements par rapport à sa situation initiale et rejoint d'autres cas dans de nouveaux rapports à l'infection dans le couple.

En mars 2005, Amidou dont les deux femmes ont chacune moins de 30 ans. Les cinq enfants de la première femme sont tous morts en bas-âge, sauf le dernier qui a moins de deux ans et qui est très malade. La seconde a eu deux enfants qui sont également décédés en bas-âge. Lui-même a des céphalées et de petites maladies persistantes depuis près de huit à neuf ans mais n'a découvert sa sérologie que récemment et est immédiatement placé sous ARV. Le retour de santé suite à la prise en charge favorise également la relance de ses activités commerciales. Ce retour de santé et de prospérité est aussi pour lui le retour de toutes ses angoisses en tête desquelles le problème d'enfant. Tous ses enfants meurent. Sa seconde femme vient de désertir la cour familiale. Il exprime clairement un sentiment très fort de défaite due à ses céphalées continues, à la mortalité de ses enfants, et à la baisse de ses rendements. Pour lui, ces trois phénomènes sont le fait d'attaques magiques de ses adversaires, les autres commerçants, jaloux de sa réussite. Amidou confronté à la question de l'annonce exprime alors son « incapacité à dire », dans la mesure où l'une de ses femmes venait déjà de la quitter seulement sur la base de soupçons, au plus fort de sa maladie. Annoncer est alors présenté par lui comme un acte dangereux dans la mesure où il avait besoin de ses femmes pour le soutenir en ce moment. La proposition qui lui était alors faite par les soignants d'impliquer ses deux femmes dans le traitement était bloquée par son refus de l'annonce. En 2006, Amidou qui continue à nous gratifier de ses visites lors de ses passages dans la capitale nous informe que maintenant, avec les conseils de son médecin, il a finalement fait l'annonce à sa première femme qui a été dépistée séropositive à son tour et placée sous ARV. Son enfant aussi, également pris en charge, commençait à prendre du poids. Amidou explique qu'il avait enfin compris, au bout de quelques mois, que la mortalité de ses enfants et ses propres maladies pouvaient être liées à l'infection. Sa motivation pour cette décision risquée pour lui (celle de l'annonce), était d'impliquer la femme dans le suivi. Pour puisse s'investir rapidement, non seulement pour sauver le dernier enfant qui lui restait, mais aussi pour engendrer rapidement d'autres enfants qui vivront grâce au suivi médical, mais aussi pour qu'elle l'assiste lui : d'abord pour la prise des médicaments, ensuite pour l'écoute des conseils dispensés à la radio. Il reconnaît en effet que ses multiples courses pour ses affaires ne lui permettent pas de s'occuper tout seul de son traitement. Quant à la seconde femme qui serait revenue entre temps, elle aurait été renvoyée pour avoir

abandonné le domicile conjugal et n'aurait pas non plus reçu l'annonce de la sérologie du mari. En 2007, lors d'un passage dans la capitale, Amidou nous apporte de bonnes nouvelles de sa famille : sa santé à lui n'a jamais été aussi bonne, et ses affaires non jamais connu autant de succès. Pour preuve, il vient de s'acheter une voiture personnelle alors que jusque-là il n'avait que son seul camion pour le transport de la ferraille. Il vient aussi de casser et de reconstruire toute sa cour « en dur ». Mieux encore, sa femme qui a suivi un programme PTME venait d'accoucher d'un garçonnet séronégatif. Sa seconde femme était revenue une seconde fois le supplier. Finalement il l'avait reprise à nouveau lui avait fait l'annonce de sa séropositivité, l'avait également conduite au test qui s'était avéré positif. Elle était alors en début de traitement antirétroviral. En 2008, cette seconde femme mettra à son tour au monde une fillette séronégative, la troisième à survivre dans la famille désormais prospère d'Amidou. L'effet de la sensibilisation sur Amidou et son rapport à l'infection dans son couple apparaît clairement, non seulement dans l'évolution de sa position par rapport à l'annonce à ses femmes, mais aussi dans la réduction de sa référence à une attaque magico-religieuse. L'homme en 2007 ne parle plus de sort ni de malheur. Son discours plus pragmatique sur l'évolution de la santé dans sa famille peut être considéré comme une démarcation par rapport à ses anciens référents culturels de la maladie.

Les cas de deux autres veufs qui initiaient des relations de remariage en 2005 montrent également cette évolution dans le rapport des hommes à l'infection, en relation avec les rapports de genre dans le couple. Pour Victor et Iréné, le contact qui a été maintenu avec le chercheur après la première phase des enquêtes qui a duré de 2003 à 2005 a été une occasion d'expression de leur angoisse liée à l'annonce. Le suivi de chacun de ces cas sur trois ans, de 2006 à 2009 montre, au-delà des différences dans les prises de positions des deux hommes, une seule et même réalité : l'expression d'une volonté de ne pas infecter, et qui contribue à atténuer les conséquences d'une persistante « incapacité à dire ». Iréné rencontré en 2003 un cadre supérieur de 40 ans, ambitieux engagé dans la construction d'une villa de luxe, « jusqu'à ce que ciel lui tombe sur la tête » pour reprendre ses propres expressions à propos de l'avènement du VIH dans sa vie. Cet avènement suspend tout projet et laisse Iréné et sa fillette de six ans endeuillées dans leur villa en chantier, abandonnés par les amis et la famille, las d'aider indéfiniment. Iréné explique qu'en 2001, le sida est à l'origine du décès de sa femme enceinte infectée, et de l'arrêt de son contrat travail. La mort de sa femme en grossesse, mais surtout le souvenir de l'atteinte cérébrale qui l'avait rendue folle à la fin de sa vie sont encore exprimés par Iréné avec beaucoup de souffrance. Avec l'obtention des ARV en 2004, il avait lui-même retrouvé la santé et était à la recherche d'un nouvel emploi. Compte tenu de ses bonnes qualifications, Iréné ne tarde pas à obtenir un nouvel emploi et à relancer tous ces projets parmi lesquels un remariage. Une première relation amoureuse initiée en 2006 avec une collègue de service sera vite confrontée à la question de l'annonce. Iréné malgré ses efforts avoue son « incapacité à dire », au vu des risques qu'il encoure. Il craint que la fille en cas de refus de son offre, puisse aller rapporter ailleurs l'information sur sa sérologie. Entre annoncer et ne pas annoncer, Iréné avoue que le souvenir des souffrances atroces de sa femme avant le décès de cette dernière lui interdit d'exposer

délibérément qui que ce soit à l'infection. Par conséquent, puisqu'il n'arrive pas à annoncer, et que la fille s'impatiente, il préfère la rupture en 2007. Cette rupture consacre une nouvelle relation tissée dans les mois qui suivent par Iréné cette fois-ci sur les lieux de prise en charge, et qui aboutira à un mariage en 2008, puis à la naissance de son garçonnet en 2009.

Victor, *moose*, 38 ans en 2003 connaît tout comme Iréné, la maladie et le décès de sa femme qui lui font suspecter l'infection à VIH. Son propre test confirme sa séropositivité au VIH, alors qu'il a perdu son entreprise de soudure, et doit s'occuper de sa fille de 13 ans. Financièrement épuisé par la maladie, et n'obtenant pas le crédit attendu dans l'association pour relancer ses activités, Victor assure pour le moment un travail bénévole dans son association qui ne lui donne pas assez de moyens pour entretenir une femme. Il nous relatera néanmoins en 2007 une sorte d'agression féminine, puisqu'une fille connue de longue date dans son quartier décide de s'installer chez lui, le laissant tenaillé par la contrainte de l'annonce de sa sérologie. Pendant la phase de concertation entre l'enquêté et le chercheur pour trouver la meilleure stratégie, l'homme reconnaîtra un jour avoir cédé à la tentation de l'acte sexuel. Il s'en suivra une annonce de la séropositivité de l'homme qui laissera de marbre la fille. Victor comprend ensuite que cette fille qui a suivi, en tant qu'habitante de son quartier, la maladie et le décès de sa femme, puis ses propres problèmes de santé le suspectait déjà d'être infecté, mais tenait assez à lui pour accepter néanmoins de partager sa vie. Le test du couple qui sera fait ensuite à l'annonce d'une grossesse¹⁸⁶ sera heureusement négatif pour la future maman.

D'autres couples se constituent sur les lieux de prise en charge, rassemblant des hommes et des femmes séropositifs. La fin de la première phase de ces enquêtes en novembre 2005, nous notons trois couples constitués dans l'année, dans une même association. Parmi ces couples, celui de François, un jeune *moose*, de 35 ans, chauffeur-mécanicien dans l'administration, qui se marie avec une jeune fille bénévole qu'il a connue dans la même association, et qui s'était particulièrement bien occupée de lui quand il était arrivé totalement affaibli et perdu. Pour François, c'est grâce à elle qu'il est toujours en vie. Et grâce à elle également, il n'est pas considéré comme un quelconque patient dans l'association, mais comme le mari de Son mariage avec une prestataire de soins dans l'association fait de François un patient à part qui a toutes ses entrées. Il avoue également sa fierté d'avoir une telle femme, et ne rate pas une occasion de s'afficher avec elle dans l'association aux heures creuses, et aux réunions. Néanmoins, il reconnaît qu'il n'est pas lui-même assez respectueux des consignes médicales, et s'appuie surtout sur la double expertise de sa femme, en tant que femme, mais aussi en tant que soignante. Patient privilégié, il se fait relayer par sa femme pour le retrait trimestriel des doses d'ARV. Sa femme que nous avons également rencontrée reste critique sur les négligences de François dans le suivi du traitement et sur sa tendance à multiplier les aventures féminines, même au sein de l'association.

L'évolution du rapport de ces cinq hommes séropositifs à l'annonce (Amidou, Victor, Iréné, François), mais aussi aux relations de genre et dans la maîtrise de l'infection montre, au-delà de la persistance des difficultés d'annonce des hommes, des stratégies masculines de préservation des femmes des risques

186 L'initiation de cette grossesse voulue par le couple a fait l'objet d'un appui médical pratiqué par le médecin de l'association.

d'infection. Ces stratégies qui s'orientent souvent vers des femmes déjà séropositives sont en elles-mêmes révélatrices de la persistance dans le temps de la difficulté masculine de l'annonce (Amidou, Victor, Iréné). En cela, la fuite d'Iréné face à l'insistance de son amie de sérologie inconnue pour engager une vie de couple donne la mesure de la difficulté des hommes à avouer une sérologie VIH positive.

Ces couples qui présentent une démarche moins entachée de représentations anciennes des relations de genre et du sida, sont moins rares sur les lieux de soin. Moins rares car les conjoints dans ces couples n'expriment pas de gêne quelconque à être vus sur les lieux de soin. Néanmoins, comme les autres couples, leurs démarches thérapeutiques sont plus souvent individuelles en ces lieux, rappelant la notion de séparation traditionnelle des espaces féminins et masculins dans la société *moose*. Dans ces couples, apparaît également le phénomène récurrent du besoin que les hommes expriment, de l'expertise féminine dans les services de santé, mais aussi leur dépendance vis-à-vis du « care » des femmes (François, Amidou).

L'évolution du rapport des hommes séropositifs à l'annonce dans le couple laisse apparaître un maintien des difficultés d'annonce de leur infection, qui sont exprimées dans les mêmes termes, du début de ce terrain, en 2003 (Bakary, Hébié, Amidou, Tasséré, Lucien), à son arrêt en 2009. Ces difficultés d'annonce restent associées au décès de trois de ces quatre hommes, sans évoquer le sort de leurs épouses. Les données disponibles en matière d'annonce tardive (Kamin, Tambi Salfo, Khalifa), accentue fortement les risques d'infection pour les épouses. Les derniers cas évoqués, ceux de Victor et Iréné en 2006 et 2007, s'ils montrent la persistance des difficultés des hommes à l'annonce, montrent aussi que l'amélioration du niveau d'information des populations sur l'infection permet de réduire les risques de transmission. Il s'agit notamment des stratégies qui orientent préférentiellement hommes séropositifs en quête de conjointes vers des femmes déjà séropositives (François, Iréné). Cette stratégie est en elle-même révélatrice de la persistance dans le temps de la difficulté masculine de l'annonce (Amidou, Victor, Iréné). Le maintien dans le temps de cette difficulté exprimée par les hommes à annoncer aux femmes renvoie à l'autorité masculine particulièrement forte dans la société *moose*, et qui s'oppose à toute idée de défaillance de l'homme (Gruénais, 1985).

Dans la dernière partie, l'évolution de la représentation de « son sida » par Amidou, passe de l'idée d'un sort à action multiple jeté par ses ennemis (mort de ses enfants, ralentissement de ses affaires, maladie pour lui-même), à une maladie du corps aux effets connexes sur les conjointes et sur leur progéniture par transmission sexuelle et maternelle du virus. L'idée d'un nouvel pragmatisme masculin favorable à la prise en charge reste néanmoins associée au maintien de l'image d'un « sida défaite » qui s'oppose aux valeurs masculines de capacité, notamment celle de savoir se prémunir du malheur qu'est, et reste, cette infection. L'utilisation des résultats récents de la recherche (la technique de la conception dans les couples séropositifs ou sérodifférents permet aux couples infectés de poursuivre leurs projets de vie en tête desquels les projets d'enfants, pour rattraper une mortalité infantile engendrée par l'infection (Amidou), ou pour éviter la transmission du virus du père à la mère (Victor), ou pour assurer une sérologie négative à un enfant de père et de mère séropositifs (Iréné).

La durée de cette recherche dans le temps permet également d'observer dans la dernière partie, un phénomène que l'on pourrait qualifier de « retour » et qui consiste à l'abandon de la vie associative pour retourner (et même disparaître) dans les réseaux familiaux et professionnels de sociabilité, dès lors que la santé est revenue et que les activités sont relancées (Isidor, Bakary, Khalifa, Iréné). Ce phénomène, s'il peut rassurer sur la resocialisation des PvVIH au retour de santé après une prise en charge médicale réussie, questionne également sur les perceptions actuelles de l'infection, sur la stigmatisation et sur les motivations de la peur persistante de cette stigmatisation.

Un rapport différent des hommes et des femmes aux représentations négatives du sida

Une maladie de femme qui « attrape » l'homme

Des études antérieures à celle-ci ont déjà traité des représentations du sida qui projettent l'infection comme une « maladie de femme », *pug-banse*¹⁸⁷ en moore. Cette notion cumule en fait deux significations. La première est la présentation de l'infection comme une maladie qui concerne essentiellement les femmes. Cette représentation est alors mise en lien avec l'importance numérique des femmes généralement observée sur les lieux de prise en charge et que nous avons analysé plus haut. La seconde est la présentation de la femme comme la principale vectrice de l'infection, et de l'homme comme celui qui est exposé à cette infection par le truchement des relations sexuelles. Le sida est en effet analysé comme l'une des maladies transmises lors d'un rapport sexuel ; la catégorie nosographique des *pug-banse*, qui regroupe l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (IST), parmi lesquelles le *sopisi*¹⁸⁸ qui s'exprime sous la forme d'une blennorragie, ou encore le *pug-koosgo*¹⁸⁹ qui se révèle par une toux persistante, et qui inclut désormais le sida du fait d'un effet plus socialement marqué de la transmission sexuelle du virus. L'intégration du sida dans cette catégorie ne s'accompagne pas de références médicales, mais est plutôt issu d'un diagnostic populaire établi à partir de l'association de manifestations précises, en tête desquelles les diarrhées chroniques, l'amaigrissement majeur, les lésions dermatologiques (EGROT, 2003 : p. 222).

Le sida *bug-banga*¹⁹⁰ est généralement perçu comme une maladie que supporte plus facilement et plus longtemps la femme, contrairement à l'homme qui a tendance à y succomber de façon précoce. Au cours d'un entretien de groupe mixte en février 2007, un homme disait : « *Si la maladie atteint en même temps un homme et une femme dans une cour, soyez sûr que l'homme succombera plus rapidement que la femme, Baanga tara pang ni raoua n yide paga, la maladie sévit davantage chez l'homme que chez la femme. Par exemple, ma femme, j'ai appris plus tard que c'est le VIH qui avait tué celui avec*

187 *Pug-banse* est composé du radical *pug*, vient de *paga*, femme, et désigne en moore toute chose qui a trait à la femme ; *banse* est le pluriel de *banga* un nom commun qui signifie maladie.

188 Prononciation de « chaude pisse » en moore.

189 *Pug-koosgo* composé également composé du radical *pug*, vient de *paga*, femme, et de *kosgo* qui veut dire toux ; il s'agit ainsi de la toux provoquée par la femme, et qui serait transmise par la femme qui tousse, à l'homme, lors des relations sexuelles.

190 *Pub-banga* est le pluriel de *pugbanse*

qui elle vivait avant d'arriver chez moi. Quand elle s'est installée chez moi elle était en bonne santé et je n'avais aucune raison de douter d'elle. C'est seulement trois ans après que j'ai commencé à me sentir mal. Mais elle, elle va toujours bien. Voici trois ans de cela que je suis traité ici. C'est moi et l'enfant qui sommes tombés malades, mais elle, elle va bien». En plaçant sa femme à l'origine de son infection, en insistant sur la bonne santé toujours affichée par cette dernière, et sur sa maladie depuis trois ans, cet homme justifiait sa difficulté à se prémunir de cette infection par la résistance particulière des femmes. Cette résistance féminine à l'infection contribuerait ainsi à relativiser l'efficacité des efforts masculins pour éviter de tomber dans le piège du sida.

Les *pug-banse* - tout comme les autres maladies nosographique *moose* -, « *attrapent* » les personnes, ici notamment les hommes, qui ne savent pas s'en prémunir. L'auteur en signalant l'utilisation des verbes d'action « *attraper* », « *gagner* » « *suivre* » dans le vocabulaire *moose* pour désigner l'acquisition d'une maladie, et aussi « *passer* », « *traverser* », « *enjamber* » pour désigner la transmission des maladies, illustre un contexte où la maladie prédatrice agit à travers des pièges. Les représentations du sida désignent une catégorie de femmes qui constituent ces pièges, auxquels l'homme, reste exposé dans une société polygame dans laquelle l'espace du multipartenariat masculin peut dépasser le cadre matrimonial. Les représentations désignent certaines femmes comme étant davantage vectrices de l'infection : les femmes qui n'affichent pas un mari, notamment les prostituées, mais aussi les jeunes filles, veuves, femmes divorcées, sont présentées comme étant particulièrement à risque d'infection à VIH. Une séquence du discours de Natou est particulièrement significative de cette relation entre la fréquentation des serveuses dans les bars, encore appelées « femmes de bar », et l'infection des hommes qui expose également leurs épouses. ce propos, le récit de son infection et la relation qu'elle établit a posteriori avec la fréquentation d'une femme de bar par son mari est significatif. Pour, elle, son mari s'est d'abord infecté au contact de cette femme avec qui il s'est même mis en ménage pendant quelques temps : « *S'il sort comme ça, c'est deux, trois jours (...). C'est après maintenant qu'il est venu avec la photo de la « barman »-là*¹⁹¹. Et quand j'ai vu, j'ai dit : *Djaaa, c'est ta copine ! Après maintenant, quand il sort, c'est pour une semaine (...). Après 10 jours. En 1995, la femme en question est morte. Elle est tombée malade...tombée malade...Jusqu'à ...finir comme ça*¹⁹². Après quoi elle aurait interpellé son mari en disant : « *Tâche de ne plus refaire la même chose...surtout avec les femmes de bar. Parce qu'avec les femmes de bar, nous risquons des maladies* ». Elle aurait également émis des inquiétudes, par rapport aux conséquences de cette maladie sur la santé de son mari et par déduction sur sa propre santé « *Mais je ne sais pas ce qui m'attends demain !* ». Par la suite, elle relie sans aucune ambiguïté son infection à cette aventure du mari « *C'est comme si je savais que j'allais me trouver dans ce problème-là* ». Elle évoque également d'autres personnes, et notamment des amis qui avaient établi une relation entre la fréquentation de la femme de bar et les risques de son mari de s'infecter, et qui l'avaient mise en garde : « *Il y a un de ses amis qui m'a appelée un jour, il m'a dit que : 'Ha ; tiens-toi loin de ton mari-là parce que la femme là, ...est morte de*

191 Pour dire fille de bar

192 Finir : terme utilisé localement pour désigner l'amaigrissement extrême d'une personne.

ça' ». Le décès de la fille en 1995 et le début de la maladie de Natou en 1998, soit trois ans plus tard confortent Natou quand à l'origine de son infection, et elle le rappelle ainsi à son mari « *Quand j'ai fait le test, je suis allée, je lui ai dit 'Voici les. Moi je savais que si cette maladie-là devait venir autrement, moi je sais qu'elle ne m'aurait jamais attrapée. Mais comme toi tu es allé dans les bars, nous sommes tous les deux mouillés. J'ai fait tous les bilans, moi je suis séropositive. Et je sais très bien que toi aussi tu as ça. (...)* ». Ce discours projette les femmes sans mari, comme vectrices du « sida » qui est ensuite transmis aux hommes qui le transmettent à leur tour à leurs épouses ou autres conjointes attirées. Certains travaux montrent en effet, à travers l'institution du *yoobo* dans la société traditionnelle *moose*, comment il est possible pour un homme, même marié, d'inviter à son domicile une « amie » qui peut rester dans sa maison un ou plusieurs jours, et qui peut revenir à plusieurs reprises. Cette disposition qui relative la notion de fidélité pour l'homme, s'oppose à la description de cette fidélité comme étant obligatoire pour les femmes (Taverne, 2009 : p. 515). Transposée dans la capitale, Ouagadougou, cette disposition justifie une liberté sexuelle des hommes, mariés ou non, et l'impuissance généralement affichée de leurs épouses, face à ces agissements. La liberté sexuelle ainsi accordée à l'homme tranche néanmoins avec la sévérité du regard social, dès lors qu'il est soupçonné « d'avoir été attrapé par le sida »¹⁹³, ou plus justement « *de s'être laisser attraper par le sida* ». L'homme reconnu séropositif est donc celui qui, au-delà de toute considération moralisatrice sur sa sexualité, n'a pas été capable d'éviter le piège du sida.

Cette incapacité à discerner peut être provoquée par un acte magique ou un sort quelconque. Dans une société où il apparaît naturel que l'homme détienne, et même accumule des protections magiques (bagues, amulettes) et s'en servent pour protéger sa concession, et sa famille (femmes et enfants), ne pas pouvoir se prémunir du sida laisse envisager une incapacité à se prémunir des attaques occultes. Son infection en serait la preuve. Cette incapacité peut aussi être le fait d'une simple déficience de l'homme, hors de toute offensive magique. Mais qu'en soit sa nature et les causalités, une incapacité de l'homme à éviter le piège du sida remet en cause son aptitude à préserver sa propre vie, et partant son aptitude à protéger ses femmes et enfants du danger. Et plus encore, par la possibilité de transmission sexuelle et de mère à l'enfant, l'homme infecté apparaît lui-même, comme un danger pour sa famille, du fait de n'avoir pas été capable de se prémunir et de prémunir sa famille du malheur. Cette incapacité le rend en retour dangereux pour la famille qu'il est sensé lui-même protéger. Être reconnu par les siens et en particulier par l'épouse comme infecté par le VIH, en présentant le mari, « *zaksoba* » comme « *faillible* » et « *à risque* » pour l'épouse et le reste de la famille, sape ainsi les bases structurales de tout l'édifice familial érigé autour de la position dominante de l'homme. Une telle position ne permet à l'homme ni de faillir ni d'avoir une responsabilité culpabilisante. Les propos de ce magistrat *moose* interviewé en 2007 éclairent davantage l'asymétrie socialement établie de la culpabilité. Féminine par essence, elle est inacceptable pour l'homme : « *Ce qui est malheureux et qui survient dans un foyer, là, c'est toujours du fait de la femme (l'épouse), c'est toujours elle qui est responsable, c'est elle*

193 Terme localement utilisé pour désigner une personne infectée par le VIH, même si cette personne est par ailleurs encore bien portante.

qui est au devant, même en dehors du cas de sida » ; l'homme (le mari) par contre, « puisqu'il est le chef, il ne veut pas se sentir coupable de quoi que ce soit... ». Ainsi se justifie la crainte virile des hommes de s'exclure du « monde des hommes sans faiblesse » (BOURDIEU, 1998 : p. 78).

Le sida comme défaite de l'homme

La quasi-totalité des entretiens relève la honte évoquée par les hommes par rapport à leur infection. Une étude antérieure relève également que cette honte est l'un des motifs du besoin des hommes de préserver l'information sur leur sérologie, même au sein de leur famille (OUÉDRAOGO & al, 2005).

La honte ressentie peut être analysée dans le cas de l'annonce dans le couple, mais aussi dans les représentations masculines du regard social sur l'infection à VIH. Hébié, 38 ans, un chauffeur qui a dû abandonner son travail du fait de sa maladie, qui est dans une « incapacité de dire » son infection à sa femme, se projette ici en tant que séropositif dans son ancien réseau de sociabilité et tente d'expliquer sa relation à l'infection et aux autres ; il précise que cette peur d'annoncer n'est pas à confondre avec la peur de la maladie. Il précise qu'il s'agit de la peur de la honte car « *Si tu dis à quelqu'un et après tu marches, tu vois que la pintade domestique et la pintade sauvage ne se ressemblent pas, n'est-ce pas ? Si tu dis tu deviens comme un animal sauvage, indexé par tout le monde, que tout le monde veut regarder, tu deviens populaire, et c'est un problème* ». Hébié exprime une réalité du pouvoir délétère de l'infection pour lui à deux niveaux : dans la représentation de sa personne en rapport avec l'infection, et dans les conséquences sociales de cette représentation. Premièrement, l'incidence particulièrement négative du soupçon du sida sur les relations sociales fait que la personne reconnue séropositive, ne bénéficie plus de la même considération sociale que les autres ; elle devient différente. Une différence mentionnée davantage dans la valeur sociale de cette personne plutôt que dans son apparence physique, même si les stigmates de l'infection participent à l'établissement du diagnostic social. Des études montrent en effet le caractère délétère de tels soupçons, particulièrement quand les personnes se trouvent dans un contexte conflictuel ou dans une situation économique difficile (OUATTARA, 2004 : p.120). La métaphore de l'animal sauvage et de celui domestique est significative. L'animal sauvage est l'animal qui, parce qu'il n'appartient à personne, est exposé à être chassé et tué par qui le veut. Tout comme l'animal sauvage, l'homme « attrapé » par le sida apparaît comme un paria à la merci de toutes les agressions sociales, en tête desquelles celles de ses ennemis. L'image de faiblesse multidimensionnelle qui est rattachée à l'infection à VIH : incapacité à se prémunir du malheur, vulnérabilité physique, épuisement financier. Cette faiblesse est la négation des notions de capacité, de fierté et de dignité rattachées au statut de l'homme dans la société. Dans un second temps, il ressort de cette expression de Hébié, qu'à la honte d'être faible, se surajoute celle de la dépendance de plus en plus accentuée de l'homme séropositif, notamment sa dépendance aux associations pour bénéficier d'abord de traitements biomédicaux. Il bénéficie ensuite de traitements gratuits dont l'accès est conditionné par la soumission à certaines conditions, notamment celle pour un homme adulte d'exposer devant des personnes souvent plus jeunes que

lui, parmi lesquelles des femmes, des problèmes qui relèvent de son intimité. Mathieu 41 ans, confronté au besoin de demander de l'aide à ses parents malgré ses revenus réguliers de fonctionnaire et sa prise en charge gratuite, exprime ainsi l'effet négatif de sa séropositivité sur sa dignité d'homme : « *Ce n'est pas une maladie digne. Dire ça à quelqu'un, il va se demander comment toi-même tu t'es arrangé. C'est ça qui fait le plus mal* ». Pour Elimane, chauffeur routier prospère et qui se sent envié de tous ses frères avant l'avènement de l'infection, « y a défaite », son « sida » est une vraie défaite. Ce mot « défaite » est également utilisé par Amidou le commerçant de ferraille prospère, qui se sentait jalouxé par tous ses concurrents, quand il a été confronté à son infection. D'autres travaux menés en 2007 et 2008 apportent également des données similaires.

A travers les expressions de Hébie, d'Elimane et d'Amidou, le « sida » apparaît comme une atteinte aux valeurs sacrées de la masculinité que sont la dignité, la fierté et la capacité, entendue comme capacité physique, économique et capacité à se prémunir du malheur. L'importance de la capacité de l'homme dans cette société renvoie dans la vie quotidienne au rôle traditionnel masculin de pourvoyeur de ressources du *zaksoba* pour les membres de sa concession, notamment pour ses femmes et ses enfants. Ce rôle est illustré par l'apport la patrivirilocalité de la résidence, mais aussi par le rôle essentiel des hommes dans l'alimentation familiale à travers l'apport de céréales, éléments de base de préparation du tô¹⁹⁴ (LALLEMAND, 1977 : p. 100). Dans le contexte urbain, cette valorisation de la capacité de l'homme apparaît à travers la monétarisation des relations hommes/ femmes dans le couple (ATTANÉ, 2009 : p. 159), mais pas seulement. Ainsi, les relations amoureuses n'échappent pas à cette monétarisation, particulièrement quand l'écart d'âge est important entre l'homme et la femme. A propos de cette nécessaire capacité de l'homme, une publicité très illustrative de cette capacité socialement associée à la masculinité mérite d'être évoquée ici. Dans les années 1980 où les voitures étaient encore rares dans la capitale, une moto était particulièrement en vogue, avec un coût relativement élevé par rapport aux salaires de cinq cent mille (500 000) francs CFA¹⁹⁵ : la Yamaha dame. Elle était aussi appelée « mon mari est capable », et son succès apparaît autant lié à son appellation populaire qu'à sa résistance. Cette valorisation particulière de la capacité de l'homme, apparaît comme une base sur laquelle s'établissent dignité, fierté et honneur masculins, et s'oppose à la faiblesse multidimensionnelle de la personne infectée. La valorisation de la dignité de l'homme (qui découle de sa capacité) justifie ici la crainte de tout ce qui peut l'entacher, suscitant la honte. Hébié, Elimane et Amidou mettent en avant leur peur de la honte liée à « être attrapé par le sida », plutôt que de la maladie. Contrairement à la femme que sa dépendance et le statut d'étrangère consacre comme la « soupape sociale » dont la répudiation apparaît comme un acte social réparateur, la dangerosité de l'homme apparaît comme un péril pour toute la famille. Il apparaît important de relever ici l'action commune du système social sur les femmes et les hommes, qui contraignent ces derniers à « une sorte d'effort désespéré », que tout homme doit faire pour être à la hauteur de son idée enfantine de l'homme (BOURDIEU, 1996 : p. 76).

194 Plat traditionnel à base de pâte de sorgho blanc ou de petit mil, consommé accompagné de sauce.

195 SMIG : un peu plus de trente mille (30 000) CFA, soit un peu moins de 50 € en 2010.

Les données montrent néanmoins que ce rapport des hommes à l'honneur en relation avec l'infection à VIH n'est pas figé, mais évolue avec le niveau d'information sur le sida et la dynamique des conditions de la prise en charge, comme le montre les cas d'Amidou, de François et d'Iréné.

Des femmes qui portent volontiers l'opprobre du sida dans le couple

Quand les époux craignent de dévoiler leur séropositivité ou celle de leur femme, les discours de femmes indiquent qu'elles acceptent plus facilement d'afficher leur infection, « être attrapé », ou de prendre à leur compte les accusations et autres soupçons, contribuant ainsi à atténuer le regard social sur l'homme. La peur de la stigmatisation est présentée comme une menace pour tous les PvVIH, hommes comme femmes. Christine par exemple, bien qu'elle ait fait l'annonce à son mari et qu'elle n'ait pas peur de s'afficher dans les associations, donne des raisons qui l'amènent à garder le silence auprès de ses voisins : « *Han !!! Vous ne connaissez pas la vie, dès qu'on sait ce que tu as, tu n'as pas eu un problème ? Ils vont se détacher de toi. Ils vont te critiquer, haya !!! Ils vont te lorgner, si tu ne fais pas attention même tu va vendre quelque chose ça ne va pas s'acheter. C'est pas comme ça* ». Face à une peur de la stigmatisation qui est commune aux deux sexes, la décision d'afficher son infection en vue d'un accès à la prise en charge départage les hommes et les femmes. Pour Christine, Safi, Natou et toutes les autres, la femme est celle qui, souvent, porte l'opprobre du sida du couple face à la société.

Le mari de Christine sait sa femme infectée tout comme lui-même, et l'autorise à se rendre sur les lieux de prise en charge bien que lui-même n'y aille qu'en cas d'extrême nécessité, par peur d'y rencontrer un proche qui risque ainsi de divulguer sa séropositivité. Il préfère se faire remplacer par sa femme pour le retrait de ses ARV ou de l'aide alimentaire. Bien qu'il profite des avantages de cette prise en charge, le mari de Christine la met néanmoins en garde de s'afficher sur ces lieux. Bien que l'histoire du couple oriente l'origine de l'infection vers la femme dont le premier mari est suspecté d'être mort de sida, il entend lui faire comprendre qu'il ne partage pas avec elle l'identité de séropositif dans la société. « *Jusqu'à nos jours, il ne m'a jamais lorgnée soit disant que ci ou ça, de par ta faute j'ai le sida quoi quoi, non. Il n'a jamais dit ça un seul jour. Il me dit plutôt que lui il n'a pas le sida, que c'est moi la sidéenne. (Rire). C'est vrai, il me dit ça souvent* ». Le mari de Safi bien que se sachant malade, et sachant notoirement être la source de la contamination de sa femme, refuse néanmoins de se reconnaître comme infecté. Comme le dit sa femme, « *Quand bien même il est malade tu n'oses pas parler de ça devant lui. Tu n'oses pas en parler* ». Tout comme le mari de Christine, l'identité de malade est refusé ici par l'homme qui l'accorde néanmoins à sa femme à qui il reproche une trop grande frénésie dans ses recherches, ce qui abouti à l'information qui condamne le couple « *Il dit que c'est moi qui me suis promenée (guilgi) et j'ai ramené ça (l'information sur leur séropositivité). Que c'est moi qui ai vadrouillé aller apprendre ma maladie et je suis revenue l'informer (...). Que lui il est assis-là, à quoi lui il va penser pour dire qu'il a une telle maladie ? Lui, il n'a jamais pensé qu'il a une maladie quelconque*

(...). Il me dit que c'est parce que j'ai ça en tête ; que ça ne va pas chez moi ; lui il n'a jamais pensé à ça même un seul jour ; il me dit 'c'est toi qui amené tout ça, tout ça c'est toi qui t'ai promenée (guilgi) et tu as ramené ça' ». Pour cet homme, c'est « nommer » qui fait exister le mal, et le projette lui, comme séropositif. Et c'est ce que confirme ainsi sa femme : « Ouhoum, venir l'informer là, ça lui a fait mal. Il dit que je ne devrais pas, que c'est moi qui me dis que je suis malade sinon lui il n'a rien ». ball désapprouve la recherche effrénée de sa femme (se promener, *guilgi*), qui a abouti à l'information désobligeante, et qui tend à le présenter lui aussi comme étant infecté. Dans la logique du mari de Safi, tant que sa maladie qui le tenaille depuis longtemps n'avait pas été désignée - grâce à la frénésie de son épouse -, comme étant « le sida », il ne se sentait pas concerné. Maintenant qu'à force de chercher, elle a trouvé « son sida », qu'elle ne lui en parle pas parce que lui, il ne se sentait pas concerné et il ne veut toujours pas se sentir concerné. Ainsi, dans ce second couple infecté, c'est la femme qui accepte d'être la personne infectée *sidasoba*, qui fréquente l'association alors que lui y est allé une seule fois pour son dépistage, et qui subit la stigmatisation dans la concession familiale. Dans le quotidien, lui, affiche une bonne santé (malgré des maladies comme le zona), et va de conquête féminine en conquête féminine. Elle, après avoir passer plusieurs semaines en service de pédiatrie a finalement perdu son enfant, et depuis lors, retourne régulièrement à l'association, de sorte qu'elle est reconnue dans la famille comme étant infectée, et que désormais personne ne veut manger les repas qu'elle propose. Par exemple, la sœur cadette de son mari qui vit avec son mari assez loin de là, s'oppose désormais à ce que leur père mange les repas de la « sidéenne ». Elle préfère lui envoyer quotidiennement une ration alimentaire pour éviter qu'il ne mange pas la nourriture préparée par l'épouse reconnue comme *sida soba*. Natou quant à elle, bien qu'ayant dit avoir été infectée par son mari, bien qu'ayant lutté et obtenu que ce dernier fasse le test qui confirme sa sérologie positive et qu'il bénéficie d'une prise en charge adéquate, ne réussira jamais à faire admettre ni par son époux ni par la famille de ce dernier, la séropositivité de son homme. Il est significatif de relever ici que Natou rapporte que le décès de son mari est attribué par les médecins, non pas au sida, mais à une hypertension (HTA). Elle par contre, sera accusée par sa belle famille d'avoir tué son mari par sorcellerie, et d'être en plus infectée par le VIH.

Dans une société où la femme, « Cette étrangère au lignage est, plus que tout autre personne, susceptible d'être maléfique" (EGROT, 2001 : p. 329), l'accusation d'une infection négativement représentée comme l'infection à VIH sied davantage à l'épouse qu'à l'époux. C'est ainsi que peuvent se comprendre les rapports masculins à l'identité sociale de séropositif, dès lors que leur sérologie est connue et acceptée d'eux, et qu'ils sont même engagés comme leur épouse dans un processus plus ou moins réussi de prise en charge. L'accusation de séropositivité, « *foo le sida wa tara* (c'est toi que le sida a eu) » ou encore « *foo le sida wa yonk ja*, (c'est toi que le sida a attrapée), ou plus rapidement *sidasoba*, celle ou celui qui a le sida que les hommes adressent volontiers à leurs épouses dans les couples où les deux conjoints sont infectés, renvoie à l'idée selon laquelle, dans cette société, le malheur est préférentiellement imputée à la femme. Cette imputation serait ainsi dans l'ordre des choses puisque le sida a un visage féminin et que la femme est plus susceptible que l'homme d'apporter le

malheur. Le besoin de faire assumer l'identité séropositive du couple par la femme peut même apparaître en amont de la prise en charge de cette dernière, quand son mari est dépisté avant elle. C'est ainsi que ce médecin analyse le manque d'empressement de certains hommes à partager l'information sérologique avec leurs épouses, alors qu'en même ils cherchent à conduire cette dernière au test VIH : *« c'est un temps pour eux (les hommes qui ont présenté ce profil à son niveau) d'avoir un alibi, pour déporter ce problème sur la femme... Parce que si entre temps la sérologie de madame se révèle positive, ... on peut avoir des arguments...et ... Souvent, je dis aux gens que je ne rentre pas dans les compromis (...). En général les hommes pensent que c'est toujours venu de la femme... Et même quand ils savent bien...ils cherchent, ils chercheront des raisons, des moyens pour porter la responsabilité de l'installation du VIH dans leur foyer sur la femme. Tant qu'ils peuvent le trouver, ils vont le trouver »*. Faut-il déduire ensuite que les mêmes hommes se présentent dans une attitude compréhensive vis-à-vis de la femme quand elle est dépistée séropositive ? Aïcha et Natou n'excluent pas cette éventualité. Chacune de ces femmes, face à l'acceptation sans « histoires » de leur séropositivité par le mari, et face à la disponibilité surprenante de ce dernier à prendre en charge financièrement leur traitement, sans pour autant consentir à faire à son tour le test comme elles le demandent, se posent des questions. Elles se demandent si leur mari n'est pas déjà au courant de sa séropositivité, et les propos de Natou le disent : *« Et quand j'ai fait le test, je dis, voici.... Il n'a pas réagi. Je dis...bon... ! C'est ça même, j'ai réfléchi, tu dis peut-être que mon mari avait fait, et il a trouvé peut-être le mal, et lui, il est sous traitement. Maintenant, comment faire pour me dire ? »*.

Cette tendance des hommes à déporter l'identité séropositive du couple sur la femme n'apparaît pas ici comme un problème majeur pour ces dernières. Elle peut être analysée en rapport avec une intégration plus ou moins réussie d'un statut féminin désormais accommodé d'une responsabilisation séculaire dans tout malheur survenant dans les familles. Marc Egrot note en effet à ce propos que dans l'ancien système social *moose* : "De nombreux malheurs qui surviennent sont rapidement attribués aux femmes susceptibles de venir perturber l'équilibre agnatique » (Egrot, 2001 : p. 329). La désinvolture qui apparaît dans presque tous les récits féminins sur la déportation préférentielle de l'opprobre social de l'infection à VIH sur les épouses permet de mieux percevoir l'existence d'un ordre qui régit les rôles sociaux, et d'éclairer la manière dont les personnes, hommes et femmes, se déterminent par rapport à leurs attributs. Ici, les femmes expriment une capacité à assumer sans trop grand effort, une responsabilité pourtant si souvent intenable pour les hommes. Christine rétorquera à son mari qui la traite de sidéenne et qui la met en garde contre les soupçons que finiront par susciter ses passages à l'association : *« Je lui dis que je ne vais pas dans la cour de quelqu'un. Donc là où on va se croiser, si je rencontre quelqu'un là-bas, c'est qu'il a également ce que j'ai. Donc si c'est se critiquer-là, on va se critiquer »*. La réponse de Patricia par rapport à la même préoccupation varie peu : *« Non, non ; je m'en fou des dires des gens, s'ils ont assez de parler ils vont se taire. Si je ne te demande pas à boire, à manger, à vêtir, tes dires sont vains »*.

VULNÉRABILITÉ DES HOMMES ET RÔLES DES FEMMES SUR LES LIEUX DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Des valeurs qui déterminent la vulnérabilité des hommes sur les lieux de prise en charge des PvVIH

La masculinité entendue comme ensemble d'attributs et de rôles propres au genre masculin renvoie à la virilité, support de sa position dominante et de sa forte valorisation de sa dignité. Cette virilité, entendue comme capacité reproductive, sexuelle et sociale, est avant tout une charge (BOURDIEU, 1998 : p. 75). Nous proposons d'analyser comment le besoin masculin de préserver sa dignité s'exprime et détermine l'accès des hommes au traitement dans les milieux de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

La capacité de l'homme mise à mal par le « sida »

L'infection à VIH a souvent un effet négatif sur l'emploi et les ressources, particulièrement quand le dépistage survient bien après l'installation des infections opportunistes ou de la maladie sida (Annexes 4-1-a, tableau 1 & 2). Plusieurs personnes parmi les hommes et les femmes rencontrés ont perdu leur emploi dès les premiers moments de la maladie, souvent avant même avant le test VIH (Quentin, Isidor, Victor, Bakary Hébié). D'autres personnes séropositives, commerçants ou hommes d'affaire de renom ont vu leurs activités péricliter (Amado, Tasséré), ou on connu une ruine totale qui l plongés dans la misère (Tambi Salfo, Isidor). Les salariés de la fonction publique ou des sociétés d'État apparaissent nettement privilégiés par rapport aux autres dans la mesure où ils gardent au moins leur emploi (Aïcha, Kamin, Mathieu, Khalifa, François, Josiane). Cependant, ils sont souvent exposés aux effets négatifs de l'infection sur leurs carrières. C'est le cas d'Aïcha qui a été obligée de refuser en 2005 un départ en stage conditionné par un bilan de santé préalable qui incluait le test VIH. C'est également le cas de Mathieu, un militaire qui n'a pas pu effectuer le stage qui devait permettre son avancement en grade en 2004, pour cause d'infection à VIH ; il ajoute même : « *Je me demande même si ce n'est pas un sort. Car j'étais brillant parmi mes collègues mais la maladie m'a ralenti* ».

Parmi les cinq personnes qui ont perdu leur emploi, deux cas sont particulièrement illustratifs. Bakary, comptable, poursuit pendant ses cinq premiers mois de maladie (et d'absence à son poste), son salaire, en vain. Il comprendra plus tard avoir été remplacé dans son poste, dès les premiers jours, par un autre qui assurait à sa place la comptabilité déjà vivotante du garage privé, et qui à ce titre, prenait aussi le salaire. Il n'avait même pas su qu'il avait été licencié. Hébié quant à lui, 38 ans, chauffeur de camion Ben de transport de sable, devra abandonner lui-même son travail pour cause de maladie en 2003. Il explique : « *Entre temps je savais que je ne pouvais plus travailler par manque de force. Après ça maintenant ça ne n'allait pas (...)* ; j'ai abandonné. J'ai remis

le véhicule (...); comme c'est un instrument de travail, que je ne pouvais plus conduire et que c'est quelqu'un d'autre qui m'a remplacé, donc c'est ça qui a fait que c'est fini (...). Dans le travail, si tu n'arrives pas à exécuter tes tâches, il y a des gens qui peuvent prendre ta place, ceux qui te remplacent s'entendent avec le patron et ils continuent le travail à ta place ». Parmi les commerçants et opérateurs économique, le cas d'Isidor éclaire le mieux sur les conditions de l'épuisement financier. « *En 1997, j'ai ouvert ma boîte (expert conseil maintenance en informatique); j'avais mon magasin là (société) et j'exerçais, j'avais ouvert mon compte commercial, mon registre du commerce tout, j'étais en règle quoi. J'arrivais à décrocher des marchés, ça marchait bien pour moi en toute sincérité. Je faisais de très bonnes affaires, au niveau de la maintenance puisque j'emploie des gens, je travaille avec gens, des techniciens et puis bon, on travaillait ensemble. (...). On arrivait quand même à faire de bonnes choses jusqu'à ce que je tombe malade, mais ça vraiment que tout a été bouleversé hein, ça m'a carrément cassé, là ça m'a cassé. J'ai eu la malchance que ma, j'étais avec une fille, celle-là, elle est tombée malade; ça n'allait pas; j'ai beaucoup dépensé, beaucoup, beaucoup (...). J'ai beaucoup dépensé, beaucoup même; beaucoup, beaucoup, et ça continue. Et puis elle a pris une grossesse, c'était la première grossesse qu'elle venait de prendre, c'était des jumeaux. Elle n'a pas tenu et puis elle est décédée quoi. Donc ça c'était en 99, vers décembre 99 qu'elle est décédée; bon je n'avais pas eu le temps de bien me récupérer, tout de suite moi aussi je suis tombé malade. fait que cela à beaucoup jouer sur moi, sur mes finances, sur tout en fait* ». Quand nous rencontrons Isidor en 2003, il s'estimait heureux d'être encore en vie parce que sa maladie s'était empirée au point que ses médecins l'avaient abandonné pour mort. Il estime avoir été sauvé grâce à un thérapeute traditionnel. Néanmoins, il est inscrit dans une structure et y bénéficie d'un traitement antirétroviral. Par contre, il n'a plus de société, ni aucune autre activité, et vit de la générosité de ses parents et de ses anciennes relations de travail. La perte du travail rémunérateur, de l'activité génératrice de revenus ou la réduction des opportunités professionnelles caractérise ainsi les personnes séropositives, et constitue le premier niveau d'un épuisement financier qui s'associe désormais à l'infection à VIH (Bila, KOUANDA, DESCLAUX, 2008).

La complexité de la quête thérapeutique pré-test apparaît également comme un important facteur d'épuisement financier. Elle l'est d'abord pour la confusion nosographique entre infections opportunistes et maladies naturelles¹⁹⁶ anciennement connues et traitées qui conduit souvent les PvVIH vers des thérapeutes traditionnels (mobgma pour Zona, koko pour hémorroïdes, etc.). Les initiations de traitements dans les services de santé n'ont généralement pas les résultats escomptés, pour les PvVIH non encore dépistées, ce qui les conduit souvent à changer de prestataires au sein même du système biomédical. Ainsi donc, que ce soit dans les services de santé ou chez les thérapeutes traditionnels ou ailleurs, les itinéraires longs, diversifiés, avec des interférences ou non entre plusieurs types de recours, érodent régulièrement les ressources des PvVIH. Aucune exception n'a pu être faite à ce niveau parmi les

¹⁹⁶ *Maladies naturelles, maladies de Dieu, par opposition avec les maladies malheur qui sont soit le résultat d'un acte de sorcellerie (sort, malédication), soit d'une faute commise auprès des ancêtres ou d'autres forces surnaturelles (génies, kinkirsi...) par la personne qui en souffre (Egrot, 2001 : p. 203).*

53 personnes interviewées à cette phase de la recherche. Hébé souligne bien le processus de son épuisement financier qui explique qu'il arrive à la structure de prise en charge, totalement incapable de financer même le plus petit acte médical : « *C'est parce que j'ai été malade, quand tu arrives même si chez le tradipraticien (tip pa), il va te dire, 'envoie quinze mille (15 000) francs, envoie dix mille (10 000) francs ; si tu vas faire c'est fini seulement'*¹⁹⁷. *Lorsque tu donnes l'argent et tu prends les médicaments, il te dit 'Que Dieu te soigne, voilà'. Et tu passes ton temps à tourner, et comme ça ton argent fini. Tu vas dans les cliniques, on te donne des ordonnances, quand tu vas pour acheter les médicaments c'est cher. Donc le peu de biens que tu avais va finir. C'est maintenant fini. Maintenant que tu as l'opportunité d'avoir le bon chemin à suivre pour prolonger ta vie, tu n'as plus les moyens de te prendre en charge. Déjà que tu n'avais pas grand-chose, donc tout ce que tu avais a été utilisé dans les précédentes dépenses, les biens sont passés dans les dépenses. Dans les cliniques comme chez les tradipraticiens, quand tu arrives, ils te flattent pour prendre tout ton argent, et ça ne s'améliore pas, ça ne va pas (...). J'ai tout fait. Quand tout l'argent allait finir complètement, j'en avais marre de ma personne, c'est là que j'ai accepté de faire l'examen. Donc on m'a dit'*¹⁹⁸. *C'est au moment où on m'a dit ça que je n'avais plus cinq (05) francs*¹⁹⁹ ». Pour les hommes, les itinéraires suivis pour effectuer une recherche causale sur la conjonction maladie-malheur-infortune passent souvent par l'institution divinatoire. La divination apparaît comme le domaine réservé des hommes dont l'atteinte est perçue comme mettant en péril leur famille, au delà de leur personne. Ils apparaissent ainsi davantage concernés que les femmes par les détours divinatoires et autres *wak* (EGROT, 2001 : p. 203). Ces détours se manifestent également, par les libations qu'ils exigent (sacrifices de volailles, de ruminants), logiquement plus onéreuse que la thérapie traditionnelle pour les maladies naturelles.

travers ces récits, apparaît donc le processus d'épuisement financier en amont de l'accès à la prise en charge qui conduit dans les structures, des PvVIH, hommes et femmes, fonctionnaires ou salariés du public ou des sociétés d'état, commerçants et autres opérateurs économique, tous à des degré plus ou moins avancé d'un épuisement financier classique (BILA, KOUANDA & DESCLAUX, 2008). Pour les hommes, l'effet de ces difficultés financière peut être fortement exacerbé par les valeurs de la masculinité, et notamment la notion de capacité. Cette notion de capacité masculine aux dimensions physique (force, capacité sexuelle), économiques et sociales (position sociale, capacité à prendre des décisions, capacité de discernement), s'oppose à l'image des PvVIH sur les lieux de soins marquée par leur dépendance. Cette dépendance des PvVIH ressort d'abord au niveau des PvVIH elles-mêmes qui, au cours des entretiens individuels et de groupe, se désignent comme des *baadramba*, des malades. Ces *Baadramba*, au vu de cette identité de malade, de leurs difficultés financières classiques, de leurs problèmes récurrents en rapport avec leur travail, sont, au niveau des structures, en position de demande multiformes : demande de traitement, demande de médicament, demande d'appui psychologique, demande d'aide alimentaire, demande d'aide pour la scolarisation des enfants, demande d'aide financière

197 Les thérapeutes traditionnels demandent de payer ces sommes en assurant que dès que le traitement est fait, le mal disparaît, « c'est fini seulement ».

198 Il a été informé de sa sérologie VIH+ à l'issu du test.

199 Il s'agit de fangs CFA ; 1€ vaut environ 650FCFA.

pour la reprise d'une activité, et même, bien souvent, demande d'emploi. Ces multiples besoins font des *baadramba* une catégorie peu valorisée, et même socialement « négativisée », si l'on considère le phénomène de stigmatisation, d'isolement social ou de bouleversements divers dans les réseaux de sociabilité des PvVIH.

Pour les hommes guidés par les valeurs masculines, les lieux de prise en charge apparaissent alors comme des lieux de désaveu à plusieurs titres ; désaveu des itinéraires incluant la divination et dont l'échec conduit le malade aux services de santé ; désaveu également par l'épuisement financier qui ôte aux hommes un attribut social de capacité essentiel pour la masculinité. Ce désaveu est particulièrement craint dans les milieux d'hommes ; c'est ainsi que la peur d'être rejeté conduit certains hommes infectés, à taire leur séropositivité ou à ne jamais confirmer les soupçons de séropositivité qui pèsent sur eux dans leur réseaux d'amis. C'est ainsi que peut se comprendre le refus persistant de Paul d'informer ses amis, comme il l'a déjà fait pour sa famille. Il avoue, « *s'ils apprennent, ils risquent de me fuir. Tant qu'ils ne savent pas, ils te considèrent* ».

Un rapport des hommes à la dignité, pénalisant

La honte est un sentiment redouté chez les *moose* (EGROT, 2001 : p. 305). Ce sentiment est davantage exacerbé pour les hommes garants de l'honneur et de la fierté des lignages. Par ailleurs, toute situation de faiblesse masculine est susceptible d'ébranle les bases de la position dominante de l'homme dans la relation de genre, et donc la nécessaire autorité du *zaksoba*. Ce contexte culturel permet de mieux comprendre l'importance de la dignité telle qu'elle a souvent été relevée par les hommes dans cette étude, dans ces sortes d'hospices²⁰⁰ que constituent les structures de prise en charge.

La nécessaire humilité est d'abord liée au parcours thérapeutique. Après un parcours viril mais infructueux à travers l'institution divinatoire et d'autres recours de même dimension, les hommes doivent revenir humblement vers le recours des femmes et des enfants, les services de santé. L'allure de ce parcours est en soi un aveu de faiblesse. Se mettre en position de demande de traitement gratuit est un second niveau d'aveu de faiblesse. Enfin, se soumettre aux conditions de la prise en charge est un troisième niveau d'aveu de faiblesse. ce propos, le magistrat intervenant dans la prise en charge s'exprime ainsi : « *l'orgueil général du Moose... ; comprenez qu'il est très difficile pour un Moose d'aller s'asseoir dans une association de prise en charge en face d'animateurs qui généralement n'ont pas sa moyenne d'âge, pour expliquer un problème qui en réalité relève de l'intimité ; c'est faire aveu de faiblesse, de s'avouer vaincu que de se confier à des femmes, à des enfants qu'on ne connaissait pas pour qu'ils traitent une situation qui relève de l'intimité* ». Les relations de cadets à aînés sont marquées dans la culture *moose* par une attitude de soumission et de respect des premiers aux seconds, *waogre* (LALLEMAND, 1977 : p. 317), et par une autorité des aînés qui tranche avec la dépendance de l'homme infecté face à des prestataires surtout quand ils sont plus jeunes que lui.

200 Mot généralement utilisé pour hôpital, et plus précisément pour maison d'accueil de personnes âgées. Ce mot est retenu ici du fait qu'il a pour origine des maison d'accueil pour personnes misérables pour diverses raisons dont la plus fréquente est la maladie, construites grâce à la générosité de riches donateurs, et tenues par des religieux au moyen-âge.

L'épuisement financier des PvVIH, et les services offerts, autant que possible, gratuitement, font également des lieux de prise en charge, des lieux de charité, une image qui s'oppose à la capacité valorisante de l'homme, et soulève la question de la dignité chez Hébié : « *Donc c'est difficile, la vie est difficile, présentement avoir à manger est un problème. Si ta santé n'est pas bonne tu te lèves pour venir à l'association, tu n'as rien, et on te donne des médicaments, en plus on demande une participation, ne serait que deux cent (200) francs, ou n'importe quel montant. Tu peux ne rien avoir, rien ; tu te demandes, si ça ne valait pas la peine d'être mort ; c'est encore mieux que d'être en vie, sinon ça n'a pas d'intérêt, c'est quelque chose qui est sans intérêt* ». Cette vie faite d'incapacité et de dépendance totale est tellement opposée aux valeurs que Hébié la trouve sans intérêt, au point qu'il évoque même la mort, en des propos qui n'excluent pas le suicide. L'atteinte de l'orgueil masculin apparaît aussi dans les conditions sociales des traitements, quand les PvVIH évoquent leur dépendance financière toujours plus accentuée vis-à-vis de tous ceux qui peuvent les aider dans leurs familles, parmi leurs réseaux professionnels, d'amitié. Victor qui est ainsi soutenu par quelques personnes dit, se parlant à lui-même : « *ils auront marre de toi un jour* ». En effet, être suivi sur les lieux de prise en charge signifie pour tous, et particulièrement pour un homme, une soumission à plusieurs niveaux : une soumission aux injonctions des prestataires des services divers, quel que soit leur âge et leur sexe. Accepter ces injonctions replace les hommes dans l'ensemble anonyme des demandeurs d'aide dans les structures (encore appelés bénéficiaires), et qui n'ont ni avis à donner, ni à se plaindre d'aucun désagrément, pourvu qu'ils obtiennent leur traitement et les autres soutiens du paquet de prise en charge. La nécessaire soumission des bénéficiaires s'associe également l'activisme, pour améliorer l'accès aux services. Dans les années 2004-2005 pendant lesquelles le déploiement de l'IBAARV était encore loin de la gratuité des ARV, l'assiduité aux activités non médicales comme les ateliers divers de formation, les rencontres formelles et informelles, les cérémonies d'accueil des partenaires du nord en visite, la participation à des réseaux sociaux de certains bénéficiaires soutenus par des partenaires, permettent d'être mieux remarqué par les responsables et de bénéficier en priorité des avantages, et notamment du traitement antirétroviral. Aujourd'hui, avec la gratuité, les années de vie sous ARV et les problèmes de résistances, les enjeux sont davantage l'accès à des molécules de seconde ou de troisième génération. Mais les conditions pour y accéder restent les mêmes, et imposent aux personnes qui ont besoin de ces faveurs des actes d'engagement qui contrastent avec la réserve, voir le dépaysement perçus des hommes en général sur ces lieux. Il importe également pour les bénéficiaires de savoir s'accommoder des imperfections et autres irrégularités de la prise en charge publique ; il s'agit notamment des grands effectifs, des reports, des longues lignes d'attente. J'ai personnellement observé en 2008 une séance de distribution de vivres qui se déroulait un matin pluvieux vers huit heures dans une association. Les personnes alignées devaient rester dans les rangs, braver la pluie une bonne fois, pour ne pas perdre leur place. Toutes ces conditionnalités non écrites mais non moins réelles de la prise en charge consacrent une faiblesse et une soumission des *baadramba* qui contraste avec la valorisation de la dignité de l'homme.

La gêne des hommes sur les lieux de prise en charge découle du fait que malgré leur besoin de prise en charge et l'acceptation de ces conditions, ils ne les appliquent pas toujours avec la même facilité et la même légèreté que les femmes. Ils apparaissent moins motivés qu'elles, et d'une susceptibilité qui les pénalise souvent à travers l'abandon ou la suspension de traitement. Le rapport à la dignité apparaît comme l'essence de la masculinité. Pour Saïdou, un commerçant de 30 ans, sérologie VIH indéterminé, interviewé dans le cadre d'une étude de l'OMS²⁰¹ en 2007, « *L'homme, c'est le courage, c'est aussi l'endurance dans les épreuves. Il ne doit pas perdre sa face comme on dit. Maintenant, si tu es homme, tu as le sida et tu pars dans ces centres de PEC, que c'est pour te soigner, on va dire que tu es peureux, alors qu'un homme doit rester égal à lui-même, même face à la mort. Mais toi tu es allé là-bas, ça veut dire que quelque part, tu n'es plus un homme complet, y a des choses, des valeurs que tu n'as plus !* ». Au cours d'un entretien de groupe réalisé en février 2007 avec six femmes et six hommes, le rapport différentiel à la dignité ressort avec une sévérité étonnante dans un contexte urbain : « *L'homme ne marchande pas sa dignité comme une femme. C'est naturel à lui* ». L'évocation du proverbe moose : « *Kuum soa yande* » est suivie au cours de cet entretien de plusieurs exemples illustratifs. La valeur positive de la dignité, opposée à la valeur négative du « sida », présente alors l'infection à VIH comme une « défaite » qui ouvre la porte au malheur, dans un parcours de vie masculin. Parmi les personnes enquêtées dans cette phase de l'étude, Lucien illustre le mieux ce propos par son rapport à l'infection et aux autres, mais aussi par son rapport à la mort. La peur de la découverte de sa séropositivité ou du soupçon conduit Lucien à exclure toute idée d'annonce à son épouse, ou à d'autres personnes, à quitter régulièrement sa province pour venir se soigner à Ouagadougou. Cette même peur l'oriente vers des recours annexes plutôt que les structures publiques de prise en charge. Il va jusqu'à mourir en 2005 sans évoquer sa séropositivité alors qu'il aurait pu vivre s'il était parvenu dans un centre de traitement.

La valorisation particulière de la dignité par l'homme limite au quotidien l'accès des hommes aux lieux de prise en charge, mais aussi suscite une gêne chez ceux qui y ont des activités. Ainsi, Victor qui est aujourd'hui un responsable associatif a avoué qu'il était lui-même gêné de s'afficher lors d'une marche de protestation contre l'adoption par le parlement indien des accords ADPIC dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce²⁰², en précisant en 2009 : « *heureusement qu'il y avait les banderoles* » ; tout militant associatif engagé qu'il était en 2005, lors de cette marche, et tout responsable associatif qu'il est aujourd'hui, il est très soulagé d'avoir été protégé de la vue du public et des objectifs des caméras de la télévision nationale qui couvraient l'. Victor est pourtant connu comme un activiste zélé dans son association d'origine qu'il a quitté parce qu'il contestait l'organisation de la prise en charge. Il a réussi

201 Etude OMS sur les pratiques de la prise en charge de l'infection à VIH au Burkina Faso à laquelle j'ai participé en tant qu'investigatrice principale ; en 2007-2008

202 Le 26 février 2005, cette manifestation a rassemblé plus de cent personnes dans les rues de Ouagadougou. La reconnaissance des accords ADPIC avait pour conséquence l'application d'un régime plus restrictif que la législation antérieure en matière de droits de propriété intellectuelle appliqués à la production pharmaceutique, ce qui interdisait à l'Inde de développer la production de nouveaux antirétroviraux. Cette production est désormais soumise à des brevets qui impliquent des tarifs très élevés pour les antirétroviraux de seconde et troisième ligne ou formes pédiatriques. La manifestation, accueillie par le Comité national de lutte contre le sida, n'est qu'un écho de niveau national et n'eut aucun impact sur la situation indienne.

ensuite, grâce à son dynamisme dans le milieu des personnes séropositives, à créer à son tour une association, et à trouver des appuis dans les institutions de la place. Qu'un activiste engagé de sa trempe craigne encore de s'afficher hors des structures de prise en charge et de leur partenaires comme séropositif nous donne la mesure du caractère négatif de l'image sociale de la personne séropositive, et son effet potentiellement délétère sur la dignité de l'homme dans cette culture. Heureusement, certains faits montrent que la dignité de l'homme, certes, menacée par sa séropositivité peut être préservée par la mise en exergue de sa responsabilité et son positionnement offensif face à l'infection. C'est notamment le cas de Mamadou Sawadaogo, président du REGIPV, qui, le premier, a fait une annonce publique de sa sérologie VIH+, et qui, engagé depuis lors dans la lutte, peut se prévaloir aujourd'hui d'une estime nationale.

Des valeurs masculines à risque

Dans les couples où l'homme et la femme sont séropositifs, ou quand l'un des conjoints est séropositif (Annexes 4-1-a, Tableau 8), les attitudes des hommes induites par les valeurs de la masculinité favorisent quelquefois les risques d'infection ou de surinfection.

La persistance des difficultés des hommes à l'annonce de leur sérologie VIH positive abouti quelquefois à des ruptures de projets matrimoniaux, comme le montre le cas d'Iréné avec sa première fiancée de sérologie indéterminée, avant qu'il ne trouve une femme séropositive comme lui. Au même moment, plusieurs hommes infectés continuent à entretenir des relations sexuelles extraconjugales tout à fait légitimées dans la société *moose* par l'institution traditionnelle du *yoobo*. Les normes sociales en matière de sexualité font de la multiplicité des partenaires une situation inévitable pour un homme, bien qu'en cas d'adultère, la femme soit perçue systématiquement comme infidèle (Lallemand, 1977 : p. 150 ; EGROT, 2001 : p. 501). Entre multipartenariat masculin « raisonnable », avec des femmes susceptibles de devenir par la suite des épouses, ou avec des partenaires sexuelles perçues comme étant plus à risque (prostituées, « femmes libres », femmes à partenaires multiples), plusieurs hommes séropositifs sont accusés par leurs femmes d'exposer le couple à la surinfection, mais aussi de favoriser la transmission du virus à partir de leurs partenaires extraconjugales. Patricia, Natou et Safi sont dans ce cas. Cette dernière parle ainsi de la relation de son mari : « *Oum comme maintenant la santé n'y est pas, (il s'est calmé). Il était avec une femme chaud chaud pendant que j'étais enceinte et j'étais chez mon beau-père pour me soigner... ; quand souvent je repartais là-bas²⁰³ je trouvais une autre femme dans la maison. Lorsque j'étais rentrée chez moi, à cause de cette femme, on est allé jusque chez le Moro Naba pour trancher, mon mari, la femme et moi. J'ai dit à mon mari, 'Je ne t'en ai jamais voulu parce que tu ne me donnes pas de l'argent, mais aujourd'hui tu en as ; néanmoins je me dis toujours que c'est parce que tu n'en as pas, djah c'est ce que tu fais'* ». Cette tendance à l'entretien de relations extraconjugales par des hommes séropositifs persiste au sein même des structures de prise en charge. C'est notamment le cas de François déjà relevé par sa femme, et que nos données d'observations

203 Le domicile conjugal, là où habite son mari pendant qu'elle est partie se soigner chez son beau-père

peuvent confirmer. Nous avons ainsi pu notifier une bagarre survenue lors d'un rassemblement de personnes séropositives en 2007, entre l'épouse de François et une fille, également séropositive, et supposée être le « deuxième bureau » de ce dernier. Le problème de Safi à ce procès n'est pas la relation toutàfait légitime de son mari avec cette femme dans ce contexte culturel et contre laquelle l'épouse ne peut absolument rien. En tant qu'épouse, elle peut se plaindre seulement si son mari ne s'occupe pas d'elle alors qu'il en a les moyens et c'est cet aspect qu'elle met en avant dans ce procès. Elle se plaint ainsi contre son mari qui ne lui donne pas d'argent, ni pour acheter les médicaments, ni pour manger et nourrir leur enfant. Et pendant ce temps, elle apprend qu'il achète des pagnes et même un vélo à cette fille. En tant qu'épouse elle a parfaitement le droit de se plaindre d'un mari qui failli à sa responsabilité première de pourvoyeur de ressources pour la famille, plainte que le mogho Naba en tant que garant de cette culture ne peut récuser. Patricia a le même discours qui associe relation extraconjugale et contribution financière nulle de son mari à son traitement : « (...) lorsque j'étais malade-là même, il m'avait abandonnée et il était allé vivre avec la femme-là à la zone non-lotie. Si je lui apportais une ordonnance il n'achète jamais, si ce n'est pas mon fils aîné qui vient souvent, et qui achète les médicaments... Il n'achète pas de médicament avec ses cinq (05) francs pour moi, jusqu'à nos jours ». Natou quant à elle en arrivera aux mains avec la dernière « femme de bar » courtisée par son mari. Le motif que Carine évoque pour arrêter de fréquenter son copain quelques mois avant le décès de ce dernier en 2003, décès fortement suspecté d'être dû au sida était également la multiplicité de ses aventures féminines. Les données récentes ne modifient malheureusement pas cette tendance des hommes. Nous avons rencontré en avril 2010, un médecin qui avait participé à cette première phase des entretiens de 2003 à 2005, et auprès de qui nous avons voulu connaître l'évolution de cette situation. Sa structure dont l'organisation garantit une confidentialité absolue et une bonne qualité de suivi médical, reçoit un nombre important de grandes personnalités et de personnes aisées. Parlant de ces patients dont la plupart sont suivis depuis plus de dix ans, voir vingt ans ou plus, il avoue avec beaucoup d'émotion : « Tu les vois, ils sont séropositifs depuis des années et ils ne font que engrosser des femmes²⁰⁴ (...); ça donne des insomnies ». La persistance des aventures extraconjugales des hommes infectés par le VIH interroge sur leurs motivations, en rapporta avec le genre.

Les risques encourus par les hommes dans la pratique du *yoobo* peuvent être accrus en cas de non application des consignes de prévention et notamment du port du préservatif. Or, nous avons déjà vu que parmi les sept femmes mariées interviewées, (Annexes 4-1-a, tableau 6), cinq révèlent le refus du préservatif par leur mari, séropositif ou non. Les quatre hommes testés séropositifs (les maris de Christine, Patricia, Natou et Safi) rejettent catégoriquement le préservatif, contre l'avis de leurs épouses qui se disent impuissantes ; Christine décrit le mieux sa situation : « Yé !!! La capote ? Il n'accepte pas. Il n'accepte pas hein !, pour ça en tout cas il n'accepte pas. Jusqu'à nos jours. Moi même j'ai acheté le paquet de la capote, une chose, qui est déposé bas, j'ai été obligée de jeter ça la dernière fois dans le WC pour que

204 Dire ici « des femmes » et pas « leurs femmes » montre clairement qu'il ne s'agit pas des épouses de ces hommes, mais plutôt de leurs relations extra-conjugales.

les enfants ne voient pas. Il n'accepte pas, il n'accepte pas utiliser la capote ». Un entretien de groupe mixte effectué en février 2007, exprime en substance que les hommes n'apprécient pas le préservatif (capote), surtout quand ils ont affaire à leur épouse légitime. Le préservatif est considéré comme une protection pour les rencontres occasionnelles. Travers cet entretien, le préservatif apparaît comme un support et un symbole de la débauche, et son utilisation au cours d'une relation sexuelle comme le signe qui montre que la relation n'est pas sérieuse. Le cas du mari de Nicole qui, bien que testé séronégatif, sachant sa femme est séropositive, et qui rejette néanmoins le préservatif dénote d'un rapport ambigu à l'infection, entre attitude suicidaire, et une persistance du vieux « scepticisme sur l'existence du sida » déjà documenté (DESCLAUX, 1997 : p. 133) que nous étions en droit de croire révolu.

L'institutionnalisation du *yoobo* pour l'homme, et sa valorisation dans les milieux masculins le font apparaître comme un support et une manifestation essentiels de la virilité. Les manifestations de la virilité se situent dans la logique de la prouesse et de l'exploit qui fait honneur (BOURDIEU, 1998 : p. 35), et qui, pour des hommes confrontés à une séropositivité qui met en doute leur masculinité, peuvent trouver ainsi un moyen de rassurer ceux qui pourraient les soupçonner, sur les capacités économiques mais aussi sexuelles. Non seulement ils montrent qu'ils sont encore capables d'entretenir financièrement une femme (donc ils ne sont pas si misérables que cela) mais aussi qu'ils ont encore la capacité physique matérialisée par l'appétit sexuel qui justifient qu'ils sollicitent les faveurs de ces femmes. Plus encore, ils montrent qu'ils sont encore capables d'entretenir financièrement et de satisfaire sexuellement plusieurs femmes.

Acte de refus de la réalité de l'infection, défiance de l'infection ou minimisation de sa dangerosité, la persistance de ces attitudes (*yoobo* et réticences au port du préservatif masculin) peuvent favoriser les risques de transmission du virus du VIH et de surinfection, pour les hommes, mais aussi pour leurs épouses, leurs conjointes extraconjugales, et partant un réseau plus élargi de relations sexuelles. Ces cas illustrent une différence de la perception du risque VIH selon le genre ; ils éclairent également les fondements anthropologiques d'un problème de santé publique tout en questionnant sur l'efficacité des messages de préventions et des séances de conseil post-test.

Des hommes souvent déroutés sur les lieux de PEC

L'analyse concernant le rapport de genre aux médicaments antipaludéens a déjà discuté les déterminants d'un rapport traditionnel plus problématique des hommes aux services de santé et au médicament en général, par rapport aux femmes. Les lieux de soin sont projetés dans les discours, comme des lieux d'hostilité où la position dominante masculine est reniée autant par le peu de souci de convivialité dans l'accueil que par la domination que la profession médicale impose d'emblée sur tout patient, homme ou femme. Or, contrairement aux femmes habituées à se soumettre, les hommes peuvent être déstabilisés à la perspective d'une telle expérience. Les difficultés particulières des hommes à supporter les conditions des consultations et des hospitalisations renvoient aux

propos d'un éminent enseignant en pharmacognosie ²⁰⁵ qui disait en substance à ses étudiants : « *Les hommes aiment les occasions de soins rapides, discrètes, précises* », *tant qu'ils en ont les moyens, et peu importe le prix que cela leur coûte* ». Cette peur verbalement exprimée par le mari de Zallé, et par Damien (annexes 8-1), est manifestée par tous les hommes dans leur comportement face au médicament et aux lieux de soins. L'époux de Marie qui préfère les médicaments de la rue, Robert qui évite les lieux de soins au point de s'évanouir, et la plupart des hommes enquêtés, ou des femmes enquêtées qui parlent de leur conjoint en précisant son peu d'engouement à prendre les médicaments et encore moins à se rendre sur les lieux de soin. Ce rapport traditionnellement difficile des hommes aux lieux de soins est renforcé par les conditions de la « prise en charge globale » qui en fait un ensemble de dispositions organisationnelles offrant un paquet de service pour un grand nombre de personnes, sans pour autant pouvoir tenir compte de certaines susceptibilités qui renvoient aux attributs de genre.

L'expression d'un mal-être des hommes sur les lieux de prise en charge apparaît à travers les difficultés que beaucoup d'entreeux rencontrent face au regard social, au sein de la structure, mais également hors de la structure, dans leurs anciens réseaux de sociabilité (quartier d'habitation, lieu de travail, cercle d'amis). Certains hommes séropositifs suivis dans les structures, bénéficiant de soutiens multiformes et même de crédits pour leurs activités. Parmi les hommes interviewés, Tambi Salfo, Kamina, Mathieu, Isidore, et dans une moindre mesure, tous les autres, bénéficient d'une prise en charge gratuite et de qualité, sans pour autant s'afficher particulièrement comme séropositifs dans les activités des associations. Le cas le plus illustratif à ce niveau reste celui de François, qui en tant qu'époux d'une des prestataires de service, a droit aux meilleurs traitements, sans pour autant apparaître comme un bénéficiaire parmi les autres *baadramba*. Plus récemment, certaines PvVIH, avec le traitement antirétroviral et le retour de la santé ont réussi à retrouver leur position sociale ancienne et préfèrent s'isoler désormais des activités des structures, n'y revenant que juste le temps d'une consultation médicale et de récupération de leur dotation trimestrielle d'ARV. C'est notamment le cas de Isidor qui, dès lors qu'il a ouvert à nouveau une société d'appui conseil en informatique en remplacement de l'ancienne qui a périclité du fait de sa maladie, semble s'être totalement évanoui dans le monde du business, au point d'être inaccessible par notre équipe de recherche et les agents de la structure. Plusieurs cas de ce genre ont également été rapportés par Victor. Cette tendance des hommes à ne pas dévoiler leur présence dans l'association comme simple bénéficiaires, et à s'éloigner de ce lieu dès qu'une opportunité se présente, rend compte suffisamment de leur mal-être. Ainsi, les hommes, après avoir réussi à passer la porte des structures, doivent ensuite réussir le pari de s'adapter à des conditions de prise en charge qui n'ont pas toujours la même signification sociale pour tous. Il est important de comprendre les déterminants de ce second niveau de rapport particulier des hommes à ces lieux.

De la difficulté pour les hommes à s'aligner, et de s'aligner avec des femmes. Les prérogatives masculines dispensent généralement les hommes de « s'aligner » (autrement dit de faire la queue), pour des besoins sociaux et notamment dans le domaine de la santé. Que ce soit pour des consultations au

205 *Communication personnelle en 2007.*

centre de santé pour un membre de la famille ou lors des séances de vaccination, il est de coutume que les rangs soient constitués de femmes et d'enfants. Charles, un homme *moose* séropositif de 35 ans, lui-même bénévole dans une association précise « *L'homme doit aller chercher à manger et donc ne peut pas venir s'aligner. La femme doit rester à la maison et le mari sort, il cherche. Il revient le soir, donc par défaut de temps il ne peut pas se présenter comme la femme. Les hommes n'ont pas le temps* ». Dans la population, les hommes ne se déplacent que pour des actes solennels et brefs comme conduire femmes et enfants vers le centre de santé s'ils ne le connaissent pas où s'il est éloigné ou d'accès difficile, établissement des actes d'état civil (naissance, décès), acheminer les médicaments, ou rencontrer les soignants dans une situation d'urgence pour lui-même ou les autres membres de sa famille. Ces expériences montrent les hommes sont rarement appelés à s'aligner en dehors des cas d'élection qui suppose une file devant les bureaux de vote où la dimension politique de l'acte apparaît intrinsèquement honorable. Mais pour recevoir des services sociaux, Charles reconnaît que « *beaucoup d'hommes se gênent d'aller s'aligner* ». Une femme s'exclame au cours d'un entretien de groupe mixte en 2007, et sans qu'aucun des six hommes présents (pour six femmes), ne la relève : « *Et puis, les hommes n'aiment pas s'aligner par ce qu'ils pensent que.... S'il est vu dans les rangs, pour avoir encore une femme, ça va être difficile. Par exemple, si les gens apprennent qu'il a la maladie, pour approcher encore une femme ça va être difficile. Comme lui, il tourne beaucoup pour chercher.... Certains sont tellement connus.... Comme il « marche²⁰⁶ » beaucoup, partout où il ira, on le verra. Ils ont peur que les gens disent, c'est cet homme qu'on a vu à tel endroit la dernière fois...* ». Ainsi donc, la liberté sexuelle associée à la masculinité, et une valorisation de la pratique du *yoobo* comme un signe de la capacité sexuelle et financière participe à la gêne des hommes à s'afficher dans les rangs des lieux de traitement de l'infection à VIH.

Cette difficulté est accentuée par la mixité de la prise en charge. Pour Boukaré, cet agriculteur *moose* séropositif polygame de 49 ans également rencontré dans le cadre l'étude OMS en 2007, « *C'est s'aligner avec les femmes qui est difficile. Je n'ai pas l'habitude d'être avec les femmes en groupe. Bien sûr, dans ma cour, je cause avec mes femmes mais c'est différent... Et en plus, quand tu ne vois pas d'autres hommes, c'est gênant. Même pour la maladie, beaucoup d'hommes sont malades mais n'osent pas venir* ». Il explique en effet que dans sa cour, il discute souvent avec ses deux femmes, ou avec d'autres parentes de passage pour une visite. Mais c'est différent par ce que les femmes dans ce cas sont toujours dans une position de respect et soignent leur langage vis-à-vis de lui, tout comme il le fait pour elles. Par ailleurs, à part la poignée de mains pour la salutation, ils ne se touchent pas. Or, dans les rangs des bénéficiaires des services de l'association, le contact est inévitable parce que les rangs sont serrés. Or, la séparation des espaces attribués à chaque sexe est l'un des fondements de la culture *moose*, substrat de la culture urbaine ouagalaise, et continue de réguler les rapports entre homme et femme dans le couple. Les propos de Charles nous éclairent à ce niveau : « *Vous savez que l'homme ne peut pas se mettre au... (même niveau que la femme). Même dans nos*

206 Expression pour dire qu'il est très actif dans les aventures féminines, un peu comme l'abeille qui butine d'une fleur à l'autre.

coutumes on dit que la femme ne doit pas rester auprès de l'homme donc l'homme aussi ne doit pas rester auprès de la femme ! Ici au Burkina c'est comme ça, surtout dans la société moose (...) ». Ensuite, Charles montre en quoi cette disposition culturelle reste opératoire, même au niveau des personnes instruites, « les intellectuels » : « *Au village, on voit même des intellectuels qui n'acceptent pas [de] rester auprès de leur femme. Je ne sais pas dans quelle classe ils classent leur femme ; ils ne prennent pas le temps de s'asseoir auprès de leur femme, ils n'écoutent pas la femme ».* Il revient ensuite sur son propre cas pour montrer quelle pression un homme peut subir de la part du système - ici représenté par sa mère -, en cas de non respect de cette disposition : « *Je vais vous dire qu'est-ce qui fait que ma mère et ma femme ne s'entendent pas. C'est parce que moi, moi j'ai été à l'école, moi j'aime rester auprès de ma femme et la première fois quand j'ai amené ma femme au village, j'étais tout le temps auprès de ma femme et quand ma maman voyait, ça l'énervait. chaque fois, elle me lançait des injures, elle dit 'ninyalga' ; un homme ne doit pas rester auprès de sa femme, beaucoup beaucoup de paroles de ce genre. "Ninyalga". Voilà, oui, oui ; ma mère m'insultait comme ça. Parce que j'étais à côté de ma femme. Je suis un 'ninyalga' parce que je disais tout à ma femme alors que ma maman dit qu'il ne faut pas tout dire à la femme ».* Charles relève le système de perpétuation de cette séparation dont les personnes âgées — ici notamment sa mère — sont les actrices, mais aussi le rôle de cette disposition dans la construction de la domination masculine. cette tentative d'exclusion des femmes du domaine des hommes que relève déjà Claudia ROTH relève déjà chez les Zara (ROTH, 1996 : p. 23), se superpose le besoin de les éloigner du secret masculin. D'autres attitudes assignées entre mari et femme, notamment le fait que la seconde ne puisse pas désigner le premier par son nom (LALLEMAND, 1977 : p. 253), participent à ce système d'évitement. La transgression de ces règles de préservation de la position dominante de l'homme apparaît comme une menace pour l'édifice social qui est sévèrement sanctionnée, ici, par la désignation « *niyalga* » de la mère est particulièrement significative. La racine *ni*, qui vient de *nida* qui veut dire personne en *moore*, et *Yalga* qui veut dire puéril sont associés dans ce mot pour désigner une personne puérile, sans consistance, sur qui il ne faut surtout pas compter.

Charles relève également les risques physiques d'une telle promiscuité pour des hommes qui n'en ont pas l'habitude, et pour qui tout contact physique avec une femme renvoie à leur libido : « *Donc, dans une file comme ça un homme ne peut pas se mettre derrière une femme ou bien devant une femme, c'est difficile, c'est-à-dire que la femme, ... Bon ! Du point de vu organe..., bon ; on se sent un peu gêné de rester collés, bon ; je peux dire collés, mais pas l'un à côté de l'autre, en tout cas c'est très difficile parce que on se sent, on se sent mal à l'aise ».* La mixité de la prise en charge des PvVIH, en ignorant cette réalité culturelle de la séparation des espaces féminins et masculins, vient perturber encore plus des hommes déjà confrontés à la remise en cause de leur virilité à bien d'autres égards. La mixité de la prise en charge qui consacre la promiscuité des hommes et des femmes dans les files d'attente de vivres ou de soins médicaux peut largement justifier l'effacement des hommes rencontrés sur les lieux de prise en charge, dès lors qu'ils ne sont pas impliqués d'une manière ou d'une autre dans la direction des affaires. Ces hommes qui se sentent « mal à

l'aise » ne cherchent alors qu'à obtenir les services au plus vite pour quitter les lieux, ce qui limite leur participation à la vie de l'association, et qui se ressent particulièrement dans la rareté des ateliers de formation des hommes, par rapport à ceux des femmes plus observables : tissage, production d'objets d'art divers, teinture, couture.

Difficultés des hommes à s'accommoder d'un rapport prestataires/bénéficiaires de services vertical. Telle que nous avons pu l'observer, la position des prestataires de services dans les structures de prise en charge des PvVIH, bien qu'elle se distingue de celle des prestataires de soins dans les services de santé par sa dimension plus importante d'écoute du patient, hérite caractère « vertical » de la relation, les prestataires ayant le pouvoir d'émettre à l'endroit du bénéficiaire des injonctions diverses. Alima, une veuve de 35 ans qui ne dispose pas de l'argent nécessaire pour payer sa cotisation, mais qui devait néanmoins se rendre dans l'association pour chercher ses médicaments, exprime ainsi sa peur des responsables : « *Mais je me pose la question est-ce que si je leur di ça ils ne vont pas me gronder, qu'est-ce qu'ils vont me faire, quand je rentre la nuit je ne fais que réfléchir à ça et je ne peux pas dormir. Parce que d'autres ici ont déjà payé...* ». Et elle ajoute, parlant du coordonnateur du suivi des patients « *J'ai peur de lui ! Quand il va crier sur toi quoi !* ». En dehors des consultations, des rencontres des groupes de parole et des séances d'animation, les messages délivrés par les prestataires chargés de l'organisation des services, souvent des bénévoles, sont des injonctions : -vous, revenez demain, etc., à l'endroit d'une masse de personnes préoccupées mais attentives, surtout des femmes. Peu de personnes posent des questions dans le public. Les hommes, généralement à l'écart de ce groupe, dans les coins de mur, ou carrément hors de la cour, sous des arbres, doivent souvent prendre des précisions avec les femmes. Un cas de demande d'éclaircissement formulée à voix basse par un homme à la responsable sur le nombre de personnes à charge mentionné sur son ticket a donné lieu à une réponse à toute la foule, et même à une digression sur l'irrégularité de certaines personnes dans la structure, lesquelles personnes prétendent par la suite aux meilleurs avantages. ce propos, Charles qui est lui-même bénévole dans sa structure avoue en 2008 : « *Ce n'est pas des critiques comme ça mais au niveau de..., surtout la responsable des ces vivres-là, c'est quelqu'un qui n'est pas du tout facile (rire) les gens ont beaucoup peur d'elle. On travaille ensemble mais ce n'est pas facile. Mais quand même les femmes résistent, elles viennent. Mais pour les hommes... Mais vous savez que..., bon ; un homme, c'est difficile, les hommes peuvent pas se lever comme ça aller quémander, il est encore plus facile à la femme d'aller quémander que l'homme parce que l'homme il se sent quand même, y a quand même cette responsabilité là qu'il y a en lui, bon c'est, c'est difficile* ». La relation développée par cette prestataire avec les bénéficiaires des services apparaît tellement verticale qu'elle est assimilée par Charles à des rapports de mendiants à donateur, comme le précise cet homme d'une trentaine d'année, en 2007 : « *Quand tu arrives souvent l'accueil même n'est pas ça, c'est comme si tu viens mendier* ». Dans les structures locales de la prise en charge, notamment celles associatives, les prestataires acquièrent du pouvoir en ayant la charge de redistribution de biens limités, à des personnes en effectifs inférieurs ou supérieurs aux prévisions, et du

fait de la grande dépendance généralement constatée des PvVIH. Le pouvoir de donner deux parts de vivres ou lieu d'une, de rester quelques minutes au-delà de l'heure d'arrêt pour inclure certaines personnes, ou celui d'arrêter quelques minutes avant l'heure pour éviter certaines personnes, est très bien perçu par les PvVIH pour qui ces services sont généralement vitaux. Ce pouvoir qui s'exerce uniformément sur les PvVIH est davantage relevé par les hommes que par les femmes habituées à se soumettre par leur statut, et familières aux usages dans les lieux de soins.

D'autres difficultés de moindre importance sont également signalées. Il s'agit d'abord des charges masculines souvent insuffisamment prises en compte par rapport à celles des femmes, et que relève ainsi Boukaré : *« Il y a certains qui n'ont pas autant de charges que moi mais on leur donne pour deux personnes ou trois personnes comme ça, bon comme moi je ne suis pas régulier, les autres quand ils viennent ils disent le nombre de personnes à leur charge et on leur donne en conséquence ; mais comme moi, je ne suis pas là à tout moment, ils disent que eux, ils ne peuvent pas savoir ; y en a qui viennent au groupe de parole ; moi franchement, je ne peux pas tout le temps venir au groupe de parole, sauf si je suis de passage par là-bas »*. Les difficultés d'accès des hommes aux meilleurs avantages de la prise en charge sont reliées à juste titre, à leur indisponibilité pour les autres activités en dehors de la consultation médicale. Comme le dit Victor en 2008, à la suite de bien d'autres personnes : *« C'est l'homme qui apporte l'essentiel des revenus de la famille. Il est obligé de travailler pour subvenir aux besoins de la famille, alors que les heures de consultation ou d'activités de la structure ne correspondent pas aux heures libres des hommes »*.

Des calendriers de prestations instables, avec des effets particulièrement dérangeants pour les hommes. Les reports d'activité sont courants dans les structures, autant en rapport avec la diversité des sources de financement que du statut de bénévoles de nombreux prestataires. Boukaré qui a maintes fois subi des désagréments à ce propos raconte : *« La dernière fois, je suis venu trois fois ; même cette fois-ci aussi c'est trois fois parce que je suis d'abord venu le 5 (août 2007) ; ils ont dit que c'est un jour férié et je suis reparti. C'est parce que eux, ils avaient dit le 5. Donc le 5 je me suis levé sans chercher à savoir si c'était un jour férié ou pas, je suis venu et on a dit que c'est un jour de fête. Hier aussi je suis venu ils ont dit que je dois revenir aujourd'hui ... ; si tu ne viens pas aussi ils disent que voilà tu as duré avant de venir »*.

Des possibilités de consultation limitées par rapport aux besoins. Parmi les difficultés d'accès aux structures, la limitation du nombre journalier de patients accueillis constitue l'une des difficultés d'accès aux structures. Pour être retenues, les personnes en besoin de consultation médicale doivent se rendre sur les lieux très tôt le matin. Sylvie explique en 2004 : *« Il faut se lever à 4 h du matin »* ; pour aller attendre devant le portail de la structure, l'arrivée de la secrétaire entre sept et huit heures. Mais dès l'arrivée, il est conseillé de compter le nombre de personnes arrivées avant soi pour établir son propre rang. Dès qu'elle arrive, la secrétaire ouvre la grande porte, introduit les patients, et distribue les tickets de consultation ; le nombre de personnes prises par jour est

de 15. Et pour être parmi ces personnes, il faut se réveiller au petit matin. Le discours de Victor en 2008 montre que les PvVIH doivent toujours être sur les lieux de la prise en charge très tôt le matin, et que cette condition d'accès à la prise en charge reste un important facteur de découragement, particulièrement pour les hommes : *« Aussi il faut dire que le CIM a limité le nombre de personnes par jour pour la consultation à 15 personnes. Pour avoir la consultation il faut venir à 4h du matin pour espérer être dans les 15 personnes. Avec ma grande sœur je suis venu à 23 h veiller jusqu'au matin. Le nombre de consultés est faible par rapport au nombre des malades ».*

Des coûts annexes de la prise en charge qui découragent. Bien avant janvier 2010 (déclaration de la gratuité), dans la plupart des associations, il y avait une gratuité « de fait » parce que les critères d'indigence de l'accès différentielle assorti d'exemption, qui octroyaient la gratuité aux plus pauvres, s'étendaient finalement à tous les bénéficiaires de la structure²⁰⁷. Ainsi, en 2008, un homme d'une trentaine d'années enquêté dans le cadre de l'étude OMS s'exprime ainsi : *« Il y a des obstacles qui entravent la fréquentation des hommes. Par exemple quand on dit que la prise en charge est gratuite c'est faux. Je vois des gens qui font des examens de sept mille (7 000), huit mille (8 000) francs. Alors que si tu viens rencontrer des difficultés au départ pour l'accès même à la structure, mais je ne viens plus pour éviter l'humiliation et l'indignation. Mais la femme fait table rase sur certaines choses pour atteindre son objectif ».*

Des conditions qui se perpétuent dans le temps : Le dernier entretien avec Victor en janvier 2009 sur les difficultés des hommes dans les structures nous montre peu de changement malgré l'instauration de la gratuité totale des ARV : *« Le problème des hommes pour s'aligner, ça continue. Et en plus, pour avoir la place, il faut se lever à 4h du matin, sinon tu ne gagnes pas. Si tu es à Boulmiougou par exemple, comment tu vas faire ? Actuellement, ils font journée continue à ... et descendent à 13h. Si tu ne viens pas tôt, tu ne gagnes pas. Ils commencent vers 8h30 et arrêtent vers 11h. En tout cas au plus tard à midi ils ont arrêté. Et ceux qui n'ont pas eu, il faut revenir demain. Chaque fois, ils disent à ceux qui n'ont pas eu, il faut revenir demain. Il y a des gens qui se baladent comme cela ; on leur dit à chaque fois il faut revenir demain. Beaucoup d'hommes sont découragés par rapport aux vivres (...) ».* Il continue également regretter la mixité de la prise en charge, et particulièrement le mélange des hommes et des femmes dans les files d'attente pour accéder aux services divers : *« Sinon, avec ce système là, mélanger tout le monde et les faire aligner, c'est difficile ».*

Des difficultés des hommes à s'aligner, à s'accommoder de la verticalité des rapports avec les prestataires, aux veilles sur les lieux de traitement pour bénéficier de la consultation, en passant par le sentiment des hommes d'être lésés par rapport aux femmes dans la répartition des avantages de la prise en charge et autres, les difficultés diverses des hommes sur les lieux de traitement sont présentées ici en neuf points. L'ensemble de ces points montre que, même

207 Mais que ce soit cette « gratuité de fait », ou la gratuité déclarée depuis janvier 2010, aucune ne garantit la gratuité des examens biologiques. Certaines associations avaient pu établir avant 2010 un système de prise en charge ou de remboursement des frais des examens médicaux, qui ont plus ou moins marché et qui se sont surtout illustrés par les difficultés dans le partenariat entre soignants et personnels de laboratoire par rapport au droit des PvVIH à bénéficier ou non de la gratuité. La gratuité déclarée en 2010 n'évoque pas la prise en charge de ces examens.

lorsqu'ils sont introduits dans les structures, il reste difficile aux hommes de bénéficier de tous les avantages de la prise en charge, autant du fait de la vivacité de dispositions culturelles de référence que du fait du système de santé.

Rôle de « care » des femmes et prise en charge de l'infection à VIH

Dans cette partie, il s'agira de voir comment l'expertise féminine acquise dans les services de santé en général, du fait de son rôle particulier dans la reproduction, mais aussi de son statut de soignante domestique intervient dans l'accès des hommes aux lieux de prise en charge des PvVIH.

Le « care », de la pratique infirmière au rôle de femme

L'analyse de la relation des personnes au médicament dans le couple a déjà montré comment l'habitude de suivre des soins prénataux et infantiles dans le système de santé est susceptible de favoriser l'accès des femmes aux soins dans ces structures si elles sont malades : « En attribuant aux femmes la charge du maintien de la santé des enfants, ils leur permettent de connaître le fonctionnement du système de soins, les modes d'organisation de la prévention, du dépistage et du suivi de long terme. Les femmes s'accommodent ainsi du temps passé à l'hôpital, voire le mettent à profit pour établir des relations susceptibles de les aider » (DESCLAUX & DESGRÉES DU LOÛ, 2006, p. 3).

Les données épidémiologiques laissent entrevoir les femmes comme les principales utilisatrices des services de santé. En effet, au-delà d'un taux de mortalité maternelle qui reste élevé, (700 pour 100 000 naissances vivantes), et que plus de la moitié des femmes accouchées ont bénéficié de soins prénataux auprès de professionnels de santé. En milieu urbain, au moins 33 % des mères ont effectué les quatre visites recommandées par l'OMS tandis que 52,1 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV²⁰⁸, et que tous les enfants ont reçu le BCG²⁰⁹ (MS, 2006 : p. 7). La couverture projetée comme totale de ce vaccin administré aux nourrissons à partir de leur sixième mois dénote d'une fréquentation des centres de soins de santé maternelle et infantile (SMI) par les mères. En raison de leur vulnérabilité liée à l'âge, au sexe et aux activités, le couple mère-enfant fait l'objet de programmes d'actions spécifiques basées sur les soins de santé primaires (MS, 2000 : p. 14). De tels chiffres sont par contre inexistantes pour les hommes, et les taux de fréquentation des structures de santé (MS, 2006 : p. 23), en agrégeant les sexes, ne renseignent pas non plus sur les hommes, tout comme la vague notification de l'implication insuffisante des hommes dans le document de politique nationale (MS, 2000 : p. 14). Les services de santé apparaissent ainsi, dans les chiffres tout comme dans les documents de politiques sanitaires, comme les domaines des femmes et de leurs enfants. De la question de la survie de l'enfant à la réduction des risques de la maternité en passant par la

208 Programme élargi de vaccination

209 Bacille de de Calmette et Guérin, un vaccin contre la tuberculose, nourrissons.

planification familiale, les femmes s'habituent à fréquenter les structures de santé, souvent sans leurs époux dont l'absence est souvent justifiée par l'absence de disponibilité du fait d'un travail rémunérateur, et qui met en avant leur rôle social de pourvoyeur de ressources. Pourtant, l'expérience acquise par les femmes à force de fréquenter les services de santé est souvent utilisée pour aider le mari, quand ce dernier doit à son tour se rendre dans ces lieux pour sa santé, comme nous l'avons déjà vu dans la première partie de ce travail qui porte sur le rapport de genre et médicament du paludisme. Les récits de Marie soucieuse de la santé de son mari, de Filomène qui, malgré sa pauvreté sait préserver ses enfants des médicaments de la rue, d'Aminata toujours à l'affût du moindre cri de son enfant, et particulièrement celle de Zallé en attestent.

Madame Zallé, en retraçant les derniers moments de la maladie et de la vie de son défunt mari, donne une illustration claire du rôle domestique de soignante familiale de la femme, mais aussi la manière dont le rôle se prolonge dans les services de santé, quand l'homme doit s'y rendre. Comme l'explique Zallé, cette présence de l'épouse est d'abord justifiée par sa meilleure connaissance physique des lieux (l'emplacement des différents services), mais aussi par sa maîtrise des us et coutumes (l'attente obligatoire pour le patient anonyme, les privilèges des PAC²¹⁰, la nécessaire soumission au soignant). Elle est aussi largement justifiée pour son rôle fréquent de médiation entre les soignants et l'homme malade : « *Et quand je l'accompagnais, il fallait supporter ses plaintes ; il trouvait qu'il y avait trop de monde en attente, que les soignants étaient mal organisés, et que certains patients qui avaient des connaissances dans les équipes de santé passaient avant les autres. Il revenait toujours énervé, en jurant de ne plus remettre pied en ces lieux (...)* ». La présence de la femme se justifie ici autant, par sa capacité de médiation que par la faible accoutumance de l'homme aux services de soins. Son discours insiste bien sur le besoin de calmer l'homme face à ce qu'il considère comme des irrégularités de la prise en charge (et qui l'énervent). Le discours de la femme sur ces « irrégularités » si insupportables à l'homme montre qu'elle les considère, en tant que femme accoutumée à ces lieux, comme des constantes auxquelles il faut savoir s'adapter quand on a recours aux services de santé. Ainsi, dans les services de santé en général (les services de santé maternelle et infantile, mais aussi les services de soins généralistes comme les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ou elles accompagnent leurs enfants, grands ou petits, et les autres membres de la famille rendus dépendants par la maladie, et notamment le mari, peut se retrouver une population d'accompagnants majoritairement féminine.

La continuité de l'assistance féminine aux malades de la famille, et particulièrement à l'homme dans les services de santé met les femmes à la jonction entre le travail domestique de santé et le « care » infirmier sur les lieux de soin des PvVIH : le « care » apparaît comme un continu, qui s'étale de l'espace domestique aux services de santé en général et aux lieux de prise en charge des PvVIH en particulier, et dont elles sont les principales actrices. Agissant de concert avec les soignants, sur les lieux de soins, elles doivent

210 PAC : Parents, Amis et connaissances, terminologie utilisée par J-P Olivier de Sardan () pour désigner les personnes qui bénéficient d'avantages particuliers dans les services de santé en Afrique, par opposition au patient anonyme qu'il décrit comme étant généralement mal traité (Olivier de Sardan, 2003 : p. 266).

poursuivre seules les actions de suivi des prescriptions et les différents actes thérapeutiques qui relèvent du patient à domicile. ce stade de la réflexion, une définition plus élaborée du « care » permet une meilleure analyse de cette jonction entre rôles de femmes et rôles des infirmiers dans l'interface domicile et services de santé. Florence Nightingale apparaît comme la première à avoir clairement émise sa théorie d'une profession infirmière mettant l'accent sur l'observation (qui indique comment est le patient), la réflexion (ce qu'il faut faire), la formation (comment il faut la faire et qui suppose l'apprentissage continu, l'acquisition de compétences pratiques), à travers deux articles intitulés «Infirmières, formation des» et «Les soins aux malades» (ATTEWELL, 2010). Les travaux de Marie-Françoise Collière mettant en lumière, d'une part, la déshumanisation du malade confondu en milieu hospitalier à son organe malade (COLLIÈRE, 1990 : p. 117-118), et d'autre part l'introduction d'une dimension anthropologique dans l'approche de santé pour établir une relation soignant-soigné. L'observation et l'écoute des mères à partir de soins banals, font apprendre aux infirmières que les femmes ont, dans leur rôle de mère, une action positive et décisive sur la santé des enfants. Cette étude aboutit à la revalorisation des actrices de soins domestiques, en lieu et place de l'habituelle culpabilisation /discréditation dont les mères sont généralement l'objet, au profit d'un partenariat avec les personnels de santé. Issu de toutes ces réflexions, le mot anglais « care », peut être traduit en français par "prendre soin" en insistant sur la dimension "accompagnement du malade"; au sens d'une approche de la relation thérapeutique centrée sur le patient. Rattaché aux valeurs morales, le « care » apparaît comme une déclinaison féminine de l'altruisme.

Cette analyse rappelle au Burkina Faso le rôle souvent attribué aux femmes par les personnels de santé dans la gestion des patients, non seulement au domicile, mais aussi sur les lieux de soins. L'utilisation des accompagnants, généralement des femmes, comme auxiliaires ponctuels de soins est par ailleurs justifiée par l'insuffisance des ressources humaines par rapport aux besoins, (MS, 2001 : p. 17). Le « care » apparaît donc une disposition de la profession médicale, qui renvoie aux pratiques des femmes, quand elles accompagnent des malades de leur famille, pour l'administration traitement ou leur stimulation, pour l'aide aux soins corporels ou encore pour l'exécution de certaines activités à leur place, leur accompagnement et leur orientation dans les services de santé, la médiation si besoin avec les personnels de santé. Le care, définit comme l'action de « *mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature* »²¹¹ est une occasion qui réunit les soignants et les femmes autour de l'homme en besoin de traitement.

Ainsi, le « care » implique le besoin de l'expertise féminine pour l'homme, non seulement pour des soins infirmiers (administration de médicaments, soins corporels), mais aussi pour faciliter l'accès aux services de santé à tous les niveaux.

211 Citation attribuée à Florence Nightingale, 1859, sur le site de l'agenda médical, [En ligne], consulté le 20 octobre 2010, URL : <http://www.agenda-medical.fr/soins-infirmiers-146.php>

Rôles de « care » des femmes sur les lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH

L'assistance des femmes aux hommes sur les lieux de prise en charge des PvVIH ne dépend pas du niveau de spécialisation des soins (des infirmiers ou des médecins) mais peut être observée à diverses étapes. Le rôle de care des femmes auprès de leur conjoint apparaît ainsi à plusieurs niveaux de la prise en charge des hommes infectés par la VIH : accès aux structures de traitement, accès aux différents services en leur sein, rapport aux soignants...

Plusieurs femmes ont rapporté avoir conduit leur conjoint sur les lieux de prise en charge (Annexes 4-1-a, Tableau 2). Patricia a dû s'occuper de son mari qui est tombé malade bien avant elle, avant de tomber à son tour malade ; elle explique ainsi en 2004 : *« Il était malade (...). Cela commencé par le ventre ensuite les côtes, le cœur (...). J'étais en pleine forme. C'est moi qui l'amenais à l'hôpital faire les examens sanguin, de selle, etc. Il n'y a pas cet hôpital à Ouaga, là où je n'ai pas été. Je l'amenais par le « wefo »²¹², vélo, à l'hôpital. C'est avec mon vélo. Le simple vélo seulement »*. Malgré tout, le test VIH du mari n'a jamais été fait, il aura fallu la maladie de la femme pour rendre possible le test qui établit sa sérologie VIH positive, avant qu'elle ne puisse décider l'homme à faire à son tour le test. Natou à qui le médecin avait déjà demandé, à la vue de sa sérologie VIH positive, d'inviter son mari au test s'est d'abord butée à une réticence ; elle explique en 2005 : *« Il dit de lui laisser le temps, il va réfléchir »*. Avec l'insistance du médecin et le soutien de celui-ci et de ses collègues, elle saura profiter de l'opportunité d'une crise de « palu » particulièrement sévère, pour le conduire, non dans n'importe quel centre de santé mais plutôt dans un centre de santé non spécifiquement du VIH où le médecin traitant de Natou intervient. Ce dernier connaissant déjà la situation trouve alors les mots pour convaincre le mari au test. Elle poursuit *« Quand il a fait le dépistage, il s'est trouvé que lui aussi, il était atteint ! Et le médecin nous a donné le traitement à deux »*. Il en a été de même pour Safi, Nicole et Christine qui ont chacune utilisé diverses stratégies face à la réticence ou à l'incrédulité de leur conjoint pour le conduire pour la première fois dans la structure de prise en charge de l'infection à VIH, pour un test.

Après avoir introduit leurs conjoints, certaines femmes doivent encore se substituer à eux pour leur permettre d'accéder à certains services du fait de, leurs difficultés à s'adapter aux conditions organisationnelles de la prise en charge. Christine, comme Safi, Patricia, et Natou ont pris l'habitude d'aller chercher les médicaments chez le médecin à la place de leur mari qui, autrement, n'irait pas de lui-même. Christine explique : *« Il dit qu'il n'est pas malade ; il n'est pas sidéen comme moi. Alors que lui-même il sait qu'il a la maladie. Il a fait le test et il a la maladie. Mais pour ses produits, il faut toujours que je demande au médecin ; je lui dis que si lui, il ne donne pas, mon mari ne va jamais venir ici ; il dit qu'il a son travail. Alors, il me donne. Même pour les démangeaisons au sexe-là, il n'est pas venu. Il utilise le même produit que moi »*. Les mêmes femmes ont dû faire le rang à la place de leur conjoint. C'est que nous explique Natou en 2005 : *« Je le laisse au lit, je me lève à quatre heure du matin pour aller faire la queue pour sa consultation. Quand son tour arrive, je l'appelle sur son téléphone portable pour*

212 « wefo » (soit un vélo soit une moto)

qu'il vienne prendre sa place. Si je ne fais pas comme ça, il n'ira jamais à la consultation. Aller s'aligner ? ... ? Lui ? Il ne le fera jamais ». C'est ainsi qu'elle explique comment, une fois, elle s'était levée comme d'habitude pour aller se substituer à lui dans les rangs de la consultation médicale ; l'approche de son tour d'entrer, vers 10 heures, quand elle l'appelle pour qu'il vienne, son mari l'informe qu'il se trouve à plus de 350 kilomètres²¹³ de là, sur l'un de ses chantiers ! Christine avait, elle, réussi à faire venir son mari pour sa première et sa dernière fois en 2005, après le test. Néanmoins, c'est elle qui devait s'aligner pour lui : « *Sa première fois de venir ici la même c'est le zona (rire) il se lève il va faire un tour dehors et puis il revient, (Il précise) que si lui, il voit quelqu'un ici (de sa connaissance), il va dire que c'est moi qu'il a accompagné (rire)* ». Ces récits laissent transparaître également la faible considération que leur conjoint séropositif accorde aux efforts que font leurs femmes pour les aider à accéder au traitement.

Dans les cas fréquents de conflits avec les prestataires de soins, ou de simples frustrations ou manquements de l'homme, ce sont encore les femmes qui assurent la médiation. Patricia dont le mari refuse de faire le prélèvement sanguin nécessaire au test explique les termes de son intercession pour l'homme auprès des prestataires en 2005 : « *Il dit qu'il ne va plus faire de prélèvement sanguin (test VIH). Ceux de l'association disent également que, s'il ne fait pas le prélèvement sanguin ici, ils ne vont pas lui donner les médicaments; ah!, moi aussi je leur ai dit de faire pardon, puisque si lui il est couché moi aussi je ne peux plus rien* ». C'est aussi le cas de Safi qui a dû intervenir auprès des soignants pour qu'ils acceptent de prendre prioritairement son mari pour le test VIH, avant que ce dernier, qui a toujours manifesté son manque d'empressement, et qui venait pour la première fois dans l'association en 2006 alors que sa femme y était suivie depuis 2003, prétext l'affluence pour se soustraire. Elle obtient gain de cause du fait de son dynamisme, et permet ainsi à son mari, presque malgré lui, d'accéder à la première étape de l'accès à la prise en charge.

La femme peut également être amenée à transmettre les discours et autres consignes des prestataires de soin à son conjoint. C'est ce que relève Safi en 2006 : « *Après mon test, ils m'ont informée que j'ai la maladie. Ils m'ont dit ensuite de faire venir mon mari, pour qu'il fasse un examen pour voir ce qu'il y a. Lorsque je suis allée dire à mon mari, il m'a dit qu'il n'avait rien, donc il n'allait pas aller*», (Safi, femme mariée, 27 ans, 2006). Christine témoigne également avoir transmis le message du médecin : « *Pour prendre la grossesse, 'il (le docteur) m'avait dit ..., de faire venir mon mari... Il est allé ils ont discuté et il était d'accord ; mais quand il est revenu il me dit qu'il n'écoutait même pas le docteur* » (Christine, mariée, 39 ans, 2007).

Ainsi donc, de l'accompagnement des hommes dans les lieux de prise en charge à l'intercession pour eux auprès des prestataires de soin, les montrent que le rôle de « care » des femmes est reconnu et utilisé par les hommes en besoin de traitement, mais aussi par les soignants.

213 L'homme disait se trouver à Gaoua. La distance Ouaga-Gaoua est de 365 Kilomètres.

Le rôle de « care » des femmes dans l'infection à VIH à domicile et auprès des familles

Au-delà des structures de prise en charge, le rôle de « care » des femmes auprès de leur conjoint se poursuit dans les domiciles, notamment dans le suivi des traitements, dans leur administration, leur gestion ainsi que la gestion de la confidentialité, tout comme il a toujours été de mise pour tout problème de santé, suivi ou non dans les services de santé. Le soutien des femmes à leur conjoint à ce niveau réside d'abord dans l'assistance à la prise de médicament, à plusieurs niveaux.

- En donnant les médicaments en temps voulu. Comme l'explique Natou : « Le matin, ..., quand on finit de déjeuner, moi je prends les deux produits, je pose. J'avale pour moi et puis j'enlève pour lui, je lui donne. Si je ne suis pas là, il ne prend pas... ».
- En vérifiant les prises. La même femme explique également comment elle est obligée de vérifier les prises du fait de l'éthylisme de son mari : « Parfois, il est dans l'alcool, il vient, il ne prend pas. Je vérifie... » ; ou encore, « ... quand il vient..., je lui demande : « Tu as pris ? ».
- En organisant le rattrapage des prises manquées. En cas de besoin, Natou peut alors s'arranger pour que soient rattrapées les prises manquées par son mari : « S'il ne prend pas » ou encore, « ... S'il dit qu'il a oublié, je dis 'bon ; tu te lèves, tu prends ; c'est comme ça'... ».
- En préservant la confidentialité. Le « care » à domicile suppose aussi, souvent, dans le cas de l'infection à VIH, d'aider le mari à maintenir la confidentialité. C'est notamment le cas quand le couple vit dans une promiscuité importante avec d'autres personnes, par exemple du fait de la présence d'enfants ignorant tout de la séropositivité de leurs parents. Ceci amène Christine à développer une stratégie simple mais efficace : « Quand je prépare son petit déjeuner, j'enlève par exemple ses ARV pour la prise, je les mets dans son pain et je dépose. Dès qu'il ouvre son pain, il voit le médicament... Quand il arrive, il n'ouvre pas, il sait seulement que ça se trouve la dedans », (Christine, mariée, 39 ans, 2004).
- En incitant le mari au traitement. Le « care » peut également consister à stimuler le mari, pour qu'il aille suivre des soins. Natou réagit vivement à la vue des substances glaireuses sur les sous-vêtements de son mari sans que lui-même n'en fasse un problème. « Ca c'est quoi ça ? » ; 'il dit qu'il ne sait pas. Je dis, mais tu vas mourir. Ça en tout cas, tu vas mourir²¹⁴ (...). Je suis allée voir son frère là, je lui ai dit ». Cette démarche de Natou permettra par la suite la prise en charge de son mari par un gastrologue.
- En cachant la « honte » du mari. Ce sont elles qui sont chargées de tous les soins corporels du malade, allant du simple toilettage à des actes plus délicats comme application de produits sur des parties intimes du corps comme l'a fait Natou. Elle notifie également la gestion très secrète qu'elle a dû faire des slips inondés d'un liquide glaireux de son époux, en les

214 Pour dire qu'il s'expose lui-même ainsi à la mort.

regroupant alors que ce dernier les cachait dans les recoins de la chambre et des meubles. Selon elle, sans s'en rendre compte, il laissait ainsi ces objets à la merci de la curiosité des enfants. L'épouse corrige ce qu'elle considère comme une maladresse masculine en rassemblant et en jetant ces objets incognito dans la fosse septique familiale.

Le rôle de « care » de la femme à domicile peut également prendre d'autres dimensions en cas de gravité de la maladie, et de mort. Patricia, 40 ans, *moose* tout comme son mari qui vient également du même village qu'elle, partage ici son expérience.

- En se substituant à son *buudu* quand tout va mal. « Quand il est malade le *buudu*²¹⁵ ne s'en occupe pas. Je l'ai poursuivi de venir ici²¹⁶, de venir ici il refusait. Quand c'était très grave je suis venue pleurer ici ils disent que eux ils ne peuvent plus (aller le chercher)²¹⁷. J'étais obligée d'aller chercher quelqu'un (un soignant) pour venir le voir à la maison. Il ne pouvait même pas monter sur mon vélo. Et personne même n'est venu me donner un coup de main. Les gens de son *buudu* venaient souvent le voir (quand il était encore sur pied). Mais quand c'est devenu comme ça (grave), personne n'est venu ». Quand la situation sanitaire de son mari est devenue critique, ni sa famille, ni l'association, ni les voisins ne pouvaient l'aider. Ces derniers par exemple, n'étaient pas là pour aider le malade à monter sur le vélo de sa femme. devait se débrouiller seule pour sauver la vie de son mari.
- En veillant au maintien du lien social entre le *buudu* démissionnaire et le malade condamné. C'est encore à elle d'assurer le maintien du lien entre une famille qui fuit ses responsabilités face à un malade qu'elle considère condamné (charges sociales), et un mourant en quête de socialisation ultime. Elle explique ainsi que le diagnostic social du sida avait déjà été établi pour son mari : « *Ils ont su (...). On a fait près de deux mois à l'hôpital. Aucun de ses frères ..., celui qui le suit-là, c'est une seule fois qu'il est venu le voir. Là aussi, il a fallu que je me déplace vers lui pour qu'il se décide un jour à venir le voir* ».
- En veillant au maintien du lien social nécessaire au mourant, pour le rituel mortuaire à venir : « *Quand il est venu le voir, dès qu'il est rentré dans la maison, il a demandé qu'on le fasse venir pour qu'il le voit avant de mourir que sinon s'il meurt arrivé à « taoran²¹⁸ », l'au-delà, si on lui demande s'il a vu un tel, il sera obligé de dire que non. On est allé donc l'appeler « il lui a dit (le malade a dit à son frère venu le voir) que comme il est là maintenant, de ne pas partir pour le moment. Il faisait une forte fièvre. Il lui a dit qu'il a fait six ans de maladie avant de mourir. Et que son frère n'a même pas été capable de passer une seule nuit avec lui. C'est sa femme seulement donc il veut que aujourd'hui il passe la nuit avec lui afin de donner coup de main à la femme et partir le matin. Son frère a refusé de rester. Ils sont cinq de la même mère. C'est lui qui est le cinquième. Tous les quatre autres étaient présents ce jour-là. Mais ils n'ont pas passé la nuit ils m'ont laissée comme ça (seule avec le*

215 Famille élargie, lignage

216 J'ai insisté en vain auprès de lui pour qu'il vienne à l'association

217 Ne disposent pas d'ambulance pour aller le chercher dans la zone excentrée du non-lotie

218 Vient de la racine « taore » qui signifie « devant », et du suffixe « wa, an » qui peut se traduire par « là »

mourant). Rester aider un peu la femme et partir le lendemain, c'est demain seulement, demain seulement vous serez chez vous. Ils ont refusé ; qu'il faut qu'ils partent. C'est cette même nuit qu'il est décédé ».

- En interférant à ses risques et périls, dans le domaine du *buudu* et du sacré, pour le défunt : *« J'étais obligée de réveiller les voisins moi-même pour les informer, faire sortir l'enfant la nuit, pour les informer. C'est l'enfant qui s'est promené pour les informer ».*

Ce récit, qui met en lumière de multiples modes d'intervention, appelle plusieurs analyses concernant le rôle des femmes. Ainsi on peut lister :

- Un rôle de « care » qui use sans contrepartie : le décès de son mari, Patricia raconte : *« C'est des problèmes. Tout ce temps qu'on a fait à l'hôpital j'étais devenue, déjà que j'étais malade même. Apporter ne serait ce que deux ou trois plats²¹⁹ de mil après le décès de préparer pour mes enfants (racler la gorge) non, trois jours après le décès ils sont venus dire que voilà que comme j'ai un vélo, c'est mieux pour moi de prendre mon vélo sortir aller chercher de quoi nourrir les enfants (...). Moi je leur ai dis, 'Mais est-ce que vous donné un peu d'argent pour que je fasse du commerce? Pendant les « combien » de mois que je suis restée à l'hôpital à m'occuper de lui, où est-ce que vous voulez que je trouve de l'argent pour faire du commerce ?' ».*
- Un rôle de « care » qui ne protège ni la femme ni ses enfants de la spoliation : *« Et quand il y a eu la messe, ce que les gens ont donné lors du décès pour que j'achète du riz, du maïs ...Et payer la scolarité des enfants ; ils ont pris tout l'argent des salutations là, bouffer. Oui bouffer et ils sont là assis (...). La scolarité des enfants, tout ça ; ses frères cadets ont tout pris, « n'ri faa²²⁰ » bouffer. Moi je ne peux pas passer mon temps à réclamer aussi, si bien que mon enfant a encore raté son CEPE »*
- Un rôle de « care » qui ne change rien à l'altérité du statut de la femme *« C'est eux que les gens viennent saluer. Ils ne saluent pas la femme. Non la femme ? Si ce n'est pas les gens de son « buudu » à elle qui la saluent, tout le reste de ceux qui viennent saluent les propriétaires du décès (kuura ramba)²²¹ ».* Mais qui valorise la soumission de la femme et son altruisme. Cette valorisation apparaît dans la séquence de l'attente de son frère par le mourant ; quand ce dernier est arrivé, Patricia poursuit : *« Arrivé, il lui a demandé de l'excuser parce que toutes les fois qu'il tente de venir il est empêché ».* Elle reprend les propos du mourant disant : *« Que n'eut été le dynamisme de la femme-là (de Patricia) il allait mourir sans que personne ne vienne le voir. Moi je n'ai rien dit ; j'étais là assise (...) ».*

L'analyse du rôle de « care » de la femme dans la sphère domestique dégage deux niveaux de tâches : celles courantes, simples, physiques et sans risque sociaux majeurs, et qui consistent en fait à des tâches domestiques de santé de femmes. Le second niveau montre des rôles décalés en rapport avec les responsabilités des femmes dans le système traditionnel ; du fait de son

219 Un plat, unité de mesure équivalente à environ trois kilogrammes de grains

220 « ri » vient de « riibo » qui veut dire repas, nourriture, et « faa » veut dire « tout ; ri faa peut se traduire donc par « tout manger ».

221 Frères est mis ici pour désigner tous les descendants directs ou classificatoires en ligne agnatique (masculine).

statut d'étrangère susceptible d'être dangereuse pour le lignage, la femme est normalement tenue à l'écart dans les manipulations et autres rituels impliquant les ancêtres du *buudu* marital auquel elle n'est pas liée. Le contexte urbain, et l'isolement fréquent des membres masculins d'un même lignage, ne permet plus la même gestion des s que dans le *yiri* ou le *zaka* traditionnels qui sont des unités de résidence pouvant regrouper plusieurs ménages sous l'autorité d'un seul chef de lignage, *yirsoba*, ou d'un seul chef de concession *zaksoba*. La dispersion des unités de résidence dans le contexte urbain, surtout pour les nouveaux arrivants majoritairement installés dans des parcelles en zone non-lotie²²², projettent des femmes, comme Patricia dans ce récit, au devant d'acte relevant en premier lieu des membres du *buudu* de leur mari, notamment les rituels de fin de vie et d'annonce de décès. De tels actes présentent des risques pour les femmes car toute erreur est susceptible d'être interprétée comme un acte malveillant de l'étrangère à l'encontre du *buudu*. En outre, aucun retour positif de ces actes n'apparaît pour la femme. La succession des actes d'altruisme total pour préserver la vie ou assurer une « mort acceptable » à son époux ne lui valent en tout et pour tout que la reconnaissance d'être « une bonne femme ». Cet altruisme, quel que soit les sacrifices qu'il lui aura coûté, ne change cependant rien à son statut d'étrangère, et ne sauvera ni elle ni ses enfants de la spoliation.

Une dépendance et une responsabilité maternelles qui réhabilitent les femmes sur les lieux de prise en charge

Les discours féminins et masculins convergent pour présenter le souci des enfants comme la première cause de la motivation des femmes à aller dans les lieux de traitement, et à s'y investir dans les activités.

Selon Patricia, 40 ans, *moose* et marié à un *moose*, vendeuse de légumes mère de quatre enfants de moins de quinze ans dont deux sont déjà décédés, le souci est davantage le sort des enfants que sa propre maladie : « avec l'association (...), la maladie ne constitue plus un souci au point de ne pouvoir pas dormir. Ounoum, c'est le fait de ne pas avoir les moyens, le côté des enfants, le problème de nourriture (...). Mon souci c'est d'être en bonne santé et pouvoir trouver de quoi nourrir mes enfants (...). Ce que je demande à Dieu c'est qu'il me donne la santé pour que je puisse avoir à manger pour mes enfants afin qu'ils n'aient pas faim ; (...). Je n'écoute pas les dires des gens, c'est de pouvoir avoir à manger, m'occuper des enfants, c'est ça mon souci (...). Si je me lève le matin et que je suis en bonne santé je sors je vais avoir cinq cent (500) francs ou mille (1 000) francs, pour venir donner à manger à mes enfants et à mon mari, qu'ils puissent boire à leur soif, se laver proprement (...). Que *zaksoba* de famille ait les moyens ou pas ça te regarde. Tu dois acheter les médicaments et t'occuper des enfants. Tout, cela devient des problèmes, non seulement tu as la maladie mais y a aussi les soucis (...). Par exemple moi je suis couchée, les enfants pour qu'ils aient à manger c'est tout un problème ». Patricia décrit ici comment l'alimentation de la famille lui incombe à elle l'épouse, que le mari ait pu lui remettre l'argent

222 C'est le cas du mari de Patricia, issu comme ses quatre autres frères du village proche de Saaba (banlieu Est de Ouagadougou). Ils se sont tous installés dans la zone non-lotie du secteur 28 dans la ville et pratiquent de petits métiers ; le mari de Patricia par exemple était boucher. La distance et leurs préoccupations quotidiennes pour leur subsistance provoquent le relâchement des liens de sang, même face à la mort comme nous montre le récit de Patricia. Cette situation projette la femme dans des rôles revenant en principe aux membres du même *buudu*.

des condiments *zeed ligidi* ou pas. Même touchée par la maladie et obligée d'acheter elle-même ses médicaments parce que le mari dit qu'il n'a rien, il faut néanmoins qu'elle continue à nourrir les enfants. Safi, une femme *moose* mariée à un homme également *moose*, 27 ans, vendeuse de condiments au , trois enfants dont un décédé, exprime également le même isolement face aux charges familiales, alors que l'homme est toujours présenté dans la société comme le pourvoyeur de ressources des ménages : « *Ce sont mes enfants-là qui constituent un souci pour moi, sinon rien (...). Oum, c'est moi qui m'occupe d'eux, si je sors et que je gagne je viens m'occuper d'eux, le jour où je ne gagne pas, on dort à jeun ensemble (...). Par rapport aux enfants-là, si je rentre la nuit je passe le temps à réfléchir : je réfléchi à ma vie, la situation misérable que j'ai vécue et que je continue à vivre, c'est ce qui me fait souffrir sinon « bssss bssss ».* Pour Koudbi, 48 ans, bisa également mariée à un bisa, mère de quatre grands enfants, le problème n'est pas seulement de les faire manger, mais aussi de leur trouver du travail : « *C'est le manque de travail-là seulement ; les maladies et le manque de moyens pour se soigner. Puisque la pauvreté est aussi une forme de maladie, nong'a mi y a banga (...). Quand tu es là, sans un seul sous, n'est-ce pas une maladie ? Puisque tu ne pourras pas dormir la nuit, en te demandant qu'est-ce que tu vas leur donner à manger. Ça même c'est un problème ; c'est ça même le gros problème. Puisque tu n'as pratiquement pas dormi de la nuit à cause de ça. ton réveil le matin, qu'est-ce que tu vas effectivement leur donner ? (...). Quand ils grandissent aussi, il n'y a pas de travail ».* Un entretien de groupe mixte en 2007 conforte ces discours individuels ; à la question de savoir quelle est leur motivation dans la fréquentation des structures, plusieurs femmes répondront en même temps : « *Ce qui fait que les femmes « sortent » beaucoup, pagba zoeta'b koamba ninbaanga n'yiide rappa'n (les femmes ont davantage de pitié pour leurs enfants, comparativement aux hommes) ».* Un homme reprend : « *S'agissant des femmes, même si elles ont peur de la honte, elles sont obligées de « suivre » par ce qu'elles tiennent des enfants. Étant avec les enfants, il y a des choses qu'elles ne peuvent pas supporter. Donc, (la femme) elle va mettre de côté tous ses principes pour aller chercher de quoi manger aux enfants. Et puis, quand l'homme sort le matin pour aller chercher à manger pour toute la famille, et il revient le soir. Il ne voit pas la souffrance des enfants toute la journée ».* Au cour du même entretien, l'étroitesse du lien entre survie des enfants et survie de leur père pour la femme est développée par un homme : « *Il y a également un autre aspect. S'il ne tenait qu'à l'homme peut facilement ne pas venir aux soins, attendre pour ce que ce qui risque d'arriver arrive (la mort). Mais la femme ne veut accepter de laisser son mari risquer sa vie. Elle tient à la vie de son mari. C'est à cause de ses enfants quoi ! S'il meurt en laissant comme cela les enfants, ça fait pitié. Que va-t-elle devenir elle et ses enfants ? Au moins, si l'homme est présent, ça vaut mieux. Comme cela ils peuvent s'entraider pour s'occuper des enfants au moins « deux jours » C'est pour cela que les femmes sont prêtes à tout pour la survie de leur mari. Elles sont prêtes à tout pour cela ; Y a rinda la pagba sen toen n maan bunba faa e'b sidba yiinga : 'e'b toin kiena, e b toin boonsgo, faa , pour dire, 'elles sont capable de faire les démarches, de supplier, de mendier, tout...' ».*

Ces discours révèlent d'abord, qu'en dépit d'une responsabilité reconnue du *zaksoba* dans l'apport de ressources pour la famille, ce sont les femmes qui, en réalité et en période de pénurie sont les seules sur qui les enfants pourront compter pour manger. Ils révèlent ensuite l'importance de l'engagement des femmes pour la cause de leurs enfants, dont l'existence, la survie mais aussi le devenir social apparaît comme leur raison de vivre, bien avant leur préoccupation pour leur santé de personnes séropositives. Ce souci constant des femmes pour leurs enfants, même au plus fort de leur maladie, renvoie à la responsabilisation sociale de la mère dans la naissance et la survie de l'enfant dans l'ancien système *moose* (LALLEMAND, 1977 ; EGROT, 2001 : p. 326 & 389) qui reste le substrat de cette population urbaine malgré son cosmopolitisme et sa modernité. La préoccupation pour le sort des enfants est souvent associée à celle que les femmes développent pour le mari, en tant qu'élément essentiel de l'intégration sociale des enfants et de leur devenir. Dans le système traditionnel en effet, si les femmes sont perçues comme les seules capables de reproduire des êtres humains, mais seuls les hommes ont le pouvoir d'en faire des êtres sociaux, membres à part entière des lignages (EGROT, 2001 : p. 327-328). La préservation de l'avenir de l'enfant rend la survie du père essentiel. La survie de l'époux protège également la femme du veuvage tout en lui donnant une protection dans la société. C'est ainsi que l'on comprend les propos de Safi qui explique clairement que son souci porte autant sur les enfants que leur père qui était alors malade et dépendant.

La cause des enfants justifie donc au niveau des femmes toutes les audaces, allant du mépris des regards accusateurs à celui des paroles malveillantes. Ainsi libérées de tout complexe, les femmes s'expriment sur ce qui les attache aux structures qui font de la prise en charge globale. Au cours de l'entretien de groupe mixte, une première femme lance : « *Quand tu viens ici, tu obtiens les médicaments, ce qui te donne la santé. Avec la santé tu peux encore courir pour trouver à manger à tes enfants* ». Une autre ajoute : « *Les femmes n'ont pas honte de s'aligner, à cause des enfants... cause des enfants, tu ne vas pas te cacher. Tu gagnes, on t'aide avec les médicaments, tu gagnes à manger et tu ne ressemble même plus à une malade. Si ce n'est pas quelqu'un qui va le dire, personne ne sait que tu es malade. Tu peux marcher pour aller résoudre tes problèmes, tu marches même plus que ceux qui ne sont pas malades* ». Une veuve ajoute : « *Donc, nous les femmes n'allons pas avoir honte. Tu vas avoir honte et faire comment ? Le mari est décédé te laisser, N'est-ce pas sur toi que les enfants s'appuient ? Si les enfants s'appuient sur toi (compte sur toi), et toi tu viens obtenir du soutien dans les associations, si tu vas rester à la maison, te cacher seule..., qui vas entendre tes paroles, qui va connaître tes problèmes ? Tu vas finir par tomber un jour, abandonnant ainsi tes enfants. Mais si tu sors partager tes problèmes avec les gens des associations, les soignants, les chercheurs...cela augmente ta force et ton courage. D'ailleurs, on nous aide avec les médicaments (on nous les donne), nous autres qui sommes assises aujourd'hui, si ce n'est pas toi-même qui sait, et ceux qui vivent avec toi qui le savent, personne ne sait que tu es malade. Du moment que j'ai fait le test et connu mon résultat, et surtout que j'ai eu de l'aide pour les médicaments, dans la cour, je n'ai jamais montré un signe de défaillance physique, me tenir à l'écart je continue à être comme avant, je continue mes activités, comme quand j'étais en*

bonne santé. Je ne cherche pas à me cacher. Tu gagnes de l'aide, des conseils, des vivres, alors que le buudu, ils ne savent même pas que tes enfants mangent, n'en parlons pas de toi. ». Les motifs de l'engagement féminin dans les associations révèlent également d'autres réalités de leur vie. Il s'agit notamment de leur solitude face à leur problème de santé, mais aussi face dépenses d'entretien des enfants. Ici, les pères, et leurs agnats en cas de décès, sont totalement absents. L'image de l'épouse et de la veuve seules face à des questions aussi vitales, alors qu'elles vivent auprès de leur mari ou dans les familles de ceux-ci posent des questions sur l'évolution actuelles des systèmes de solidarité lignagères.

Une prise en charge des femmes qui reste tributaire de la condition masculine

Le statut des femmes apparaît, même dans les conditions urbaines, un important brassage de populations d'origines diverses et une relative ouverture de la société ouagalaise au reste du monde à travers les mass-médias, encore fortement tributaire de normes et valeurs de l'ancien système *moose*.

Nous avons déjà vu que, bien que la femme au cours de vie et des lieux change de statut, le statut de l'épouse reste marqué par sa dépendance à l'homme et à la famille de celui-ci. Alors qu'au village, les aînés qui ont autorité sur les hommes du lignage, *buudu*, peuvent réguler les ardeurs des jeunes hommes dans l'exercice de leur pouvoir d'époux sur leurs épouses, la nucléarisation des familles urbaines peuvent renforcer le pouvoir masculin de décision. Dans le système traditionnel, il s'avère bien rare que le « groupe marital se décide à répudier l'une de ses travailleuses, l'une de ses génitrices », dont l'obtention est si difficile et la venue tant souhaitée (LALLEMAND, 1977 : p. 172). Ce sont plutôt les jeunes épouses qui ont tendance à quitter leur mari pour diverses raisons, et notamment si elles sont malmenées. Les conditions urbaines libèrent cependant les hommes de leur dépendance à la force productive des femmes dans les champs. En outre, l'habitude qu'ils prennent d'un salaire régulier exacerbe la responsabilisation de l'homme dans l'approvisionnement des familles en ressources. Les femmes, qui n'ont pas une activité rémunératrice sont dépendantes du bon vouloir de l'homme mais aussi de sa bonne fortune. Aussi, la plupart des femmes que nous avons interviewées exercent des emplois salariés (12/35 dans cette phase de l'étude) ou à défaut de petites activités génératrices de revenus (20/35) caractérisées par leur précarité (petit commerce, petit entrepreneuriat). Bon nombre de femmes exercent en fait des petites activités quelques heures par jour, afin d'améliorer l'ordinaire, et d'avoir une autonomie financière (ANTOINE NANITELAMIO, .1990 : p. 129). Ces activités leurs permettent de contribuer financièrement au fonctionnement du ménage ou de survivre face à toute irrégularité de l'apport masculin pour diverses raisons : maladie provoquant l'arrêt d'une activité lucrative, mésentente, baisse de revenu, chômage, etc.). Mais l'homme a bien souvent un pouvoir économique qui, associé à l'isolement du couple ou par rapport au reste du lignage, accentue la dépendance de la femme. Les épouses sont ainsi confrontées au phénomène de « deuxième bureau » qui constitue de « secondes familles » à la charge des époux, et qui

expose d'avantage les épouses à la répudiation. Par ailleurs, les situations de veuvage précipitent souvent les veuves et les orphelins dans une précarité du fait du développement de l'individualisme en milieu urbain. Que se soit dans la situation d'épouse ou dans celle de veuves, les femmes ont souvent besoin d'éviter les accusations qui sont susceptibles d'aboutir à leur condamnation et à leur répudiation. Parmi ces accusations, apparaissent les accusations de transmission de l'infection à l'homme (celle de Safi), celle de sorcellerie (Natou). La crainte de ces accusations motive également les épouses à tout faire pour maintenir leur mari en vie.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, les femmes acquièrent par leur fréquentation régulière des services de santé en général, un capital culturel et social qu'elles peuvent valoriser sur les lieux de prise en charge de l'infection à VIH. L'habitude de se rendre sur les lieux de soins permet à ces femmes de s'investir plus facilement dans les activités de suivi médical (s'aligner mensuellement ou trimestriellement pour aller dans le cabinet du médecin). Il en est de même des activités de distribution de vivres (s'aligner mensuellement pour recevoir des vivres) ou des animations de groupe proposées par des prestataires mais qui nécessitent la participation des bénéficiaires. Les groupes de parole féminins sont également souvent réputés pour leur vivacité, par rapport à ceux des hommes. Dans tous les autres domaines de la vie des structures (soutien aux orphelins et enfants vulnérables), soutien aux activités génératrices de revenus, formations divers (teinture, production d'objets d'art, couture), les femmes sont les seules ou les plus nombreuses à s'activer. L'analyse que nous avons déjà proposée de cette situation conclut à un système d'*empowerment* des femmes à deux niveaux. D'abord, au niveau des normes et valeurs féminines qui, en consacrant la dépendance des femmes, en les responsabilisant dans la naissance et la survie de l'enfant, et en relativisant leur rapport à la honte, contribuent à les rendre plus aptes à accéder à la prise en charge dans les conditions des structures, et rend leur expertise et leur « care » déterminants pour leurs conjoints. Dans un article à venir, le capital social et culturel acquis par ces femmes sur les lieux de soin a été décrit en sept points : leur bonne connaissance des lieux, leur réhabilitation dans ces lieux en tant que mère, leur capacités valorisées, notamment à travers les programmes PTME, leur rôle de « care » dans les ménages, la continuité entre « faire manger », et « faire prendre les médicaments », ainsi que leur rôle habituel de gestionnaire familiale du médicament qui les conditionnent (BILA & EGROT, 2010 ; BILA, à paraître/anrs)). Le second niveau de cet *empowerment* est le développement dans ces structures de programmes de soutien spécifiques aux femmes depuis longtemps identifiées pour leur vulnérabilité multidimensionnelle à l'infection, et qui ont tendance à s'investir uniquement au niveau des femmes, sans attention particulière pour les hommes (BILA & EGROT, 2009 : p. 859).

La portée de l'*empowerment* des femmes apparaît néanmoins déterminée par la situation statutaire des femmes par rapport à leurs maris. Leur dépendance à la décision masculine pour l'accès aux lieux de prise en charge a déjà été décrite dans les programmes PTME (ALFIERI & DESCLAUX, 2007). En outre, dans la présente étude, plusieurs cas d'impuissance des femmes, dans la négociation de l'usage du préservatif, dans fréquentation sexuelles extraconjugales du mari,

dans le dépistage et dans le suivi des traitements démontrent toute la problématique de l'accès des hommes et des femmes au traitement pour l'infection à VIH. Les exemples de Natou qui sautait les prises d'ARV pour ne pas révéler à son médecin l'incapacité de son mari à lui payer son traitement, les consignes du mari d'Aïcha pour qu'elle ne s'affiche pas sur les lieux de soin au risque de discréditer l'honneur de la famille, les consignes de Christine pour qu'elle ne s'affiche pas non plus sur les lieux de prise en charge, sont quelques exemples qui montrent toute la complexité de la pression masculine sur la femme, et qui peuvent compromettre, non seulement l'accès de l'homme au traitement, mais aussi celui de la femme.

TROISIÈME PARTIE

DES MÉDICAMENTS GENRÉS DANS DES ESPACES SOCIAUX DISTINCTS

Dans cette partie, nous allons développer la question de la différence entre les hommes et les femmes dans leur rapport au médicament dans le domaine précis de la sexualité, et ses déclinaisons dans une autre dimension que la sphère familiale, dans l'espace social. Il s'agira d'abord de voir si les différences de genre analysées dans les domaines de l'accès au médicament du paludisme et dans l'accès au traitement de l'infection à VIH apparaissent également dans le cas particuliers de l'utilisation de *médicaments* en relation avec la sexualité. Bien que le domaine de la sexualité puisse renvoyer aussi bien aux situations thérapeutiques telles que le traitement des IST et la gestion médicamenteuse de la procréation, tout comme à bien d'autres aspects de la question, nous proposons de nous pencher de façon plus approfondie sur le rapport des hommes et des femmes aux stimulants sexuels, et à tout produit en rapport avec le traitement des défaillances sexuelles et les référents locaux de la sensualité. Ce troisième axe de cette recherche permettra ainsi une analyse des rapports de genre dans le champ du *médicament*, dans une situation où la sexualité et la question de la capacité sexuelle de l'homme, exacerbent les échanges interpersonnels, tout en mettant en lumière le jeu des acteurs de la distribution de ces produits dans le système pharmaceutique. Cet axe de recherche permettra également d'éclairer les conditions des rapports de genre hors des couples, dans l'espace social et économique, à travers les profils d'activité et les capacités propres des personnes.

La présente analyse part du constat de l'existence de différents types de stimulants sexuels dans la société, des représentations de ces stimulants, de leur utilisation dans les stratégies individuelles, pour comprendre leur rôle dans l'enchevêtrement des relations entre la catégorie sociale des hommes et celle des femmes. Les représentations sociales qui sont faites des *médicaments*, leur utilisation par des acteurs sociaux dans diverses stratégies de survie physique, économique ou sociale, font de ces produits et des personnes qui les manipulent, des acteurs d'une réalité sociale donnée. Il devient essentiel, dans une réflexion anthropologique sur l'utilisation de ces produits, de décrire les interactions entre ces produits et leurs utilisateurs, ce qui les anime d'une certaine vie sociale (REYNOLDS WHYTE, VAN DER GEEST, HARDON, 2002 : p. 3). Nous proposons de montrer comment ces produits, quelles que soient leurs indications thérapeutiques de départ, obtiennent une vie sociale en tant que supports de rapports sociaux de sexe préexistants, et au-delà, en tant que marqueurs d'une évolution de la représentation du plaisir sexuel et facteur de construction de nouveaux marchés de produits liés à la sexualité en Afrique.

DES MÉDICAMENTS DANS LA SEXUALITÉ

Les recours de plus en plus affichés des personnes aux stimulants sexuels, la diversification des produits dont certains portent la marque de cultures lointaines, l'évolution du profil des acteurs consommateurs et vendeur, d'une culture de référence à un contexte urbain marqué par l'individuation des acteurs, sont mis ici en relation avec l'idéologie la conception actuelle des relations de couple autour de la sexualité à Ouagadougou.

Des catégories de stimulants sexuels à Ouagadougou

À travers les entretiens avec les utilisateurs, hommes et femmes, les revendeurs et vendeuses et par observation directe, en tout 117 stimulants de la sexualité ont été recensés. Ils se répartissent en 16 médicaments de la rue », 59 « secrets de femmes », et 18 produits issus des boutiques chinoises, et 21 vendus en pharmacie (Annexe 9). Cet ensemble donne quatre catégories de stimulants sexuels qui, au niveau des vendeurs et des utilisateurs, se dissocient davantage par leur origine, leur référence culturelle, leur répartition du rôle des acteurs, que leur nature. En effet, les frontières entre ces catégories restent lâches. Deux catégories de ces stimulants sexuels ont déjà été définies dans la première partie de ce travail sur les antipaludéens : les médicaments de la rue, et des produits vendus en pharmacie. Deux catégories de moins documentés sont décrites de façon plus exhaustive : les « secrets de femmes » et des produits des boutiques chinoises.

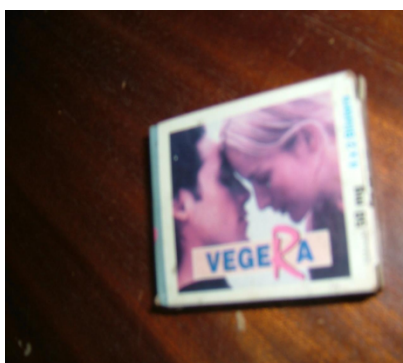
- *Les stimulants sexuels de la rue*

Cette catégorie de stimulants sexuels a déjà été définie dans la première partie de ce travail sur les antipaludéens. La catégorie des médicaments de la rue inclut en plus des antipaludéens et autres traitements, des stimulants sexuels dissimulés dans les sachets de médicaments divers. Le principe de la contraception qui permet de ne plus associer l'acte sexuel à l'avènement d'une grossesse inclut également ici les contraceptifs. Bien que d'une autre dimension, les produits de modélisation des corps, qui réfèrent aux critères locaux de séduction et d'érotisme sont également classés ici. Sur 16 identifiés parmi les médicaments de la rue, six sont des aphrodisiaques et dix participent à la modélisation du corps (Annexes 9, tableaux 1a & 1b). Les six premiers sont inventoriés chez l'ensemble des cinq revendeurs qui les désignent comme les plus couramment utilisés :

- Le *VEGERA*, qui consiste en des comprimés ovales bleus dont la composition indiquée sur l'emballage est le Sildénafil 50mg sans aucune indication du pays d'origine ni du fabricant ; la capsule qui doit être utilisée par acte sexuel et par jour coûte deux cents (200) francs CFA.

- Le *FITNESS PLUS* encore appelé amour *tîm* « le *tîm*, médicament pour l'amour », qui consiste également en des comprimés ovales dans des capsules opaques, et qui serait composé de plantes médicinales d'origine indienne, produite par *KAMALA OVERSEAS* en Inde, mais dont l'emballage stipule « For sale outside India only » ; les comprimés coûtent deux cent (200) francs l'unité, et un à deux comprimés sont conseillés par acte sexuel.
- Le *CEAH CEAH CREAM* est encore appelé par les vendeurs *rappa pomade*, « pommade de ou pour la virilité », sans aucune indication de l'origine ; le tube coûte mille francs et peut servir pour une dizaine de rapports sexuels.
- Le *MAN'S GOLD LEVITRA* consiste en deux comprimés ronds, blanc et bleu, contenus dans un sachet plastique, sans indication de l'origine ; Ces comprimés coûtent mille (1 000) francs et leur effet promis par le vendeur est de 100 heures d'activité dans le corps.
- Le cinquième de ces produits est à usage féminin, le *NEO-SAMPOON* ; un produit de présentation identique est vendu en pharmacie comme un antiseptique à usage vaginal. Cependant, les vendeurs proposent ce produit encore appelé *pagba maggi* pour l'augmentation du plaisir de la femme ; l'ovule coûte deux cent (200) francs CFA.
- La pilule *Secure* est le sixième produit, également présenté en trois plaquettes de dix comprimés (dose mensuelle), coûtant trois cent (300) francs. La posologie donnée par le vendeur, et dont le rapport avec le cycle mensuel féminin n'est pas établi peut questionner sur l'efficacité de ce traitement, et rappeler les critiques souvent formulées sur l'efficacité de ces médicaments.

Quatre de ces six premiers produits sont à usage exclusivement masculin, et sont indiqués pour l'augmentation du désir et des performances sexuelles des hommes. Les dix autres produits servent au modelage du corps en fonction des critères de virilité (aspect robuste) ou de la séduction féminine dans une société où la femme « bien en chair » est et reste une image d'érotisme.



Le Vegera appelé « viagra » par le vendeur qui le désigne comme le plus demandé des stimulants sexuels de son stock. Photo prise auprès de vendeurs ambulants de médicaments de la rue, à Ouagadougou, février 2007.

Les dix autres produits de ce premier groupe de seize sont utilisés pour le modelage du corps autant pour les hommes que les femmes.

- Le *DEXOMETHASONE* apparaît comme le plus emblématique des produits de modelage du corps ; il est encore appelé *dafourouba*, expression qui, en dioula, langue d'introduction de ce produit, fait allusion à l'apparition d'un embonpoint. Le *dafourouba* qui apparaît comme le plus célèbre des produits favorisant la prise de poids se situe en bonne place chez toutes les vendeuses de « secrets de femmes ». La notice sur l'emballage indique qu'il est produit au Ghana voisin par *LETAP PHARMACEUTICALS*. Selon le vendeur, une seule boîte de 100 comprimés et coûtant sept cent cinquante (750) francs suffit pour qu'une femme atteigne ses objectifs de poids en 30 jours ; il précise néanmoins que, mal pris, ce produit peut provoquer des déformations, et que par exemple, une fesse peut être plus grosse que l'autre. Il serait néanmoins apprécié des femmes qui se trouvent trop maigres.

Ces six produits brièvement décrits, mais aussi les dix autres utilisés pour le modelage du corps (Annexes 9, tableau 1b), concourent à la même recherche du plaisir sexuel et proviennent des circuits classiques des *médicaments* de la rue qui impliquent généralement des pays limitrophes (Ghana, Nigéria), mais aussi plus éloignés (Inde).

- *Les aphrodisiaques vendus en pharmacie*

Dans chaque officine pharmaceutique, quelques dizaines de stimulants sexuels sont généralement disposées non loin de la caisse, le plus souvent en face du client. Une vingtaine de ces produits se retrouvent dans presque toutes les officines, et 21 ont été dénombrés dans l'une d'entre elles, dont 20 exclusivement à usage masculin (voir annexe 9, tableau 4). Parmi les plus cités par les pharmaciens, il y a :

- le VIAGRA® 50mg (*sildénafil*) qui coûte trente mille trois cent quarante (30 340) francs pour les quatre comprimés,
- le STAMINA®, « support herbacé-minérale » selon la notice, et qui coûte huit mille cent soixante (8 160) francs pour les trente comprimés ;
- le PROCOMIL® SPRAY (*lidocaïne*), à six mille cinq cent vingt cinq (6 525) francs,
- et TITANE PUISSANCE XY® (extrait de plantes et de minéraux), à huit mille neuf cent quarante sept (8 947) francs les dix comprimés.

Selon les pharmaciens, ces produits sont essentiellement demandés par des hommes, et ne s'achètent pas si bien que cela. Un pharmacien a même évoqué la probabilité d'une préférence des utilisateurs pour des produits similaires, dans les médicaments de la rue, autant pour cause de discrétion que du fait de représentations populaires faisant allusion à une plus grande puissance des dosages de principes actifs dans les seconds.

Les « secrets de femmes » et les produits issus des boutiques chinoises, moins documentés précédemment sont décrits ici de façon plus exhaustive.

- *Muso ka dambe*²²³ ou « secrets de femmes »

Les 59 produits recensés sous cette appellation sont presque tous à usage féminin. Les « secrets de femmes » consistent en un ensemble de produits mais aussi de pratiques et de savoir-faire utilisés comme des instruments d'une culture de la séduction féminine. Cela apparaît tellement vrai que même certains produits appliqués en principe sur le sexe masculin, tels le *CEAH CEAH CREAM*, sont manipulés par les femmes qui doivent les placer dans le vagin où le contact du sexe masculin est attendu. Cette culture des « secrets de femmes » est souvent associée à un certain « savoir-faire » dans l'utilisation des stimulants sexuels mais aussi par un ensemble de comportements qu'adoptent les femmes pour être désirables pour leurs hommes. C'est ainsi que dans cette culture, la consommation de l'arachide et de sésame est proscrite pour les femmes car elle est sensée favoriser une mauvaise odeur. Par contre, les femmes s'appliqueraient à manger peu et léger le soir, en prévision de l'acte sexuel qui exige énergie mais souplesse. Les stocks de « secrets de femmes » regroupent en grande partie des produits issus des médicaments de la rue. C'est ainsi que l'ensemble des stimulants trouvés dans la rue, et décrit plus haut se retrouve également parmi les « secrets de femmes », ainsi que des produits chinois. Parmi les 59 produits recensés, 16 proviennent de la rue, 17 proviennent des boutiques chinoises ; les 26 autres produits se répartissent en 17 artisanaux en provenance d'Inde ou de Dubaï et neuf traditionnels (Annexes 9, tableau 2). Parmi les produits artisanaux en provenance de Dubaï, trois étaient rencontrés régulièrement :

- le *SWEET 16*, un thé en poudre à prendre dans une boisson chaude, et qui est sensé exciter l'homme et la femme, et qui coûte mille (1 000) francs.
- Le *GINGER UP CREAM* est une pommade qui est appliquée sur le sexe masculin et qui coûte également mille (1 000) francs.
- *L'ORIGINAL ZUMA* est un gel à base de miel qui s'applique dans le vagin de la femme et coûte mille deux cent cinquante (1 250) francs.



Un aperçu du mélange de produits « traditionnels » locaux ou d'importation, de produits artisanaux du Moyen-Orient (Mecque, Dubaï) et modernes chinois chez Angèle. Mars 2007.

²²³ Expression en dioula composé des mots : muso (femme), ka qui indique l'appartenance, et dambe qui veut dire ce qui est propre, réservé, secret. L'équivalent en moore de cette expression n'a pas été trouvé. Cela tend à renforcer l'idée des vendeuses selon laquelle cette culture est originaire de la région dioulaphone de Bobo-Dioulasso où elle aurait été diffusée à partir des quartiers à forte concentration de populations d'origine malienne (Diarradougou, Sikassossira, acquarville).

Quatre « secrets de femmes » traditionnels ou d'importation sont présents dans tous les lieux visités.

- Le premier de ces produits est le *gongonlili*, constitué de racines d'un roseau bien connu par les populations de l'Ouest du pays qui l'utilisent traditionnellement pour purifier et parfumer l'eau de boisson. Les bottes de ce roseaux, associées à d'autres racines et écorces et bouillies, donnent une boisson aphrodisiaque et épuratrice. La composition pour une préparation pouvant durer dix jours coûte mille (1 000) francs.
- Le *Wussunan* est constitué de gousses parfumées d'une herbe particulière qui était jadis brûlées pour chasser les mauvaises odeurs dans les cases, chez les populations de l'Ouest du Burkina en allant vers la frontière malienne. Aujourd'hui élaboré avec plus de composants parmi lesquels des parfums de synthèse aux vertus sulfureuses, le *wussunan* en dioula, *thiuraï* en wolof, est utilisé par les femmes, pour fidéliser un homme. Utilisé comme encens pour le corps, pour les vêtements, le parfum du *wussunan* élaboré dans un dessein précis suscite le désir chez l'homme.
- Les *bonbons aphrodisiaques* régulièrement présentés sont de trois sortes : d'abord les bonbons haoussa à base de miel provenant du Nigéria ; ensuite les bonbons blancs rectangulaires translucides (comme le sel gemme) et les bonbons de forme arrondies de multiples couleurs, qui proviendraient tous du Moyen-Orient. Ces bonbons coûtent vingt cinq (25) francs l'unité et doivent être sucés plusieurs fois par jour pour rendre la femme humide et sensuelle.
- Les « *rétrécisseurs* », appelés par les vendeurs les *serrer*, sont les produits emblématiques de la culture des « secrets de femme » en ce sens que leur utilisation n'offre aucune équivoque sur les intentions des utilisatrices. Alors qu'elles peuvent prétexter les mauvaises odeurs dans une maison pour introduire un *wussunan* aux effets déstabilisateurs pour l'homme, l'utilisation du *serrer* est d'une démarche claire de correction de la largeur du vagin en vue d'augmenter le plaisir de l'homme lors du coït. La présence de trois types de *serrer* qui représentent trois stades d'évolution différentes du même produits, mais aussi trois origines différentes (traditionnelle du Burkina, artisanal de Dubaï et moderne de Chine) chez une même vendeuse signe la capacité d'ouverture de cette culture vouée à la recherche du plaisir de l'homme. Le traditionnel est une petite bourse en cotonnade contenant une poudre à base de feuilles de baobab ; l'artisanal est une solution dans un étui, appelé *WOMAN CHAMP* en provenance de Dubaï ; le troisième est un gel *serrer* chinois ultra moderne avec applicateur appelé *WOMAN EROTISM*. Les prix sont également évolutifs ; de cent (100) francs pour le premier, à mille (1. 000) pour le second puis à deux mille (2 000) francs pour le troisième.

Selon les discours, ces « secrets de femmes » se diffusent de Bobo-Dioulasso vers Ouagadougou, plaque tournante des affaires, autant par les utilisatrices originaires de l'Ouest que par les revendeuses qui sont aussi, bien souvent, des initiatrices. Cette culture des secrets de femmes est ancrée dans les traditions reste néanmoins vivante, créative, et ouverte à toutes les

innovations en matière de stimulants sexuels. C'est ainsi qu'elle fait plusieurs emprunts. Elle emprunte d'abord à certaines populations de pays voisins culturellement proches comme le Mali, Sénégal, Niger, Nigéria (bonbons haoussa, Wussunan malien, nigérien et Sénégalais). Elle emprunte ensuite à des pays du Moyen-Orient ou d'Asie où sont commercialisés des stimulants sexuels similaires à ceux que l'on trouve au Burkina ou dans la sous-région, souvent dans des versions plus élaborées ; Sweet 16, Original Zuma, etc. proviennent de Dubaï, de la Mecque et même d'Indonésie. Elle intègre, plus récemment des produits issus des toutes récentes échoppes chinoises visibles dans à Ouagadougou depuis seulement quatre ou cinq ans (rétrécisseurs Woman Erotism). Indépendamment des stands lors de certaines foires, les « secrets de femmes », bien que de plus en plus recherchés sont rarement affichés. Ils sont vendus dans des salons de coiffures, dans des lieux de vente d'ustensiles de cuisine traditionnels ou de vente de pagnes.

- *Les stimulants sexuels récemment apparus dans les boutiques chinoises*

Depuis les débuts des années 2000, sont apparus à Ouagadougou des échoppes tenues par des commerçants chinois, et qui proposent une grande diversité de produits allant des matériaux d'entretien des maisons aux produits de beauté et aux stimulants sexuels. Sur 21 produits trouvés chez les revendeurs de produits chinois et dans les échoppes chinoises, neuf sont comptés parmi les stimulants sexuels les plus puissants récemment proposés aux hommes. Ces stimulants vont du VIAGRA 3 800 mg au VIAGRA 6 800 mg en passant par le VIAGRA 5 800 mg, si l'on s'en tient aux chiffres marqués sur les emballages.

- Le VIAGRA 3 800, arrivé dans le pays dans le dernier trimestre de l'année 2006 est celui qui bat encore tous les records de vente. Dans un emballage aux images pornographiques représentant un homme et une femme nus, apparaît un blister portant quatre comprimés ovales de couleur bleu. Ce paquet coûte trois mille cinq cent (3 500) francs CFA. La posologie est une prise d'un comprimé par l'homme, avec un demi-verre d'eau, 30 mn avant l'acte sexuel. Le VIAGRA 3 800 serait vanté par les utilisateurs comme un puissant stimulant du désir sexuel mais aussi des capacités sexuelles des hommes. Contrairement aux autres modèles de Viagra dont l'origine marquée sur l'emballage est la Chine, il est mentionné que le « VIAGRA 3 800 » est produit à Tokyo par Japanese Mayo Kaisha research Center.
- L'on peut lire sur l'emballage du produit appelé « VIAGRA » 6 800 mg que ce produit, en fait dénommé PLANT VIGRA, serait à base de yohimbe park, une plante africaine toujours verte. Selon le revendeur, il serait le plus récemment arrivé dans le pays (Janvier 2007). Il se présente dans un emballage métallique de couleur de fond bleue, avec l'image de feuilles vertes. A l'intérieur de cet emballage, 6 comprimés également verts, en forme de feuille sont contenus dans un sachet transparent. La posologie du vendeur recommande un comprimé à avaler dans un demi-verre d'eau par l'homme 30 mn avant l'acte sexuel. Son coût est plus élevé que celui du VIAGRA 3 800, et les six comprimés coûtent cinq mille (5 000) francs CFA. Il

nous prévient néanmoins que ce dosage de Viagra nettement plus puissant que les autres et est déconseillé pour ceux qui ont le cœur fragile. Rencontré un mois plus tard, il nous informe que le *Viagra 6 800* ne marche finalement pas bien et ceux qui l'achètent une fois ne reviennent plus. Selon le vendeur, ces clients craignent les problèmes cardiaques. Le *VIAGRA 3 800* reste selon lui, celui qui s'achète le plus. Mais entre ces deux modèles, de nombreux autres stimulants sexuels de type Viagra ou non sont disponibles.



Un lot de stimulants sexuels dans une boutique chinoise. Au centre, le Viagra 3 800 réputé être le plus puissant stimulant du désir sexuel mais aussi des capacités sexuelles des hommes, et le plus recherché par les clients. Des emballages très colorés, et des photos de corps souvent nus. Photo prise auprès d'une vendeuse de produit chinois à Ouagadougou, février 2007.

Par ailleurs, six stimulants de la dernière génération pour les femmes ont été identifiés chez l'ensemble des revendeurs. Les principaux « thé » et autres poudres pour boisson stimulantes à usage féminin sont : le « SLIVER FOX », le « WOMEN EROTISM », le « SHUI », le « XINGGANNULANG 2000 » et le « FLING LOVE ». Le condom « ULTRA PLEASURE » qui est ici davantage utilisé pour les effets stimulants de ses ventouses sur la muqueuse vaginale que pour une quelconque action de protection apparaît comme le sixième produit. Également appelé « Vibreur », il se distingue des cinq premiers parce qu'il est utilisé par l'homme.

De même, trois stimulants présentés comme adaptés pour les diabétiques et les hypertendus ont été identifiés : le « CHAOJIXIONGBA 600 mg », le « DANANREN 800 mg », et le « Viagra 200 mg ».

Cette brève description des produits permet de mieux comprendre les manières dont ils sont utilisés dans la relation de couple, et les enjeux dont ils peuvent être l'objet dans les stratégies sociales. Cette présentation montre également que les produits peuvent avoir une utilisation sociale différente de leur indication pharmaceutique. C'est le cas du NEO-SAMPOON, antiseptique à usage vaginal ici comme un stimulant sexuel pour la femme, ou encore le DEXAMETHASONE, un corticoïde utilisé pour ses effets connexes.

Des anciens rapports de genre qui se perpétuent, et de nouvelles idéologies

Les motivations des hommes et des femmes dans l'utilisation des stimulants sexuels sont analysées ici en rapport avec les conditions de genre préexistantes. Les conditions des relations sexuelles sont analysées plus loin autour d'histoires de cas. Ici, nous analysons cette culture particulière des « secrets de femmes ».

1. Les hommes comme des cibles des attentions féminines, et des vendeurs

La féminisation de l'usage des stimulants sexuels à travers la culture des « secrets de femmes » présente les hommes comme les cibles de nouvelles stratégies féminines de préservation des relations avec le conjoint. Savoir garder son homme ne se décline plus seulement dans les vertus anciennes (soumission, capacité de travail et de procréation), mais aussi dans l'art de savoir séduire et de faire jouir. De même, les représentations sociales de la nécessité pour tout homme de justifier d'une capacité sexuelle projettent les hommes adultes comme des consommateurs privilégiés d'aphrodisiaques. Cette compréhension donne sens aux offensives des vendeurs ambulants de stimulants sexuels envers les hommes de tous profils sociaux économiques une fois qu'ils sont rendus dans les lieux récréatifs (bar, maquis et autres débits de boisson, lieux de jeux divers). Les revendeurs de produits chinois quant à eux préfèrent les rejoindre dans la discrétion des lieux de travail.

2. Un sens de la domination qui n'est plus figée dans les relations de genre

Néanmoins, leur utilisation, présente des femmes de plus en plus dotées de nouvelles armes que sont la séduction, et le maniement des stimulants sexuels. Du fait de ces nouvelles possibilités, les femmes peuvent apparaître dans le couple comme des personnes relationnelles capables de renverser, par le pouvoir qu'elles acquièrent à travers la séduction, le sens de la domination.

3. Une nouvelle notion du plaisir féminin

Les travaux sur les sociétés du Burkina font très peu référence à la question du plaisir sexuel, surtout pour la femme. Les discours des revendeuses et utilisatrices de « secrets de femmes » reviennent néanmoins, régulièrement sur le fait que, de plus en plus de femmes du plateau central s'intéressent à ces *muso ka dambe*, associés à des cultures de l'ouest du pays, et plus loin encore, du Mali. La culture des « secrets de femmes » peut ensuite évoluer, d'enrichissement en emprunt, pour être ce qu'elle est aujourd'hui, et qui la rend attrayante à toute femme : une culture qui célèbre le pouvoir de séduction des femmes. Par l'utilisation de produits fortement emprunts de la culture mandingue dioula (utilisation de l'encens par la femme, soins particuliers à son corps, recherche de séduction de l'homme par d'autres moyens que le travail et la

soumission), les femmes, quelle que soit leur origine, s'ouvrent, de fait, à cette culture. Or, les femmes qui pratiquent ces secrets, (et davantage celles qui les recommandent et les vendent), sont souvent accusées d'envoûtement des hommes, soit pour se les fidéliser, soit pour les éloigner d'une famille jugée trop opprimante. Dans le contexte de la culture *moose* où la dangerosité de la femme est consacrée, (EGROT, 2001), tout soupçon de manipulation de forces occultes ne peut lui être que préjudiciable. C'est ainsi que la plupart des femmes d'origine culturelle *moose*, et qui s'adonnent à ces « secrets » avouent devoir se cacher des regards pour ne pas être qualifiées d'ensorceleuses d'hommes. Une telle accusation les positionnerait, vis-à-vis de leur famille maritale, comme une ennemie à abattre. La peur du désaveu social qui s'attacherait à cette pratique est davantage renforcée pour les vendeuses qui apparaissent comme les incitatrices ; ce serait elles qui pousseraient les épouses novices en la matière, à des pratiques destinées à ensorceler les hommes. Par ailleurs, ces produits, par leur origine sont, pour la plupart extérieurs au Burkina Faso. Par leur arrivée, ils interfèrent sur les pratiques qui ont toujours prévaluées, non seulement en matière de sexualité, mais aussi dans les relations intimes entre les hommes et les femmes. En effet, si les stimulants de type « VIAGRA » apparaissent en conformité avec les besoins des hommes de toujours faire preuve d'une capacité sexuelle aux yeux de leurs conjointes, l'usage de stimulants du plaisir sexuel féminin du type « SHUI » est plus difficile à lier à une pratique ancienne. Bien au contraire, certaines pratiques ancestrales d'ablation du clitoris prouvent que ce plaisir n'était pas le souci majeur dans nos sociétés anciennes. L'usage de certains produits nouveaux introduit de fait, de nouvelles pratiques qui peuvent aller bien au-delà de ce qui a toujours été fait, vers une sexualité ouverte aux modèles projetés des cultures d'ailleurs, notamment celles de pays du Moyen-Orient, de l'Asie et même des pays occidentaux développés. L'introduction de nouveaux produits, si elle implique bien souvent une adaptation des pratiques, peut aller plus loin, et introduire une nouvelle représentation du plaisir sexuel. En effet, l'utilisation de stimulants sexuels pour les femmes, implique de plus en plus, dans le rapport sexuel, une recherche du plaisir à deux qui s'oppose aux représentations anciennes de la femme muette pendant cet acte. En effet, toute manifestation ou bruit, notamment lui sont interdites à ce moment sous peine d'attirer le malheur et la maladie sur l'homme. Marc EGROT décrit à ce propos comment les logiques d'imputation de certaines maladies de l'homme et notamment d'une forme particulière de toux, le *pûg-kosgo*, incriminent une toux de la femme pendant le coït (EGROT, 2001 & 2004). L'intégration progressive de la notion de nécessité du plaisir de la femme apparaît dans ces conditions comme une nouvelle logique sexuelle qui n'est plus figée sur la seule satisfaction masculine, mais qui prend de plus en plus en compte la participation et le plaisir féminins.

À travers toutes ces initiatives, se profilent les stratégies des différents promoteurs pour s'imposer toujours plus dans un marché local de stimulants sexuels, lucratif mais néanmoins envahi de toutes parts, par des produits qui, au regard de l'importance grandissante de leur utilisation par les populations, mériteraient d'être mieux connus. L'existence de ces produits, avérée par les

données de terrains (117 objets trouvés), la réalité de leur utilisation, mettent en action des hommes et des femmes engagés dans des stratégies personnelles de positionnement social. Les options individuelles qui sont autant fonction des conditions de genre que des enjeux de la relation de genre, mais aussi des capacités personnelles de chaque conjoint à influencer cette relation indifféremment de son sexe, imposent un intérêt particulier pour les motivations des utilisateurs.

DES HOMMES, DES FEMMES, DES STIMULANTS SEXUELS

Nous analysons ici la manière dont les personnes peuvent utiliser les stimulants sexuels et les produits de modelage du corps, les motivations de ces personnes, à partir des cas d'Amédé et de Cécile. L'usage que ces personnes font de ces produits prend un sens dans les relations interpersonnelles entre conjoints autour de la sexualité, et dans les rapports sociaux entre catégories de genre.

Amédé : le besoin masculin de « montrer sa capacité »

Amédé est un homme *moose* de 46 ans en 2008, catholique non pratiquant, marié depuis une quinzaine d'années, à une femme *samo* de 42 ans, catholique pratiquante. Depuis 1993, ils sont triplement unis par le mariage coutumier, *pogpuusem*, celui religieux catholique, et le mariage civil pour lequel le couple a opté pour le régime de la monogamie avec communauté de biens. Ils ont une fille qui a maintenant 14 ans. Son épouse après avoir perdu leur second enfant, un garçon, à la fin de sa grossesse et à son insu, a failli ensuite mourir d'une septicémie occasionnée par la décomposition du fœtus. Sauvée de justesse la femme souffre néanmoins depuis lors d'une défaillance ovarienne et voit ses rares grossesses s'interrompre spontanément, malgré son suivi médical régulier. Désespérée, elle finira par proposer en 2004 une adoption d'enfant que son mari refuse catégoriquement en disant qu'il n'est pas sûr que l'enfant d'un autre hérite de son trait de caractère à lui. Il finira cependant par céder face au désespoir de sa femme et à la peur qu'elle lui inspire d'un drame, notamment de suicide. Ainsi, ils ont désormais deux filles, une de 14 ans et une de quatre ans. Amédé est également père d'un garçonnet de trois ans, né d'une autre mère, environ une année après l'adoption de la petite fille, ce qui lui fait en tout trois enfants.

L'histoire d'Amédé et d'Esther, la mère de son garçonnet, n'est qu'une histoire classique dans une société où le multipartenariat sexuel masculin est « dans l'ordre des choses », et même parfois imposé par certaines situations, notamment la stérilité dans le couple ; ici, nous considérons que la notion de stérilité peut aller au delà de l'incapacité à faire des enfants, pour englober toutes les situations physiologiques ou sociales qui aboutissent à l'impossibilité d'avoir un enfant. D'ailleurs, le statut de la femme qui lui attribue la responsabilité de la procréation lui attribue également la responsabilité de la survie de l'enfant et de son intégrité.

Amédé dit qu'il espérait encore en la fécondité de sa femme avant de comprendre à travers son acte de désespoir qui l'a contraint à accepter l'adoption, que la cause était perdue. Il avoue qu'à partir du moment où il n'avait plus grand espoir en elle, il lui fallait trouver d'autres recours avant de se retrouver au soir de sa vie sans héritier mâle. Or, Amédé qui est à la tête d'une importante société d'État venait d'accorder des stages de trois mois à deux étudiantes en droit de niveau licence, comme il le fait régulièrement. Comme le dit Amédé, l'une d'elles, Ester, une fille gurunsi de 24 ans, lui « avait tapé dans l'œil ». Belle, ronde, douce et insouciante, elle serait selon lui, tout ce que sa femme avait été mais qu'elle n'était plus, rongée depuis longtemps par son problème d'enfant. En effet, le seul enfant qu'elle avait eu avec son mari n'était qu'une fille. Une fille ne perpétue pas le patronyme et si maintenant avec le droit, elle peut hériter, par elle, les biens du lignage paternel risquent d'être transmis « injustement » à son lignage marital à travers son mari et ses enfants. Selon Amédé, sa femme, à qui il ne reproche rien, était néanmoins consciente que l'absence d'héritier remet en cause les garanties sociales de son triple mariage, et le contraint, lui, à tenter sa chance « dehors ». Du reste, il nous avoue avoir déjà à son actif quelques histoires d'amour extraconjugales, surtout sous la pression d'amis qui venaient à la rencontre-détente de week-end dans les bars ou dans les auberges à proximité de la ville, non seulement avec leur « deuxième bureau », mais aussi avec la copine esseulée de cette dernière en le taquinant sur ses capacités sexuelles ; il aurait « relevé le défi » certaines fois, sans empressement particulier, parce qu'il n'avait pas le temps nécessaire à consacrer à de telles activités, et surtout parce que les filles présentées n'étaient jamais ni aussi « fraîches », ni de bonnes familles ; par ailleurs, et selon l'expression d'Amédé, leur empressement montrait trop qu'elles « cherchaient à se caser », et lui, il n'était pas là pour hériter des « restes des autres ».

La déprime de sa femme lui ayant fait comprendre qu'il ne pouvait plus vraiment compter sur elle pour son héritier, il devait trouver une femme de bonne moralité et de bonne famille pour tenter sa chance. Pour lui, Ester présentait tous les atouts : sa jeunesse, sa relative innocence sexuelle, ses atouts physiques (belle, ronde) et moraux (douceur, jovialité), mais aussi son niveau d'instruction qui facilitait leurs échanges tout en rendant plus aisé le placement professionnel de la fille. Amédé jure n'avoir jamais fait cela avec une stagiaire. Mais il expose clairement sa situation à Ester en lui demandant si elle voulait bien essayer avec lui de concevoir l'héritier mâle qu'il n'avait plus grand espoir d'avoir avec son épouse. Elle aurait en contrepartie une villa, une moto neuve (pour remplacer l'ancienne qu'elle utilisait encore), et pourrait même justifier d'un *pogpuusem*. En effet, si les mariages religieux et civil déjà contractés avec son épouse n'étaient plus duplicables, le *pogpuusem* pouvait être à souhait. Il opte donc de légitimer traditionnellement sa nouvelle alliance, après la naissance de l'enfant. L'homme dit avoir donné d'emblée ces garanties pour convaincre la fille qu'elle lui appartenait désormais et qu'elle ne pouvait plus continuer sa relation avec son copain étudiant de l'époque, ni avec n'importe quel autre homme, car lui, il ne voulait pas prendre le risque d'une exposition à l'infection par le VIH. D'ailleurs, en homme responsable, il avait exigé de faire le test avec la fille avant toute relation sexuelle. L'épouse d'Amédé, également accaparée par un poste de responsabilité dans son service, ne se rendra jamais compte de la double vie de

son mari, jusqu'à l'accouchement de l'enfant (qui était effectivement un garçon), en 2005. Amédé dit lui avoir présenté ses excuses en lui montrant qu'il n'avait pas le choix. Elle serait restée de marbre et n'aurait rien changé à ses habitudes ni à son comportement vis-à-vis de lui. Il trouve qu'elle a une grande sagesse et est une bonne femme.

Amédé dit mener depuis quatre ans une vie idyllique avec ses deux femmes. L'une est docile, besogneuse et uniquement préoccupée par ses enfants et les questions sociales ; avec elle, toute initiative de rapport sexuel vient toujours de lui, jamais d'elle. L'autre, jeune insouciant, toujours prête pour une sortie, et d'une exigence sexuelle qui le surprend quelque peu. Selon Amédé, « Ester n'arrête pas de réclamer et le sexe et l'argent », si et si bien que dans ses périodes de « vaches maigres » ou de baisse de forme, il préfère rester auprès de sa première femme. Au début, Amédé reconnaît que, alors que c'était lui qui exigeait davantage le sexe et Ester de l'argent, l'appétit sexuel de cette dernière s'était décuplé depuis son accouchement. Elle le réclame depuis lors au moins deux fois par semaine et quelquefois plus alors que son travail l'accapare de jour comme de nuit et que sa fatigue est permanente. Il s'inquiète que la différence d'âge entre eux ne soit la cause de cette insatisfaction sexuelle, et qu'Ester ne le « cocufie » à ses propres frais, vu qu'il l'entretenait à 100%, avec près de deux cent mille (200 000) francs CFA de dépenses mensuelles. Amédé avoue être touché dans son orgueil d'homme par l'expression même d'une telle insatisfaction, et qui le mettait en devoir de « corriger » sa seconde épouse. C'est ainsi qu'il aurait alors pensé aux stimulants sexuels.

Amédé dit avoir cédé (sans trop de résistance) à la tentation un soir où il attendait seul Ester dans un « maquis ». Un garçon d'à peine 20 ans qui tenait un étal de chewing-gums et de bonbons lui aurait sorti de sa poche un produit pour « faire plaisir à tantie ». Sommé de s'expliquer, ce petit vendeur aurait décrit une scène où la femme allait « pleurer de plaisir », et même « se chercher ». Il s'agissait du « MAN'S POWER ». Le seul comprimé dans l'étui coûtait cinq cents (500) francs et devait être pris 30 mn avant l'acte. Amédé dit avoir été lui-même surpris de ses effets. Sa performance aurait été fantastique ; il serait resté en érection pendant tellement longtemps qu'Ester n'en pouvait plus. Elle lui demandait pour la première fois de leur vie commune, d'arrêter ! Et même après avoir arrêté, il restait encore en érection. Mais assez rapidement, Amédé dit avoir remarqué les désagréments majeurs de ce produit qui sont : la persistance de l'excitation dans la nuit, ce qui perturbe le sommeil et occasionne les fatigues du lendemain alors que la sensibilité de son poste ne lui laisse aucun répit. Un ami de longue date, lui-même engagé dans deux relations extraconjugales, lui aurait alors proposé le PROCOMIL SPRAY® vendu en pharmacie. Il peut l'appliquer même une heure avant de se rendre chez Ester et selon lui, c'est toujours l'extase. Il n'a plus peur de faillir, et Ester ne se plaint plus depuis huit mois qu'il utilise les stimulants sexuels (entretien de mars 2007).

Le cas d'Amédé montre comment un homme, indépendamment de son niveau d'instruction, des conditions urbaines ou de ses responsabilités sociales, reste astreint au respect de la représentation sociale dominante. Nous voyons également comment les stimulants de la sexualité peuvent devenir le support de ces représentations, en participant à la construction ou au renforcement des marqueurs des catégories de genre, comme ici les capacités financières et

sexuelles d'Amédée. L'importance accordée ici à la satisfaction des exigences sexuelles d'Ester par Amédée qui, pourtant ne devrait plus rien avoir à prouver sur sa virilité après la naissance de l'enfant, renforce l'idée selon laquelle les manifestations de la virilité se situent dans la logique de la prouesse, de l'exploit qui fait honneur (BOURDIEU, 1998 : p. 35). Par ailleurs, les tourments dont témoigne Amédée, mais aussi ses efforts pour se conformer à l'image de l'homme, confirme bien que finalement, les hommes sont, « tout aussi victimes que les femmes de la représentation dominante » à travers le "devoir être" (BOURDIEU, 1998 : p. 74).

Cécile : ou comment préserver son homme des « voleuses de maris »

Cécile est une femme *moose* de 35 ans, mariée et mère de quatre filles en bas-âge (des 0 à 10 ans). Mère au foyer et catholique pratiquante, son souci majeur et qui justifie son inscription à divers groupes de prière est la recherche d'un garçon pour compléter ses filles. Le couple est légitimé par les mariages traditionnel (*pogpuusem*), religieux (église) et civil avec option « monogamie biens communs ». Son mari, également catholique et *moose*, âgé de 42 ans, cadre supérieur dans une société de la place, est toujours entre deux avions, laissant ainsi l'entière gestion de la maison familiale à son épouse. Son niveau de désengagement de la gestion domestique est tel que même pour quand il se rend chez le voisin coiffeur, il faut que madame passe après pour payer. C'est ainsi que les gens disent de lui dans le quartier qu'il s'est laissé abreuver de filtres d'amour divers par sa femme, a *paga yunuga la me*, ou encore *pog kanga tooga sida* (cette femme a vaincu son mari), bien que cette dernière soit connue de tous comme une fervente chrétienne. Il est donc entendu que le secret de son emprise totale de l'homme, au point de lui soustraire tout son salaire et d'en jouir comme bon lui semble, ne peut être que le résultat d'une action magique. Pire, l'homme, au cours d'une de ses missions en Belgique lui ramène une belle Mercedes blanche immaculée et comme neuve, alors que lui-même circule avec la voiture de service. La vue de cette ménagère dans cette voiture luxueuse a fini de convaincre les plus réservés sur ses pratiques d'envoûtement, et son emprise totale sur son mari.

Cécile à qui nous avons demandé quel est le secret de son entente parfaite avec son mari nous explique : « *J'ai connu mon mari quand il venait d'arriver des études. Il était hébergé chez son oncle, et moi j'étais également chez mon oncle pour les études, dans la cour voisine. Il avait déjà une fiancée mais elle était enceinte d'un autre quand lui, il est arrivé. Il était donc obligé de rompre, et il était très malheureux. C'est ainsi que je l'ai invité à l'arrosage de mon BEPC que je venais d'obtenir. Je voulais le consoler et finalement nous nous sommes aimés. Il m'a donc demandé de ne jamais le tromper et j'ai dit oui. J'ai dit oui en pensant qu'une femme n'avait pas de toute façon le droit de tromper son mari. Or, le mari, il a tous les droits ; il fait ce qu'il veut. Et même s'il veut, il peut abandonner la femme. Moi, je ne voulais pas qu'il m'abandonne un jour. Je lui ai dit également. Et il a également promis de ne jamais m'abandonner.*

Quand nous nous marrions, en 1997, il venait d'avoir un emploi. Comme il est bien diplômé, au bout de quelques mois, il avait un bon salaire et il a acheté

une Yamaha dame²²⁴ en remplacement de sa vieille moto P50. Il a loué une villa alors qu'il était dans un celibatorium avec plein de voisins. Le seul problème, c'est que nous sommes restés dans le même quartier. Au même moment, il a eu une nomination dans son service. Toutes mes copines du quartier commençaient à venir chez nous, soi-disant pour causer alors que c'est pour faire des avances à mon mari. Certaines écrivaient des lettres. Il ne les regardait même pas. Il me disait tout. Mais moi je connais l'homme, je sais que si je ne l'aide pas, il ne peut pas résister tout seul longtemps. Donc, comme il est croyant comme moi, nous avons commencé par les prières. C'est depuis lors que je prie dans plusieurs groupes. Ensuite, je suis devenue moi-même très méfiante vis-à-vis des femmes qui viennent chez nous. Dès que tu souris trop à mon mari je dis stop ; si tu n'es pas d'accord, tu prends la porte. Ensuite, j'ai pensé à toutes ces jolies et jeunes filles qui font des clins d'œil aux hommes qui sont dans les voitures aux feux-rouges. Et j'ai compris que je devais rester jeune. Donc, j'ai changé toute ma garde robe. Les tenues de dames sont réservées aux cérémonies. Pour le quotidien, je m'habille en jeune fille : mini-jupe, tee-shirt sans soutien-gorge, petites robes, tout et tout ; pareil pour la coiffure et le maquillage. Je fais mes coiffures dans le salon de ... (elle dit le nom d'une des plus grandes dames de la capitale) ; c'est d'ailleurs son esthéticien lui-même qui me place mes faux-cils. Le matin, je me lève avant mon mari, je prépare vite fait son petit déjeuner et je m'habille chic et jeune comme si je partais travailler moi aussi. Chaque matin, c'est ce que je fais. Et à midi quand il revient, je suis dans d'autres tenues. Comme ça, s'il voit comme sa femme est jolie et chic, il ne sera plus tenté par ces filles qui agressent les hommes partout. En plus, j'ai vu les « secrets de femmes » au SIAO²²⁵, et ça m'a donné des idées.

Je pense que si nous les femmes moose, nous ne rentrons pas dans ces secrets-là, les autres peuvent toujours nous retirer nos maris. Quand je passais à côté du stand, c'est l'odeur de Wussunan²²⁶ qui m'a attirée. Arrivée au stand, j'ai vu les petits pagnes, les bayas et les femmes qui étaient remplies partout, et qui parlaient dioula en pagaille. Je me suis renseignée, c'était un stand malien. Mais beaucoup de femmes qui étaient venues acheter devaient venir de Bobo puisqu'elles parlaient dioula. Je me suis dit, nos maris sont en danger. Il suffit qu'un jour, lors d'une mission, il se laisse embrouiller par une femme qui connaît ces secrets-là et voilà, il va revenir te chasser toi sa femme. J'ai moi aussi acheté le wussunan et deux petits pagnes que je porte pour dormir. J'ai eu peur des choses qu'on met dans le vagin pour rétrécir ; il ne faut surtout pas s'infecter. Quand je suis venue dire ça à ma voisine (une autre dioula), elle m'a dit que je pouvais acheter NEGATOL gélules en pharmacie ; ça nettoie et ça rétrécit en même temps. J'ai essayé, ça marche cinq sur cinq. Elle m'a également donné d'autres secrets très simples ; à base de glace et de bonbon AXE²²⁷ dans le vagin, juste avant les rapports... ; essaie et tu me diras ! Il y a d'autres choses : avec la pâte dentifrice « TRES PRES », le doigt dans le vagin, ... Il y a beaucoup

224 Moto à trois vitesses. Très appréciée au Burkina à l'époque. L'achat de cette moto, encore appelée « mon mari est capable », est un signe évident de prospérité dans le pays, comparativement à la P50, moto sans vitesse.

225 Salon international de l'artisanat de Ouagadougou ; ce salon rassemble des artisans de plusieurs pays à Ouagadougou tous les deux ans pour une semaine

226 Encens traditionnel, sorte de désodorisant fait d'écorces, de sèves et de racines ou gousses de plantes parfumées et passées sur des braises. Actuellement, ce cocktail de senteurs naturelles est souvent renforcé par des parfums de synthèse à visée suggestives.

227 Bonbon mentholé de couleur noir vendu partout au Burkina

de choses, certaines positions.... Quelquefois, mon mari me dit, 'qu'est ce que tu vas encore me faire'. Et je dis 'c'est pour que tu comprennes que tu auras toujours tout ce qu'il te faut à la maison et donc qu'il ne faut pas te laisser distraire par une fille'. Quand je dis ça, il rit seulement. Mais ce qui est sûr, c'est avec ces petits trucs, ça marche entre nous. L'homme-là que tu connais-là, même avant de tousser, il faut qu'il me demande (rire).... Si une fille lui dit bonjour, il vient de dire. Vraiment, pour le moment, ça marche. Mais j'ai des soucis. Chaque deux, ans, j'ai un bébé, mais c'est une fille. Les parents du village commencent à parler. J'ai peur que même s'il a tout avec moi, il finisse par essayer un jour avec une autre femme pour voir s'il n'aura pas un garçon. J'ai renforcé la prière, pour que mon cinquième bébé soit un garçon ».

Cécile qui a arrêté sa scolarité pour se marier dépend entièrement de son mari. Elle exprime clairement sa conscience des risques qu'elle court de le voir ravi par une autre, en dépit du triple lien matrimonial qui les unit. L'on comprend qu'elle mette tous les atouts de son côté pour préserver son homme. Parmi ces atouts et en dernière position, quelques « secrets de femmes », qui renvoient aussi bien aux produits traditionnels qu'à ceux pharmaceutiques. Quels que soient la nature et l'origine de ces produits, ils sont pour Cécile le support de la représentation sociale de l'homme dominant et de la femme dépendante. Aux qualités féminines anciennes de goût du travail et de soumission, elle substitue des valeurs plus actualisées qui sont la capacité féminine de séduction et d'appropriation de l'homme. Le récit de Cécile, en décrivant avec détail le travail qu'elle effectue sur son corps et dans son comportement, montre d'abord que dans les représentations sociales, les dominés participent souvent à leur propre domination (BOURDIEU, 1998 : p. 60). Néanmoins, les résultats obtenus par Cécile (docilité totale de son époux), peuvent introduire ici un questionnement sur la relation interpersonnelle dans le tissu complexe de la relation au sein du couple (THÉRY, 2007 : p. 227).

À travers des discours comme celui-ci, il apparaît que certaines valeurs qui faisaient la fierté des femmes dans les sociétés traditionnelles *moose* (aptitude au travail, soumission) apparaissent de moins en moins suffisantes pour garantir à la femme sa place auprès de son homme. Les discours des femmes interviewées expriment la nécessité qu'elles éprouvent, de savoir aussi procurer à l'homme le plaisir sexuel qu'il serait tenté d'aller chercher chez d'autres femmes hors de son domicile. La quête d'un savoir-faire sexuel oriente les choix des femmes vers les produits les plus efficaces. Or, la renommée des « secrets de femmes » est désormais faite, notamment à travers la réputation de « détourneuses » de maris²²⁸ des « filles de Bobo²²⁹ ». Résidant dans l'ère culturelle d'origine des « secrets de femmes » au Burkina, elles apparaissent dans les discours, comme moulées depuis l'enfance dans cette culture. En effet, les revendeuses font référence à un intérêt grandissant de leurs clientes, natives du plateau *moose* pour ces « secrets de femmes ». Ainsi, le besoin de préserver une position sociale d'épouse, ou une quelconque position privilégiée sur la liste de prétendantes plus ou moins légitimes, pousse progressivement des femmes

228 La pauvreté place de nombreuses jeunes filles dans les rues ou dans les lieux récréatifs, à la recherche de l'homme qui peut les soutenir financièrement.

229 Filles natives, résidentes ou originaires de cette région. Leur caractéristique principale est le partage de la culture des « secrets de femmes ».

(comme Cécile), vers de nouvelles pratiques, supports d'une culture qui s'impose, avec une nouvelle idéologie du plaisir dont les adeptes contribuent à donner un nouveau dynamisme. Il est significatif de relever à ce propos la surprise d'une native de Bobo-Dioulasso devant l'affluence des « ouagalaises²³⁰ » autour d'une échoppe de vente de « secrets de femmes ». Bien qu'originaire de cette région, cette femme d'une quarantaine d'années dit avoir toujours cohabité avec ces pratiques sans leur accorder un quelconque intérêt. La même femme relève que certaines pratiques associées à cette culture, notamment des pratiques d'envoûtement des hommes par des femmes soucieuses de tirer avantage d'eux, ne concernent pas forcément toutes les femmes de l'Ouest. En marge de ces considérations, le discours des revendeuses mais aussi des utilisatrices de stimulants sexuels montre que le besoin de préservation d'une position privilégiée auprès de l'homme oriente de plus en plus de femmes vivant à Ouagadougou vers les « secrets de femmes », produits et pratiques qui restent liés aux représentations et pratiques de la séduction de l'homme, « *muso ka dambe* ».

Bien que les pratiques sexuelles telles les *muso ka dambe* puissent rayonner d'une ère culturelle à une autre, la sexualité²³¹ dans laquelle elles peuvent s'insérer reste souvent fortement emprunte des représentations de genre.

Sexualité et Représentations de genre

Le rapport des hommes et des femmes à la sexualité est déterminé par des normes et valeurs et «le masculin et le féminin sont les créations culturelles d'une société fondée, entre autres hiérarchies, sur une hiérarchie de genre » (DELPHY, 1991 : p.98). Le domaine des stimulants sexuels est encore peu documenté au Burkina Faso, et la sexualité constitue encore un sujet tabou (EGROT & TAVERNE, 2003 : p. 241). Au delà des tabous, un rapide détour dans les représentations de genre apparaît nécessaire à la compréhension des conditions de la sexualité, et de la manière dont chacun des conjoints se positionne dans la relation de genre, quelle que soit la forme de l'alliance. Ces produits acquièrent alors une « vie sociale » à travers les relations de genre.

Des produits supports de la nécessaire « capacité masculine »

L'analyse des efforts d'Amédé pour montrer sa capacité sexuelle introduit la question centrale de la « capacité »²³² masculine, base de la position dominante de l'homme dans le couple. Dans la plupart des sociétés au Burkina, la forte

230 Terme populaire pour désigner une fille de Bobo. Il se met au masculin pour les garçons originaires de la même ville ou de ses environs, aussi loin que l'on estime que peut rayonner la culture dite « des gens de Bobo ». L'expression « ouagalaises » pour les filles et « ouagalais pour les garçons a la même signification pour les ressortissants de la ville de Ouagadougou

231 La sexualité définie comme disposition, comportement spécifique (de telle personne ou telle catégorie humaine) dans les rapports sexuels (TLFi) peut se traduire comme l'ensemble de normes, valeurs, et pratiques qui régissent les relations sexuelles dans la société.

234 La « capacité » est entendue ici au sens d'un ensemble de trois attributs de performance (capacité sexuelle, économique, sociale), qui valident socialement la masculinité. Il est différent du concept développé par Amartya Sen, prix nobel d'économie (1998) et qui propose une alternative de développement fondée sur le développement des « capacités » de l'individu, entendues comme un ensemble de libertés, de possibilités économiques, sociales, politiques, etc., réelles lui permettant d'exploiter ses capacités et d'orienter son existence (Jacquet, 2004).

valorisation de cette capacité justifie le tabou verbal souvent associé à toute velléité de défaillance, les seules exceptions restant le rakiire²³³, chahutage entre parents à plaisanterie (EGROT, 2001 : p. 314). La précarité des conditions de vie à Ouagadougou (PNUD, 2007 : p. 161), et l'ouverture médiatique font de la recherche de l'homme « capable » un objectif pour de nombreuses femmes, et justifie l'importance d'une prostitution multiforme²³⁴. Cette situation exacerbe les craintes de conjointes de perdre leur homme, et leurs initiatives de préservation de leur « couple », quel que soit sa légitimité.

L'importance de cette notion de « capacité » pour l'homme est relevée au cours des analyses sur le rapport « genré » des personnes aux *médicaments* antipaludéens, mais aussi à propos des causes de la réticence des hommes à fréquenter les lieux de prise en charge des PvVIH. Le système patriarcal dans lequel le statut masculin est lié à la terre, au patrilignage et celui des femmes marqué par l'altérité (BIERI & TSHIALA, 2005 : p. 93-94). Ce système attribue ainsi à la masculinité, la capacité en trois dimensions : matérielle, sexuelle, et sociale. À la capacité matérielle et/ou financière et sociale de l'homme, s'associe la capacité sexuelle dans une société où la norme sociale valorise la progéniture et légitime le multipartenariat masculin à travers l'institution de la polygamie, et du yoobo (LALLEMAND, 1977 : p. 150 ; EGROT, 2001 : p. 501 ; EGROT & TAVERNE, 2003). La valorisation de la capacité sexuelle de l'homme justifie que toute défaillance à ce niveau soit socialement reconnue comme un motif suffisant de suicide (EGROT & TAVERNE, 2003). Cette représentation sociale qui impose aux hommes d'être sexuellement capables, donne raison à l'analyse de BOURDIEU pour qui « la virilité, entendue comme capacité reproductive, sexuelle et sociale,... », est aussi, et « avant tout une charge » (BOURDIEU, 1998 : p. 74 & 75). En ville où l'agriculture fait place à la bureaucratie et aux activités du secteur informel, les symboles de la « capacité » masculine sont les postes de responsabilité, les voitures et à défaut la moto, la villa, et un porte feuille bien fourni.

Les entretiens mettent en exergue l'importance de la notion de « capacité » de l'homme, tant dans la société traditionnelle *moose* que dans celle urbaine cosmopolite actuelle, qui lui succède en restant sous son influence. Les représentations sociales de la nécessité de prouver cette capacité masculine apparaissent au cœur des pratiques des hommes dans leur rapport aux femmes autour de l'acte sexuel et de l'utilisation des stimulants. Le besoin de montrer sa « capacité » à l'entretien d'une ou de plusieurs femmes, conduit des hommes d'un certain âge, plutôt aisés et ouverts à la consommation comme Amédé, à être des usagers « de fait » de stimulants sexuels, généralement reconnus et ciblés par les vendeurs. Si les contraintes méthodologiques n'ont pas permis la multiplication des entretiens sur la sexualité, d'autres données issues des deux précédentes phases de l'étude montrent que les situations de multipartenariat

235 *Au cours de ces séances opposant toujours deux groupes ou des personnes, tout peut être dit et personne n'a le droit d'en prendre ombrage. A ces occasions, certaines femmes peuvent alors accabler les hommes de railleries, notamment sur leurs capacités au travail, leur niveau de revenu et même leurs capacités sexuelles.*

236 *Pratique d'une prostitution qui n'est pas affichée comme une profession. Les personnes qui exercent cette activité attirent leurs clients dans des lieux publics, notamment aux abords des rues ou aux abords des débits de boisson et autres lieux récréatifs. « ... c'est sur l'axe Casino-Garde Plus que la prostitution juvénile est de plus en plus pratiquée... Chaque nuit, des jeunes filles burkinabè - certaines à peine pubères -- sillonnent les deux abords de la voie, à la recherche de clients. Lorsqu'elles aperçoivent une personne en voiture ou à moto qui stationne, elles ont toutes les yeux rivés sur celle-ci et lui font des signes ne prêtant pas à équivoque et tendant à l'attirer », [En ligne], consulté sur le site le 14 août 2008, URL : <http://www.lefaso.net/spip.php?article14756>,*

sexuel des hommes (qui justifient ici l'usage d'aphrodisiaques), ne sont pas propres aux seuls hommes nantis. D'autres hommes, moins aisés, moins soumis à l'influence de la consommation, et même confrontés à l'infection à VIH, peuvent également s'engager dans des relations extraconjugales. Le mari de Safi, une jeune femme séropositive de 27 ans en 2006, et qui était lui-même séropositif et avait du mal en tant qu'ouvrier maçon à trouver du travail, crée néanmoins, au vu et au su de tous, y compris de son épouse, une relation extraconjugale avec une voisine. Il en est de même du mari de Patricia, 42 ans (en 2005), également ouvrier menuisier séropositif, et qui abandonne femme et enfants pendant plusieurs mois pour vivre avec une autre, avant de revenir. La faiblesse des moyens financiers des hommes, et d'autres contraintes comme l'absence de santé n'influencent donc pas forcément leur rapport au multipartenariat sexuel. Certains cas tendent même à montrer que ce multipartenariat sexuel des hommes peut être voulu et entretenu pour être utilisé comme la preuve d'une capacité financière et sexuelle mises à mal, notamment par l'infection à VIH. C'est le cas du mari de Natou, entrepreneur qui, même ruiné par l'infection à VIH, cherche à maintenir socialement une image d'aisance qu'il a besoin d'associer à sa personne. Ces observations et analyses sur les représentations du multipartenariat sexuel comme expression de la nécessaire « capacité » masculine montre les hommes, à bien des égards, « tout aussi victimes que les femmes de la représentation dominante » (BOURDIEU, 1988 : p. 74). Les rapports des personnes aux stimulants sexuels, qui peuvent avoir d'autres déterminations que leur seule volonté, notamment le pouvoir d'un autre ou les normes sociales, conduit à accorder une importance particulière au statut social des utilisateurs. Présenté comme le premier rapport social de domination (BOURDIEU, 1998 : p. 37), le rapport sexuel apparaît comme le lieu idéal de justification sociale de la « capacité » masculine, telle qu'elle est intégrée dans les perceptions communes des hommes et des femmes, et justifie l'importance sociale des performances sexuelles masculines.

Un récent article de l'hebdomadaire d'information et de réflexion *Bendré*²³⁵ présente en effet les stimulants sexuels comme des éléments du décor ouagalais, visibles auprès des vendeurs de *médicaments* de la rue. La vie sociale très dynamique de ces aphrodisiaques y apparaît à travers les déclarations des vendeurs. La clientèle fidèle y apparaît essentiellement sous les traits des hommes adultes dotés de « maîtresses » ou polygames. Ces produits leur permettraient d'« assurer » auprès de plusieurs femmes. La vente nocturne y apparaît également primordiale et la clientèle est localisée à la sortie des bars, boîtes de nuit et aux alentours des chambres de passe. Les produits y sont décrits à la fois comme des facteurs de prouesses sexuelles masculines, mais aussi comme des médicaments pour le traitement de dysfonctionnements sexuels (impuissance sexuelle, fatigue sexuelle, éjaculation précoce, panne sexuelle). Dans l'un ou l'autre cas, ils sont facteurs de validation sociale de la nécessaire « capacité ». Cet article, à travers le cas d'emprisonnement d'un vendeur pris en flagrant délit de commerce de *médicaments* de la rue rappelle le caractère illicite souvent rattaché à ce domaine des stimulants dont la plupart sont écoulés en

237 *Sexualité "médicaments" pour "assurer"*, Bendré du 11 mai 2010, [En ligne], consulté sur le site le 19 octobre 2010, URL : <http://www.journalbendre.net/spip.php?article3339>.

dehors des circuits habituels de distribution. Cet article rappelle également l'un des aphrodisiaques les plus anciennement connus, le *kan kan kan*, un assaisonnement subtilement composé d'épices secrètes, arrivé dans le pays à la suite des Haoussa nigériens grilleurs de viande, et qui reste toujours bien apprécié par les populations. Les aphrodisiaques seraient également diffusés dans les *grins*²³⁶, et évoqueraient alors la situation de jeunes désœuvrés mais néanmoins astreints à prouver leur capacité sexuelle auprès de femmes. Ces conditions particulières de l'utilisation de stimulants restent rares dans notre étude ; le seul cas qui s'y rapporte est celui de l'étudiant en géographie vivant dans la précarité, reconnu dragueur dans le quartier, et qui suscite la crainte d' « être cocu » chez des maris du quartier et même chez ses voisins (voir « chez Damien »).

Des produits qui participent à la préservation du statut d'épouse

La valorisation du statut d'épouse dans la société *moose* ancienne (BONNET, 1996 : p. 286), se perpétue dans les conditions urbaines, et justifie les stratégies féminines aux différentes variantes relationnelles, pour aboutir au mariage, ou à défaut s'en approcher le plus possible. En effet, cette valorisation de la femme mariée, *zak paga*, s'oppose à la dévalorisation de la femme sans mari, *pog viewgo*²³⁷. Cette expression rejoint celle de « femme libre » désignant une femme « libérée » de sa parenté, ni contrôlée ni protégée (ROTH, 1996 : p. 189). Une relation avec une telle femme n'implique pour l'homme aucune conséquence ni obligation familiale (VIDAL, 1977 : p. 40), bien qu'il alimente le marché sexuel. Le prolongement du système patriarcal dans le contexte urbain de nucléarisation des familles, et de monétarisation des échanges contribue à une plus grande fragilisation du statut de la femme²³⁸, et renforce le besoin féminin de l'appartenance valorisante à un homme.

L'intégration sociale des valeurs et positions de genre justifie dans ce contexte la valorisation de la performance sexuelle masculine, même par les femmes. Pareillement, elles peuvent jouer de leur dépendance statutaire aux hommes dans diverses stratégies. Ces stratégies féminines peuvent opérer dans la sexualité des couples, à travers la recherche de conditions particulières de sensualité et ou l'usage de produits. Entre l'utilisation des stimulants sexuels, et le modelage particulier de son corps à travers ses choix vestimentaires, Cécile se positionne dans la relation de couple, où elle accède à la décision que lui concède volontiers son mari ; dans l'espace social du réseau de voisinage et des réseaux familiaux notamment, elle apparaît également comme une femme qui « dirige » son mari, et qui est donc à craindre. Dans le contexte urbain où chaque femme doit conquérir un homme ou le garder, prévenir les désirs sexuels de son conjoint apparaît comme un déterminant essentiel du rapport des femmes aux stimulants sexuels. En effet, la fréquentation d'une maîtresse (ou de plusieurs)

236 *Lieux de rassemblement des jeunes dans les quartiers pour préparer et consommer le thé. Ce sont aussi des lieux de causerie*

237 « Pog » est en moore un substantif de « paga » qui veut dire femme ; « viewgo » peut se traduire en français par « vide ».

238 *En ville, l'époux a la liberté d'exercer directement sur la femme une autorité maritale qui restait sous le contrôle des aînés du lignage. La répudiation y relève souvent de la seule décision du mari, alors que le lignage ne consent à se séparer de ses génitrices et productrices que sont les femmes, que pour des raisons majeures (LALLEMAND, 1977 : p. 172). En outre, l'homme s'y occupe en principe du logement, des vivres, de la santé, de l'entretien et de la scolarité des enfants, et bien sûr, de l'entretien de sa femme.*

est décrite comme pratique courante dans toutes les catégories sociales (ANTOINE & NANITELAMIO, 1990 : p. 130). La diversité des formules relationnelles permet de parcourir la voie devant mener au mariage en plusieurs étapes: concubinage, fiançailles avec ou sans enfants, mariage coutumier, mariage civil. Le mariage peut également être promis par l'homme pour obtenir une faveur, qu'il s'agisse de simples passades ou de relations plus formalisées comme celles de « deuxième bureau ». Les enjeux sociaux que sont la nécessaire « capacité » de l'homme, et le besoin de la femme de « trouver un mari » viennent ici éclairer les conditions sociales des rapports « genrés » des personnes aux stimulants sexuels. Ces cas montrent que, utilisés dans des stratégies de domination (par les hommes) ou d'utilisation stratégique de la subordination (par les femmes) les stimulants constituent entre conjoints, des objets particulièrement porteurs de sens. Ils sont également porteurs de leur culture d'origine tout comme ils peuvent être réinterprétés dans la culture d'utilisation.

Dans la vie courante, les conditions, normes et valeurs de genre marquent le rapport aux stimulants sexuels, et se déclinent sur les représentations, les usages et les stratégies des personnes. Cette analyse de l'accès et de l'usage des différentes catégories de stimulants sexuels et autres produits de sensualité est proposée en considérant la réalité sociale comme un tissu complexe de relations, toujours référées à des règles et des usages, toujours médiatisées par des statuts, et mises en œuvre par des individus singuliers dont le premier trait est qu'ils partagent les significations communes de leur société (THÉRY, 2007 : p. 24).

L'utilisation des différents types de stimulants sexuels accessibles à Ouagadougou et les enjeux commerciaux qui se profilent derrière la diversité de leurs promoteurs, dépasse la question individuelle. Il s'agit bien d'un fait qui engage toute la société si l'on considère l'action directe des promoteurs, des revendeurs, des utilisateurs, mais aussi celle plus indirecte des populations qui participent de différentes manières (adoption, rejet, préférences, utilisation, etc.), à la construction des représentations sociales de ces produits. Les objets dont il est question ici ont des rôles qui, bien souvent dépassent leur simple matérialité, leur composition réelle ou supposée, pour devenir des objets sociaux qui animent les relations entre hommes et femmes, créent des rôles, justifient l'organisation de réseaux de commercialisation, etc. Ainsi, comme le montrent DESCLAUX et LEVY (2002), parlant du médicament, ces stimulants sexuels, sans tous répondre à la dénomination du médicament, restent néanmoins, tout comme les médicaments, les supports d'investissement idéels, d'interprétations, et d'élaborations symboliques. Cette analyse montre comment, tout en étant justifiée par des formes anciennes des rapports sociaux de sexe, l'utilisation de nouveaux produits peut avoir une incidence sur l'évolution des représentations du plaisir sexuel dans la société.

GENRE DE MÉDICAMENT ET CONDITIONS DE VENDEUR

L'analyse du genre dans les interactions de vente part des différences socialement établies entre les hommes et les femmes, et permet de décrire leurs interférences avec des conditions de vente qui se distinguent selon la catégorie des produits. La mise en scène des vendeurs en tant que personnes, en montrant des garçons vendeurs de *médicaments* dans la rue, pris en chasse par la police, et des vendeuses de « secrets de femmes » qui se placent en détentrices d'un savoir/pouvoir introduit un questionnement. Ainsi, s'ouvre une discussion sur le rôle joué par l'activité de vente dans une dynamique relationnelle qui ouvre la voie à l'inversion des conditions de genre.

Cette activité permet également d'analyser différentes conditions de vente et de discuter du caractère complémentaire ou concurrentiel de la relation entre vendeurs de catégories de produits différents selon le sexe.

Peur et incertitude au masculin, règne de la femme initiatrice : une inversion de statuts ?

Les conditions de genre marquées dans le système patriarcal par la position dominante de l'homme et la dépendance de la femme apparaissent différentes et quelquefois en opposition avec les conditions de vente décrites. Entre le caractère illicite de la vente de médicament de la rue qui justifie la précarité de cette activité, des « secrets de femmes » dont la maîtrise donne du pouvoir, la vente de produits chinois dans une logique d'uniformisation des conditions de travail entre hommes et femmes, les conditions de vente se décalent des conditions de genre. Ce décalage présente le jeu des acteurs hommes et femmes de la vente comme le principal déterminant du niveau de la vente, mais aussi du devenir de leurs statuts sociaux.

À travers quatre cas, l'analyse des conditions de genre en rapport avec celles de vente laisse apparaître l'importance des évolutions possibles dans les statuts de genre des acteurs sociaux.

Kader, de forçat à fugitif, une vie masculine qui reste à construire

Parmi cinq vendeurs de *médicaments* de la rue interviewés, le choix de Kader se justifie par son expérience, mais aussi par son statut d'aîné qui le rend plus sensible aux conditions de genre liées à son activité. La vente des stimulants sexuels par les vendeurs de *médicaments* de la rue projette les jeunes garçons qui s'y adonnent, comme des cibles permanentes des forces de l'ordre. Ainsi se présente la vie de Kader, un *moose* de 23 ans qui, en 2008, est à sa cinquième année de pratique cette activité risquée. Malgré ces années de vente, Kader n'a

ni économie, ni biens en dehors de sa moto JC²³⁹, mais en revanche une petite expérience de trois mois de prison. Il dit être en fin de carrière, bien qu'il ne sache pas encore quel sera son gagne pain de remplacement.

Kader vient de Koubri, à une vingtaine de kilomètres au sud de la capitale, où il pratiquait le maraîchage avec son père depuis son retour de l'école coranique à l'âge de 10 ans, après un séjour de deux ans abrégé par le défaut de paiement des frais de scolarité par son père. Kader poursuivra la pratique du maraîchage aux côtés de son père ; une activité qui exige des muscles et du courage pour puiser l'eau dans le puits à l'aide de seaux de quinze litres à longueur de journée, arroser avec des arrosoirs manuels de vingt litres à longueur de journée, bêcher et sarcler. Kader comme son père et ses deux frères cadets avaient pris l'habitude de se doper au « bleu-bleu²⁴⁰ » avant d'engager leurs journées. À l'âge de dix-sept ans, Kader, dit avoir été tenté par la ville toute proche au point de se laisser convaincre par le contrebandier qui leur fournissait les « bleu-bleu », de s'associer à lui dans son affaire. C'est ainsi que Kader s'installe dans la concession de ce dernier au non-loti du secteur 30. Dès le lendemain de son arrivée, il peut sillonner les alentours avec son grand sac transparent où toutes sortes de *médicaments* sont judicieusement exposées en vue d'attirer la clientèle. Il avait appris à vite connaître les produits et les utilisateurs. Selon Kader, l'arrestation de son fournisseur met fin à cette activité où ses gains sont toujours supérieur à 100%, et le contraignent à quitter le non-loti pour ne pas se faire prendre à son tour par la police. Pour Kader, retrouver une autre maison à louer au secteur 28 et s'approvisionner à prix fort chez les grossistes d'envergure est une épreuve financière qui signe le début de sa galère financière à laquelle s'ajoute la vie de fuyard. Kader explique :

« C'était difficile de trouver une maison ; donc un ami m'a hébergé contre paiement. Mais au bout de quelques mois j'ai refusé de payer parce qu'il me volait mon argent et mes produits quand je dormais la nuit. Il m'a fait beaucoup de pertes avant que je ne trouve une maison à louer en zone lotie ; à cinq mille (5 000) francs CFA le mois, dans un celibatorium avec des étudiants. Comme maintenant le grossiste me connaissait, il m'a encore fait crédit. J'avais un gros sac où il y avait tous les médicaments, tout et tout, même les VIAGRA. J'ai commencé dans le quartier ; ça marchait fort. Au bout de deux mois, j'ai remboursé mes crédits chez le grossiste. À la fin de l'année, j'ai acheté une moto. Mais je la garais et je continuais à marcher pour vendre mes produits le jour. La nuit, je livre des commandes de VIAGRA. Mais il faut reconnaître aussi qu'il y avait beaucoup de crédit. (...) Tout le monde prend à crédit et personne ne veut payer. C'est difficile aussi de réclamer sinon ils peuvent me dénoncer. J'ai compris qu'il faut changer de quartier.

Maintenant, dans la journée, je partais à Zogona. Là-bas, c'est un quartier où il y a des grands. Il y a des policiers qui sont dans les cours. Il y a aussi les patrouilles de police à cause des étudiants qui font tout le temps des grèves. Une fois, je suis rentré dans une cour et j'ai proposé pug gnanng tood baalle à une vieille. Son fils policier qui sortait de la maison pour aller au travail m'a trouvé

239 Moto à vitesse d'une bonne esthétique mais réputés peu durable (dans les cinq ans), et plus accessible financièrement (moins de 400 000) francs CFA, comparée à la Yamaha dame qui coûtait dans le temps où elle était encore produite par la SIFA, près d'un million de francs CFA

240 Amphétamines vendus à travers les circuits des médicaments de la rue.

comme ça, avec sa maman. Heureusement que la maman était là pour demander pardon pour moi ; sinon c'était la prison directe. Mais j'ai quand même donné tout ce que j'avais sur moi ce jour-là comme argent au chef ; pas moins de cinq mille francs. Un autre jour, je suis tombé nez-à-nez à l'angle de la rue sur un policier qui me croisait à moto. J'ai couru, je suis entré dans une cour ; il n'y avait personne ; j'ai enjambé un mur et je suis tombé dans la cour voisine, avec mon sachet. Il y avait une femme assise avec ses enfants ; elle n'a pas crié. Elle a compris que j'étais poursuivi. Je me suis caché dans leurs toilettes. De l'autre côté, le policier est entré dans la cour, mais il ne m'a pas trouvé. Quand il est reparti, la femme m'a dit de sortir. Je l'ai remercié, et je lui ai donné un produit contre le rhume parce qu'elle était enrhumée.

Un matin, net quand je suis sorti, je suis tombé sur deux policiers en tenues qui se sont remorqués sur une moto, et moi j'étais à pied ; rien à faire. Je me suis arrêté (...). J'ai supplié, supplié, supplié. Certains voisins passaient et faisaient semblant de ne pas me voir. J'avais tellement honte ! Finalement, ils m'ont laissé partir. Mais dans les quartiers lotis, c'est des problèmes seulement. Je ne fais pas une semaine sans avoir un problème avec les policiers ; soit il faut fuir, soit ils m'attrapent et je paie (...) ». Ainsi, Kader, qui était entré dans la profession pour ne plus être le forçat du jardin maraîcher paternel se retrouve néanmoins dans une autre galère, une vie de fuyard, mais aussi une vie de soumission à des voisins qui ne paient pas leur crédit : « Il y a aussi mes voisins qui prennent des crédits et ne payent jamais ; j'ai peur de réclamer et qu'ils me dénoncent ; ou alors ça va devenir la bagarre qui va nous amener à la gendarmerie ». Kader, conscient des dangers de cette situation pour son honneur d'homme développe des stratégies : « J'ai vu que marcher dans les quartiers-là, c'est dangereux parce que tu ne sais pas sur qui tu peux tomber à l'angle de la rue ou dans une concession. J'ai décidé de trouver un coin où il y a beaucoup de gens, pour vendre sur place et ne plus me promener. Je me suis installé en face de la gare routière du secteur 15, juste au bord du goudron pour vendre dans la journée et je continue mes livraisons la nuit. Comme je suis au bord de la route, dès que je vois de loin une bâché²⁴¹ de la police, je prends mon sachet et je disparaiss dans le marché. J'ai fais ça plusieurs fois et ça a marché ».

Cependant, cet ingéniosité n'a que peu d'effets sur les conditions de son activité qui le rendent vulnérable aux forces de l'ordre : « Mais un jour, alors que je courais pour aller au fond du marché, j'ai été arrêté par d'autres policiers en civil. Je pense que quelqu'un m'a signalé(...). J'ai fais trois mois en prison. Quand je suis sorti, j'ai vendu tout mes meubles pour payer le loyer. Il ne me reste que ma moto. C'est une honte parce que, avec ce que je gagnais comme argent, j'étais respecté dans le celibatorium. C'est moi qui finançais le thé, et ma copine préparait les jours de fête pour tout le monde. Maintenant, j'avais la honte comme ça. C'est un étudiant que j'aidais quand j'avais l'argent qui m'a hébergé pendant deux mois avant que je ne retrouve une autre maison à louer ». Kader constate que sa vulnérabilité sociale liée à son activité favorise également une instabilité économique, tout en réduisant son pouvoir de décision sur sa propre vie : « je suis obligé de continuer ce travail pour manger ». Il réalise qu'il est pris au piège et cherche désormais à limiter sa dépendance : « Mais je ne marche plus dans les quartiers, et je ne vends plus au bord de la route.

241 Véhicule de transport de troupe de la police.

J'ai tout arrêté. Maintenant, je fais seulement des livraisons». Il élabore également des stratégies pour en finir définitivement avec cette vie, pour s'engager dans une vie digne d'un homme « Mais après la prison-là, je réfléchis beaucoup. Il faut que je trouve un autre travail, parce que mon âge avance et je veux me marier. J'ai besoin d'un travail plus sûr. Un chef de famille ne peut pas passer son temps à fuir ou à avoir peur d'être attrapé par les policiers ; passer son temps à se courber devant les policiers et à dire naaba, naaba²⁴² tout le temps ; être obligé de se taire alors que quelqu'un te doit de l'argent depuis des années et tu sais qu'il ne va jamais te rembourser ; tu ne peux même pas aller lui donner une belle gifle pour soulager ton cœur... ».

À travers les étapes de la vie de Kader, apparaît un rêve de réalisation de soi (par son départ pour la ville), brisé par la précarité associée à une activité prohibée, la vente de *médicaments* de la rue. Il apprend à ses dépens que cette activité rime avec précarité, fuite constante, peur permanente, l'humiliation des séances de supplication (quelquefois publiques) aux policiers, la prison, et finalement un orgueil masculin en berne face aux abus des voisins. Une lecture de la situation sociale de Kader le présente, à travers son activité, à l'opposé de valeurs essentielles de la virilité et de la masculinité que sont l'assurance donnée par la capacité de l'homme, et la ratification sociale de son honneur. L'activité illicite, qui contraint Kader à une vie de précarité et de dépendance apparaît comme une situation favorable à la déconstruction symbolique de ce que Bourdieu appelle « l'habitus viril », par opposition à « l'habitus féminin » (BOURDIEU, 1998 : p. 41). Le danger d'une telle situation est bien perçu par Kader qui cherche à sortir du piège de cette activité dont les conditions d'exercice érodent son identité masculine. De telles conditions de vente contribuent à inverser le sens habituel de la dépendance et de la vulnérabilité dans un espace social organisé sur la base de la suprématie masculine.

Ismaël de marché en marché ; un commerce de tous les risques

Quand nous le rencontrons en 1998, Ismaël est un garçon de 20 ans à la démarche tellement rapide qu'il disparaît au coin d'une rue en quelques secondes. Malgré deux années d'activité de vente de *médicaments*, il vit encore dans la concession paternelle dans les parcelles « non-loties » de Saaba. Nous l'avons rencontré alors qu'il s'engageait dans une ruelle de quartier « non loti ». Il prend peur et s'enfuit alors que nous voulons juste lui poser quelques questions et lui acheter des échantillons. Le hasard se chargera de rendre possible cet entretien deux heures plus tard, quand, un second vendeur interpellé à dû rentrer dans le quartier pour retrouver un produit qui n'existait pas dans son sachet ; il nous a finalement ramené Ismaël qui était le seul à posséder le produit recherché. Il s'agissait du NEO SAMPOON.

Une fois le marché conclu, Ismaël peut alors nous expliquer les raisons de sa fuite : « J'ai peur des gens qui viennent de chez le blanc, *nassar neba*. J'ai peur d'eux car ils peuvent être des policiers ; ils vont te flatter avec de belles paroles et après tu te retrouves en prison. Toi par exemple, je croyais que tu étais une policière. Mais comme je te vois avec le boutiquier, je sais que lui, il ne me trahira jamais, alors, je viens vendre mon produit ». À la question de savoir s'il avait déjà connu la prison pour en avoir aussi peur, il répond : « Non, je ne suis jamais allé en prison. Mais c'est justement parce que je sais bien me cacher

que cela ne m'est pas encore arrivé. Sinon tous ceux qui travaillent avec moi sont allés en prison ; certains sont sortis (après avoir épuisé leur peine), on les a encore attrapés pour les remettre en prison. Ah ; le métier-là est difficile dès ! ». Il donne ensuite l'exemple de son propre patron ; c'est lui qui partait récupérer tous les stocks à Pouytenga pour les amener à Ouaga. Uns de ces anciens amis avec qui il s'est fâché à cause de femme l'a dénoncé à la douane ; il a réussi à s'enfuir en volant une moto de douane. Mais tout son matériel, tous ses millions sont restés entre les mains de la police. Tous les médicaments ont été brûlés. Depuis, on ne sait pas où il est ; et même s'il revient, il n'a plus rien ». En fonction des risques d'être pris par la police, Ismaël choisit la fuite permanente en plusieurs étapes ; d'abord, éviter le plus possible le centre ville « J'évite d'aller dans le centre ville parce que tu ne peux pas savoir quand est-ce que tu va croiser un policier. Pareil, je ne m'approche pas des commissariats ; c'est là-bas même qui est plus facile pour eux de t'attraper ». Ensuite, aller de marché en marché, pour dérouter toute tentative de suivi : « Même quand je vais dans les marchés-là, je ne vais jamais deux fois de suite dans un marché. Quelqu'un peut seulement savoir que je vais de temps en temps dans tel marché. Mais personne ne peut savoir que tel jour, à telle heure, je suis à tel endroit. Donc, ça sera difficile pour les policiers de m'avoir comme ça. Par exemple, si je suis aujourd'hui au marché du secteur 15, demain je peux être dans un autre marché, (katr yaar par exemple), ou je reste dans mon non-loti. Le jour suivant, je peux me retrouver à Nabi yaar ou au marché de Tanghin. Et quand je vais dans ces marchés, je mets mon sachet de médicaments dans un sac comme si c'était des légumes que je venais d'acheter ; ça aussi ça évite la curiosité des policiers. Je ne m'amuse pas avec la police ; c'est pour cela que je suis le seul de tous mes amis qui font ce travail à ne pas être attrapé ». Il avoue néanmoins que malgré ses précautions il arrive qu'une descente de police soit annoncée dans un marché pendant qu'il y est. En ce moment, il n'y a pas d'autres solutions que la fuite : « Là, il faut fuir. Un jour, ils m'avaient pratiquement attrapé. Alors, j'ai laissé le sachet et je me suis vite mélangé avec la foule, et je me suis vite éloigné. Ils n'ont pas pu me reconnaître ». Cela m'a donné des idées, maintenant, quand je marche, j'ai un sac à dos où il y a les produits, et un gros sachet transparent avec des emballages de produits. Comme cela, si ça chauffe, j'abandonne le sachet et je fui ! ». Néanmoins, bien qu'il sache toujours échapper aux policiers, Ismaël pense avec inquiétude à son avenir. Comment faire pour se marier et fonder une famille avec une activité qui exige une fuite permanente, et qui te donne la peur du policier ?

Bien qu'il reconnaisse que le métier permet de gagner de l'argent, il cherche à l'abandonner pour une activité plus respectable. Pour lui, un homme qui a une femme, un *zaksoba* ne doit pas être tous les jours en train de se cacher ou d'avoir peur de la police. Pour cette raison, il nous avoue qu'il complète en ce moment ces dernières économies pour ouvrir une boutique de marchandises diverse à l'entrée de la concession paternelle.

Contrairement aux jeunes vendeurs de *médicaments* de la rue souvent pris en chasse par la police, les vendeuses de « secrets de femmes » apparaissent comme des femmes d'expérience qui forcent le respect ou la crainte, et qui doivent souvent orienter leurs clientes par rapport à des questions intimes de couples.

Amina, vendeuse de « secrets de femmes » : autorité sur les femmes, autorité sur les hommes

Des cinq vendeuses de « secrets de femmes » rencontrées, Amina est certainement la plus emblématique de l'autorité que confère cette activité. Amina, 40 ans, d'origine *marka* dit s'être limité à la classe de 4^{ème} du fait d'un mariage précoce. Elle aura néanmoins l'autorisation de son époux *dafing* et également musulman pour poursuivre l'activité de vente de « secrets de femme » apprise auprès de sa mère nigérienne, elle-même productrice de ces « secrets ». Amina dit avoir prospéré très vite dans cette activité. Elle soutient avoir effectué sept fois le pèlerinage à la Mecque, en guise de remerciement à Dieu pour tant de prospérité.

Nous rencontrons Amina à son stand de la rue marchande du FESPACO²⁴³ en mars 2007. Le stand est entièrement rempli de produits à vendre, avec deux petites places assises au fond. Les clientes sont agglutinées autour du stand, de sorte qu'elles débordent et cachent entièrement les deux autres stands mitoyens. Amina parée comme une princesse, avec néanmoins son voile, *lancana* sur la tête, trône sur l'un des tabourets au fond du stand, tandis que deux vendeurs placés hors du stand, tentaient de contenir la foule des clientes. Bien qu'elles achètent les produits, elles ne partent pas ; chacune d'elle veut en plus exposer son problème à Amina. Notre rendez-vous avec elle prévu pour 11 heures n'aura finalement lieu que vers 15 heures, à la faveur d'une accalmie. En effet, il n'y avait plus en ce moment que cinq clientes. Chacune consultait Amina au fond du stand et en ressortait avec un bon volume de produits. Quand ce fût notre tour, il était presque 17h et la file d'attente des clientes derrière nous s'était rallongée comme dans la matinée. L'entretien est réalisé dans une certaine tension justifiée autant par la foule que par le léger décalage de nos préoccupations et par importances des affaires d'argent en cours. Mais le calendrier d'Amina était tel qu'elle n'avait que ce temps à consacrer à l'entretien. Elle nous explique qu'elle dispose de boutiques de vente en gros et en détail à Niamey et Ouagadougou qui sont fréquentées par les dames de la haute société auprès de qui ses produits auraient un succès constant. Parmi ces clientes « hauts placées » se compteraient ses relations les plus précieuses, relations tissées autour de l'efficacité des produits, et qui lui valent aujourd'hui cadeaux de reconnaissance et soutien divers. Sa participation au FESPACO est donc présentée comme davantage motivée par le souci de partager son expérience avec des femmes en détresse que par le besoin d'argent.

Bien que l'entretien ait pu être quelque peu perturbé par les conditions de sa réalisation, l'observation sur le site a montré une affluence permanente des femmes. Leur succession de façon ininterrompue auprès d'Amina se justifie par le besoin de chacune d'exposer son problème ou prendre des conseils avisés avant l'achat d'un produit. Pour ce qui est de l'argent, elles en sortent des liasses sans discuter, signe de leur détermination. Ni le soleil, ni la longue file d'attente n'entame leur enthousiasme. Entre répondre à nos questions, et répondre aux sollicitations de ses clientes, Amina partage sa parole selon son humeur du moment. Choissant de répondre quand elle veut et à qui elle veut, en usant

245 Rue marchande du Festival panafricain du cinéma de Ouagadougou.

d'un ton sarcastique qui ne semble déranger personne. Nous sommes toutes comme des écolières fascinées et obéissantes devant la toute puissance du savoir de la maîtresse. Ni sarcasmes ni arrogance n'arrêtent non plus deux vendeuses présentes pour des achats en gros, et qui sont sommées d'attendre leur tour sous le soleil comme tout le monde. Le rapport de supériorité affiché par Amina sur l'ensemble de ses clientes et (même sur le chercheur) la présente comme une matrone dominante au milieu d'un groupe de femmes candidate à une initiation. Amina exerce son pouvoir, même sur les hommes ; entre temps, un homme qui passait là et qui, certainement intrigué par l'attroupement de femmes veut en savoir davantage, s'approche craintivement du stand aux « secrets de femmes ». Il est vertement rabroué par Amina qui lui dira clairement n'avoir rien à faire avec les hommes, tout comme les hommes n'ont rien à faire dans son stand. Elle serait là uniquement pour les femmes, et la présence de ce monsieur serait de nature à troubler la quiétude de ses clientes. Avant même qu'elle ait fini de parler, l'homme s'éclipse et aucun autre ne vient à sa suite. Les femmes continuent à harceler les deux vendeurs pour accéder à Amina alors qu'elle était encore en entretien avec moi. Elle suspend finalement notre entretien pour recevoir cinq collégiennes envoyées par leurs mères pour une initiation particulière que consisterait à agir au niveau de leurs vagins. Après avoir échangé pendant plus de 30 mn dans sa langue maternelle avec ces filles, elle leur donne rendez-vous avec leurs mères, avant de consentir à terminer rapidement cet entretien.

L'importante quantité de produits que nous avons trouvés entassés sur la table la veille était pratiquement épuisée le lendemain. Les quelques cartons rescapés sont disputés par les clientes grossistes. Amina, au vu du nombre de clientes présentes décide de présenter très sommairement et à haute voix une infinité de produits allant du « rétrécisseur » de vagin *serrer*, aux aphrodisiaques locaux les plus élaborés parmi lesquelles des *wussunan* d'envoûtement par le sexe ou des poudres aux effets hallucinants pour l'homme. Ces produits locaux et traditionnels cohabitent avec les aphrodisiaques industriels du type VIAGRA en provenance de l'Inde et de la Chine, ainsi qu'avec une multitude de produits artisanaux en provenance de Dubaï. Selon l'enseignement d'Amina, tous ces produits, qu'ils sont destinés aux hommes ou aux femmes, doivent être manipulés, et si possible en secret, par la femme. Pour elle, ce principe est le fondement même de la culture des « secrets de femmes ». Cette idéologie est fondée sur l'action de la femme, l'homme étant la cible de cette action. Il s'agit donc d'un domaine d'hégémonie de la femme. Ces secrets sont présentés ainsi comme des instruments du plaisir masculin, manipulés par les femmes, et qui donnent du pouvoir à la femme. Par ailleurs, elle ne voyait en moi qu'une concurrente déloyale, usant de stratagèmes pour voler ses « secrets » qui pour elles, étaient de la plus haute importance et pouvaient lui être volés à tout moment. Ses réserves et sa méfiance à mon égard permettent de mesurer sa peur d'être spoliée de ses « secrets ».

Par son autorité sur les femmes mais aussi sur les hommes (et même sur le chercheur), par son savoir qu'elle valorise au plus haut niveau, et par ses convictions sur la répartition des rôles dans la sexualité, Amina se positionne comme détentrice d'un savoir/pouvoir sur le marché informel des stimulants sexuels. Ce savoir qui lui donne le pouvoir de la femme initiatrice, est partagé

avec les femmes. La réappropriation de ce savoir par les femmes et la maîtrise qu'elles acquièrent dans l'utilisation des stimulants sexuels, leur donne le pouvoir sur les hommes. L'activité de vente de « secrets de femmes » contribue ainsi à donner du pouvoir aux femmes qui l'exercent, alors que la vente de *médicaments* de la rue entraîne les hommes qui l'exercent dans la précarité.

Angèle, vendeuse de « secrets de femmes », protestante

Angèle, illustre, dans une dimension moins marquée, le rôle de la femme initiatrice qui s'attache à la vente des « secrets de femmes », du fait que les femmes qui viennent, ont souvent des besoins qui vont au-delà de l'acquisition de l'objet. Elles ont souvent besoin de mieux connaître sur les conditions d'utilisation du produit qui n'est pas issu de leur culture mais aussi les attitudes et pratiques qui concourent à son efficacité sociale.

Angèle est une femme *moose* de 46 ans mariée à un pasteur, également *moose*. Elle pratique depuis longtemps une activité de vente d'ustensiles traditionnels de cuisine : calebasses, canaris, louches, plats en terre cuite, paniers de toutes sortes et autres balais, mortiers et autres pilons. Elle s'initie depuis quelque cinq ans dans la vente de stimulants sexuels. Elle aurait hérité cette activité de sa sœur commerçante de pagnes. Cette dernière qui voulait se faire plus d'argent en vendant au Burkina du *thiuraï* sénégalais, appelé *wussunan* au Burkina s'est aperçu que les femmes qui l'achetaient voyaient en ce produit un moyen de résoudre un problème. Elle avait remarqué que ces clientes de *wussunan* demandaient aussi d'autres produits du même genre, tout comme des conseils. Pour elle, autant de demandes montrent que le besoin de stimulant sexuel n'est que le signe de problèmes de couples. Or, elle estimait en tant que commerçante n'avoir ni le temps ni l'envie de jouer à la conseillère domestique. C'est ainsi qu'elle propose à sa sœur, épouse de pasteur, et donc plus habituée par les fonctions religieuses de son époux, à aider les couples, puisse s'occuper de la vente du *wussunan*, mais aussi de tout produit pouvant aider les femmes à sauver leurs foyers. Elle, à travers ses voyages, voulait bien continuer à reconstituer les stocks de produits. C'est ainsi que la gamme de produits d'Angèle est assez large, prenant en compte pratiquement tous les stimulants sexuels de la rue, des boutiques chinoises et les recettes traditionnelles. Angèle souligne que les femmes que lui envoient sa sœur, et qui sont effectivement dans des problèmes de foyer, ont autant besoin de parler que de se procurer un objet. Pour elle, ce sont des problèmes de couple qui amènent les femmes à s'intéresser à des produits qu'elles n'utilisaient pas avant, et dont souvent elles ont juste entendu parler. Cette demande autour de l'objet doit être d'abord vue comme un appel de détresse. D'où la nécessité de parler avec la femme pour l'aider à situer son problème. Pour Angèle, souvent, la solution qu'elle trouve avec la femme comporte un aspect « attitude » et un aspect « objet ». Ainsi, elle explique que des femmes qui viennent pour chercher un produit qui va les faire aimer davantage par leur mari repartent souvent avec pour seul objet un *wussunan* parfumé ou goût du mari ou un *gongonlili* qui élimine les odeurs désagréables du corps. Ces produits les rendent ainsi plus désirables à leurs époux et dissuadent ces derniers d'aller vers d'autres femmes. En outre, Angèle précise que les produits sont toujours pris avec des conseils par rapport aux

attitudes de la femme, pour mieux les accorder avec le désir de l'homme et atténuer ainsi les sources de conflit. C'est ainsi qu'Angèle dit être davantage sollicitée actuellement que jadis en matière de conseils conjugaux.

Bien que quelques femmes, habituées à ces produits viennent dans son hangar juste pour un achat rapide, la presque totalité de ses clientes sont des épouses en difficulté, et qui cherchent à retenir leur mari à leur côté. Elle leur propose en général un changement positif de comportement pour irriter le moins possible le conjoint, et leur propose ensuite de petites astuces pour le rapprochement. Mais elle souligne qu'il s'agit souvent de séances d'échange avec ces femmes qui peuvent prendre plus d'une heure, plusieurs fois par jour. Angèle, loin de s'en plaindre, se réjouit de pouvoir sauver ainsi des foyers fragilisés par les conditions de vie urbaines et un certain « marché sexuel » auquel les époux sont exposés. Angèle reconnaît également que certaines femmes de leur église qui ont des difficultés sexuelles avec leur conjoint préfèrent venir d'abord vers elle plutôt que d'aller dans les services de santé. Elle note cependant avec regret les réserves émises par son mari dès le début de l'activité, non pas sur la justesse de la cause défendue par sa femme, mais plutôt par rapport aux confusions qui peuvent en découler, en rapport avec la nature et les limites des pratiques. Il serait difficilement accepter que l'épouse du pasteur soit citée à comparaître dans un procès pour envoûtement de mari notamment.

Une montée en puissance de ces vendeuses de « secrets de femmes » apparaît, d'abord au niveau de leur carnet d'adresse. Angèle, Astou (qui vend aussi ces produits), et surtout Amina précisent dans leur présentation, les rapports privilégiés qui les lient désormais à des femmes qu'elles ont contribué à sauver *in extemis* d'une répudiation qui semblait inéluctable, et qui, désormais, sont non seulement des amies, mais ne leur refusent rien. Certaines de ces femmes sont des épouses de personnalités politiques ou d'opérateurs économiques puissants, ou sont elles-mêmes des notabilités. Amina particulièrement dit se sentir « chez elle » partout dans la sous région à cause de ses puissantes relations que lui valent son activité, et qui l'introduisent de plus en plus dans les sphères de décision les plus élevées en Afrique de l'Ouest.

Ainsi, les conditions de la vente des stimulants sexuels, les liaisons étroites entre désir sexuel et niveau de complicité et attrait physique (prenant en compte, les aspects physiques mais aussi d'autres comme l'odeur, l'attitude, la parole, etc.), font de cette activité, un cadre d'échange entre vendeuse et cliente. Cet échange dans lequel la vendeuse guide la cliente autant dans le choix des produits que dans l'adoption d'attitudes nouvelles fait de la première une formatrice. Dans un second temps, la vendeuse est formatrice parce qu'elle rend compte, à travers l'objet acheté, d'une culture de la séduction à laquelle les clientes sont souvent peu familiarisées. Angèle comme Amina, malgré une envergure différente de leurs activités, malgré un rapport différent de chacune de ces femmes au pouvoir associé à la connaissance des « secrets », reflètent par les sollicitations dont elles sont l'objet, d'une reconnaissance sociale qui s'attache à cette activité.

Une séparation des sexes dans la vente des médicaments mise à mal dans la vente des produits chinois

Dans les boutiques chinoises, l'allègement des conditions d'apport de garantie est uniformément appliqué aux revendeurs hommes et femmes sans capital de base qui s'y approvisionnent. La valorisation de la capacité de vente et de la régularité des remboursements pour l'obtention de crédits corrige une inégalité fondamentale qui pénalise généralement les femmes davantage confrontées à l'absence ou à la faiblesse des garanties, par rapport aux hommes qui peuvent plus facilement se prévaloir de biens et d'investissement.

L'analyse proposée s'appuie sur l'utilisation respective des attributs, valeurs et rôles de genre par les revendeurs de produits issus des boutiques chinoises, pour investir un terrain de vente qui reste largement régi par des représentations de genre. Cette constante culturelle analysée dans les conditions de vente « genrées » des *médicaments* de la rue et des « secrets de femmes », se reproduit dans celles sexuellement indifférenciées des produits chinois et laisse apparaître une réalité transversale : la détermination d'une clientèle sexuellement marquée, dans une culture régie par la distinction de genre, et dont l'une des particularités est la séparation des espaces entre les genres.

Séparation des sexes et inversion des rapports de statuts dans la vente informelle de stimulants sexuels

La description des stratégies de vente des stimulants sexuels montre que, exception faite des aphrodisiaques vendus en pharmacie, quelle que soit la catégorie du produit, les revendeurs élaborent leurs stratégies de vente en respectant une frontière de genre qui sépare les espaces féminins et masculins dans la vie quotidienne, et qui est déjà décrite par Marc EGROT (EGROT, 2001).

Les vendeurs de *médicaments* de la rue peuvent rejoindre les hommes seuls ou en groupes dans les débits de boisson, à la fin de leur journée de travail, pour leur proposer des stimulants sexuels (cas d'Amédé et autres cas évoqués dans les discours et dans le journal *Bendre*). Les mêmes vendeurs savent retrouver les femmes ménagères à domicile, à des heures où les hommes sont généralement absents, pour leur proposer, à la suite de *médicaments* divers, des produits de modelage du corps. Les revendeurs de produits chinois ont également la même stratégie d'approche par genre de leurs clients. Sur les lieux de travail qui sont leur zone de prédilection, ils parlent de leurs clients en les situant dans des groupes d'hommes « les tontons », ou de femmes les « tanties ». Du fait des spécificités de genre, l'un et l'autre groupe porte également un intérêt différent aux produits proposés ; les « tontons » recherchant des produits de type VIAGRA, et les « tanties » plutôt attirées par les « rétrécisseurs » tels les *serrer* et les produits du genre « *SHUI* » sensés favoriser la production de glaire et d'augmenter l'intensité du désir et du plaisir sexuels féminins. Par ailleurs, les vendeurs (surtout les vendeuses comme Astou dans les réseaux de femmes), utilisent des relais au sein des groupes

d'utilisatrices spontanément constitués dans des lieux de travail pour acheminer des produits et récupérer leurs gains. C'est aussi au sein de ces réseaux que l'efficacité des produits est évaluée par les consommateurs (les femmes à travers les réseaux, et plus rarement les hommes entre amis). De tels relais ne sont pas toujours envisageables auprès des hommes qui préfèrent une relation solitaire et directe avec le vendeur. Néanmoins, sur le lieu de travail où l'espace entre les catégories de genre tend à être aboli, la présence de ces revendeurs de produits chinois, et les groupes qui se constituent (ou ne se constituent pas) autour de leurs produits, reconstituent souvent spontanément la séparation « genrée » des espaces.

Les spécificités de genre reproduisent également une séparation des sexes au niveau de l'ensemble des vendeurs de stimulants et même une inversion des rapports de statuts. L'analyse des rôles des acteurs de la vente dans le marché informel des stimulants de la sexualité (*médicaments* de la rue, « secrets de femmes », produits chinois), présente des profils de femmes et d'homme qui sont en décalage avec leurs habitus de genre. Les hommes qui occupent habituellement la position dominante dans les rapports de genre et dans la société sont, en tant que vendeurs de *médicaments* prohibés (*médicaments* de la rue), l'objet d'une chasse permanente de la police. Le caractère illicite et la précarité de l'activité contribue à leur conférer, en tant que vendeurs, un statut bien inférieur à celui des femmes dans le même domaine. En effet, la vente des « secrets de femmes » est un domaine où les femmes qui s'investissent jouissent d'une bonne tolérance sociale. Par ailleurs, la noblesse de l'acte d'aider des femmes à préserver leur foyer, mais aussi l'image de la femme initiatrice qui s'attache à l'actrice de la vente, participent à relever le statut de ces femmes dans la société. Elles acquièrent alors du pouvoir, non seulement sur les autres femmes, mais aussi sur les hommes dépaysés et craintifs dès lors qu'ils sont en présence de telles femmes. Ainsi se forment dans l'espace social, des catégories de genre de vendeurs de stimulants sexuels dans lesquelles les positions de domination et de dépendance sont inversées.

Par ailleurs, l'uniformisation des conditions d'accès des vendeurs locaux au partenariat avec les grossistes dans les boutiques chinoises introduit entre vendeurs masculins et féminins des conditions égalitaires d'accès au matériel à vendre. Ces conditions égalitaires de vente appliquées par des vendeurs perçus selon leur sexe, dans une société fondée sur la domination masculine, engendrent des stratégies particulières qui sont présentées à travers les cas d'Astou et de Kima.

Astou, vendeuse vedette de stimulants sexuels

Notre rencontre avec Astou, vendeuse de produits chinois divers et de « secrets de femmes » a lieu en 2007. Cette fille *sénoufo* de 29 ans est issue d'une famille de sept enfants dont elle est la dernière. Elle dit avoir dû abandonner sa scolarité en 1996 au niveau 3^{ème} des lycées et collèges par défaut de paiement. Ses parents restés au village étant sans moyens, ses frais de scolarité au lycée où elle est inscrite à Ouagadougou sont payés par sa tante qui assure également sa tutelle. Suite à une baisse de rentabilité de l'activité commerciale de cette tante

du fait de la maladie, Astou quitte le lycée. Elle a par ailleurs, un garçon de sept ans dont le père est parti sans laisser de nouvelles et qui reste entièrement à sa charge.

De 1996 à 2002, Astou dit s'initier avec sa tante, au commerce de pagnes bazins, de *wussunan* et d'autres « secrets de femmes ». S'étant rendue compte que l'activité ne dégagait pas assez de bénéfice pour les entretenir, sa tante, l'enfant et elle, assure le fonds de roulement pour l'approvisionnement en produits, ainsi que le voyage jusqu'au Mali (pour le *Wussunan*) et au Togo (pour les pagnes), elle envisage une autre solution. En 2004, elle abandonne ce commerce peu rentable, pour la vente des produits Chinois dans une boutique réputée de la place. Sa principale motivation est la possibilité d'ouverture d'un compte avec peu d'argent, et « l'accès au crédit », expression par laquelle est désignée cette possibilité donnée à ceux qui font la preuve de leur capacité d'écoulement, de prendre des marchandises qui dépassent le montant de la caution de départ, pour les payer après les avoir vendus. Astou nous rassure qu'à ce jeu, elle est capable de vendre un produit au double de son prix de gros ; il suffit de trouver le bon payeur, celui qui accorde une importance suffisante au produit et qui a les moyens de ne pas s'accrocher au détail du paiement. Nous avons pu observer, à ce propos, Astou acheter le dernier-né des Viagra des boutiques chinoises à cinq mille francs le blister de quatre comprimés en 2007 pour les revendre à trois mille francs le comprimé. Cela revient à douze mille (12 000) francs CFA de recettes, soit sept mille (7 000) francs CFA de bénéfice !

Astou, comme la plupart des revendeurs de produits chinois présente un large éventail de produits allant des fortifiants de type ginseng aux insecticides en passant par des gadgets du types horloges, couverts, nappes de tables, assiettes, etc. Comme ses collègues vendeurs, Astou sillonne essentiellement les bureaux, et autres lieux de retrouvailles des salariés (lieux de déjeuner notamment), prend le temps d'identifier les clients potentiels avant de lancer sur eux son assaut. Fille élancée élégante, joviale et taquine, toujours « tirée à quatre épingles », Astou a le contact facile et est d'une compagnie agréable. C'est ainsi que, nous prenant pour des clients potentiels, elle nous avait nous-mêmes interceptées au cours d'un déjeuner avec des collègues, pour nous proposer des produits « utiles pour les femmes ». L'activité d'Astou comporte trois niveaux : l'approvisionnement de routine, les commandes spéciales et les urgences. Pour l'approvisionnement, Astou dit avoir organisé ses clients par zones ; une zone centrale regroupant l'ensemble des ministères au centre ville dont l'approvisionnement l'occupe les trois premiers jours de la semaine, et deux autres zones excentrées regroupant des hommes de tenue, et qui l'occupent chacune une journée entière. Au cours de l'approvisionnement, Astou fait le tour de ses anciens clients, tout en essayant de contacter de nouvelles personnes qu'elle identifie comme potentiellement intéressées. Munie de sac porte document comportant des produits de grande consommation (ginseng et autres fortifiants, thé, tisanes diététiques, produits de beauté, gadgets divers, etc.), mais aussi de gros sac à main dame contenant les diverses catégories d'aphrodisiaques. Astou relève que ces retrouvailles hebdomadaires avec des clients dont certains sont connus depuis une dizaine d'années, créent, pendant un quart d'heure à 30 minutes, des échanges entre amis avant de conclure l'affaire du *médicament*.

À ce propos, Astou relève l'aisance particulière de sa relation avec les hommes qu'elle appelle tous par la formule de respect « tonton ». Sa féminité, loin d'être une entrave, apparaît comme un vrai moteur de rapports souvent ludiques, et permettant facilement de parler de sexe et des questions de performance qui justifient l'utilisation des stimulants. Par contre, elle insiste pour dire qu'elle a décidé de ne jamais sortir avec un client, pour lever toute équivoque entre vendre des stimulants sexuels et se prostituer. La raison de cette décision est le besoin qu'elle éprouve de préserver son honneur de fille sérieuse, et d'augmenter ainsi ses chances de trouver un mari. Elle précise que quand elle se trouve dans l'obligation de rejoindre un client dans un bar ou dans un hôtel, elle y va juste pour le temps de remettre une commande et de repartir.

Avec les femmes qui sont en moyenne plus âgées qu'elle, Astou se félicite également de travailler dans une ambiance conviviale ; les aînées viennent avec leurs préoccupations, et la cadette qu'elle est apporte toujours des solutions ; elle note que les femmes qu'elle approvisionne, cherchent à se connaître, se passent les astuces, l'appellent au besoin les unes pour les autres, et s'associent même quelquefois pour lui donner un rendez-vous collectif. Elle reconnaît cependant ne pas pouvoir appliquer des prix excessifs sur les produits des femmes, non seulement parce qu'elles connaissent toutes les fourchettes de prix de ces produits, ensuite parce qu'elle trouve que « les femmes ne sont pas faciles en affaire ». Les produits que ces clientes affectionnent le plus sont : le duo *wussunan/Gongonlili*, le *serrer*, et les « thé », de sensualité. Alors que les femmes se concertent facilement et passent entre elles le relais de l'information, les hommes ont une approche plus individualiste ; peu portés à communiquer entre clients et encore moins à transmettre des informations, même si Astou reconnaît que de temps en temps, certains donnent son numéro de téléphone à des amis. Ces hommes expriment également, à travers leur prédilection pour les stimulants sexuels, et en particulier pour le VIAGRA 3 800 mg, un besoin constant de valider leur virilité.

En marge de l'approvisionnement qui consiste à proposer des produits déjà connus pour le renouvellement des stocks, mais aussi de nouveaux produits à découvrir. Les commandes spéciales sont faites par des personnes désireuses de faire un cadeau ou qui doivent s'absenter du pays pour un long temps ; les délais sont assez souples, permettant à Astou d'insérer les courses dans ses activités régulières. Les urgences sont par contre toujours imprévues. Pour les deux derniers niveaux de l'activité d'Astou, le téléphone apparaît comme l'outil charnière, sans lequel, un tel travail serait pratiquement impossible, ou alors prendrait beaucoup plus de temps. Selon Astou, leur traitement exige toujours des actions spéciales et quelquefois incongrues. Elle doit quelquefois retrouver des personnes au cours d'événements sociaux pour leur remettre une commande prévue pour servir dans l'immédiat. C'est notamment le cas de ce client qui, le jour de son mariage ne trouvait plus le produit magique et qu'il a fallu que Astou approvisionne, à son domicile, en mains propres et vers 23 heures, ce qui n'a pas manqué d'inquiéter la nouvelle mariée. De même, un samedi, une rencontre fortuite avec Astou nous apprend qu'elle va à un rendez-vous des plus urgents. Un de ses clients qui venait de lui annoncer l'obtention de son rendez-vous avec telle fille tant convoitée la sommait ensuite de faire parvenir urgemment l'aphrodisiaque support de sa virilité. En règles générales, il s'agit de

besoins urgents de clients dépendants qui mettent presque toujours Astou dans l'embarras. Mais elle mentionne que ces urgences sont toujours les mieux payées car les clients une fois qu'ils ont le produit demandent encore rarement leur monnaie....Souvent même, ils lui font des cadeaux de valeur. Astou avoue que quelquefois, elle obtient comme cadeau l'équivalent du prix du produit acheminé, avec des sommes allant jusqu'à dix-mille (10 000) francs. Elle signale également un fait d'importance. Ses clients ne lui demandent jamais de rabais. Alors qu'elle applique des pourcentages de bénéfice de 50 % et plus. Pour les produits « dernier cri », elle dit pouvoir aller jusqu'à 100 %.

À notre première rencontre en 2007, Astou a pour seul moyen de déplacement un vieux vélo qui lui permet d'aller (péniblement d'un endroit à l'autre pour proposer ses produits. Elle possède aujourd'hui (Octobre 2010), une moto « CRYPTON », le dernier cri des modèles des motos en vogue dans la capitale, preuve incontestable de la prospérité de ses activités.

Kima ou la rude vie de vendeur de stimulants sexuels

Kima est un jeune *moose* de 30 ans qui travaille avec Astou dans la revente des produits chinois. Il a quitté l'école primaire à la fin de son cycle (CM2), pour assurer la gérance de la boutique de vente de marchandises diverses de son père. Le décès précoce de celui-ci, et les conflits engendrés par l'héritage ne lui ont laissé en tout et pour tout qu'une parcelle avec une maison de deux « chambres-salon » qui lui a permis de se marier. Initié déjà au commerce mais disposant désormais de peu d'argent pour s'installer à son compte, il demande et obtient le partenariat avec les chinois pour vendre leurs produits.

Kima, tout comme Astou, prend en principe tout type de produits dans la boutique pour la revendre au détail dans la ville. Contrairement à Astou, Kima préfère se consacrer aux remontants du type ginseng et aux aphrodisiaques, produits nettement moins volumineux, et qui peuvent être contenus dans son attaché-case. Quand nous rencontrons Kima en 2007 dans la même boutique chinoise où Astou vient s'approvisionner, il est très affairé. Allant et venant entre les rayons de la boutique, il constitue ses stocks pendant que son téléphone n'arrête pas de sonner. Quand nous le rencontrons ensuite pour l'entretien, il explique que son activité a deux volets : un volet vente directe à Ouagadougou dont il se charge et qui fonctionne pratiquement à la manière de Astou, et un volet vente par personne-relais qui sont en fait des succursales, dans les chefs lieux de provinces. Pour ce dernier volet qui vise à terme toutes les provinces (au nombre de 45), il n'est parvenu à installer, après deux ans d'activités, que trois succursales : Koudougou, Bobo et Ouahigouya.

La vente directe assurée par Kima lui-même consiste à l'approvisionnement de clients, exclusivement de sexe masculin, dans l'ensemble de la ville de Ouagadougou, sans répartition par zone comme le fait Astou. En dehors de ses clients anciens, et de certaines personnes recommandées, Kima, suite à plusieurs mésaventures ne s'avise plus à entrer dans un bureau pour présenter ses produits. Il raconte lui-même la plus récente: « *C'était un vendredi soir il y a quelques mois ; j'avais repéré le voisin de bureau d'un de mes clients (...).Je lui ai dit que je venais le voir pour lui parler des produits que je vends. J'ai*

commencé comme d'habitude par le ginseng qui tonifie tout le corps. Ensuite, j'ai dis que j'avais aussi des produits pour aider les hommes ; il m'a demandé si lui, il m'a dit qu'il avait un problème. Je dis non, comme j'ai des clients qui apprécient le produit, alors je sais qu'il est bien. C'est pour cela que je le propose. Il me demande si c'est son voisin qui a dit de venir le voir ; je dis non, sincèrement non ; c'est moi-même qui suis venu parce que je cherche des clients en plus. Il m'a dit que, il peut comprendre que je propose ces produits dans un bar. Mais dans un bureau, je viens déranger les gens dans leur travail, et en plus, je viens les traiter d'impuissants. Sinon, même si nous pensons (le voisin et le vendeur) qu'il est impuissant, c'est à lui de savoir comment faire ; il n'a pas demandé notre aide. Qu'il va dire deux mots à son voisin de bureau ! J'étais là maintenant. Je l'ai supplié en vain. Il m'a chassé en me traitant de tous les noms. Le lundi, il a fait bagarre avec son voisin). Et voilà, comme ça, j'ai perdu deux clients.

En fait, souvent, ça se passe bien. Mais plusieurs fois aussi, ma proposition a blessé des gens. C'est pourquoi je ne vais plus contacter les gens comme ça. J'évite aussi de passer par les relations de mes clients. Je vois que les hommes n'aiment pas communiquer entre eux dans ce domaine là. Donc, je suis obligé de voir les clients séparément. Pour éviter les problèmes, j'ai une carte de visite sur laquelle j'ai marqué 'vendeurs de produits chinois et de stimulants'. Dans les services, je demande un rendez-vous et je laisse par carte. Si la personne veut, elle m'appelle. Certains qui doivent voyager font des commandes que le leur livre.

Mais avec mes clients, en général je n'ai pas de problème de ce type. Mon seul petit problème avec eux, c'est le paiement. Les gens qui me connaissent de longue date veulent prendre à crédit. Et si je leur donne aussi, pour payer, ça devient un problème. Il y a des clients qui traînent les crédits sur plusieurs mois, voire des années. Ils peuvent même cumuler des crédits ; comme si c'était obligé de faire l'amour.... Pour certains, je crois que j'ai fini par oublier. Tellement ça a duré, que j'ai oublié. Mais pour la majorité de mes clients, ils sont contents de moi et paient le prix que je donne. D'autres m'appellent pour des livraisons urgentes. Là aussi, avec la moto, je fais un tour rapide à la boutique ou dans mon stock à domicile et c'est réglé. Pour les ventes à Ouaga, comme c'est moi seul qui gère, il n'y a pas de problème. C'est dans ça que j'entretiens ma famille. Je ne gagne pas beaucoup comme ça, mais c'est suffisant pour me faire vivre ».

Comparativement aux gains modestes mais réguliers de la vente directe à Ouagadougou, la vente par personne relais est plutôt décrite par Kima comme une expérience amère : « *Par contre, avec mes gens en province, j'ai des problèmes. Je mets 30 % sur le prix des produits pour les revendre. Moi je garde 15% et eux aussi ils gardent 15 %. Mais les gens veulent toujours me rouler. Celui de Koudougou ne veut plus passer par moi. Il est venu directement voir le chinois pour s'inscrire. Celui de Bobo vend mais il dit qu'il a des problèmes ; il ne m'envoie plus les 15 %. Celui de Ouahigouya vient de commencer. J'espère que lui, il sera plus reconnaissant que les autres. Des gens qui étaient au chômage ici il y a quelques mois ; j'ai voulu les aider et ils ne pensent qu'à me voler. Finalement, « Astou » qui est venue me trouver dans l'activité, ce qu'elle peut vendre aujourd'hui comme produit, moi je ne peux pas. En plus, elle fait des prix plus élevés que moi ; elle ajoute 50 %, 100 %, et on achète. Comme c'est une*

femme, les hommes se gênent de négocier. Mais moi, si je fais comme ça, ils ne vont jamais accepter ». Kima continue en appréciant la rentabilité de l'activité dans la mesure où les clients, et surtout ceux qui appellent en urgence, sont de bons payeurs. Cependant, il réalise qu'il n'en tire pas autant de bénéfices qu'Astou, malgré ses stratégies de diversification des lieux de vente. Il réalise également que son statut d'homme, qui ne lui permet pour le moment que d'accéder à d'autres hommes est un handicap.

Nous pouvons effectivement parler de handicap dans la mesure où, non seulement Kima n'a accès qu'à des hommes, mais ces hommes ont une démarche individuelle qui ne favorise pas la diffusion de l'information sur son activité. En plus, sa masculinité ne favorise ni les paiements, ni les négociations, ni les cadeaux comme en reçoit régulièrement Astou. Par ailleurs, parler de sexualité, non en termes d'exploits réalisés, mais plutôt en termes de performances à améliorer est susceptible de semer le doute sur la virilité de l'interlocuteur, ce qui ne favorise pas les affaires pour Kima. En outre, ses velléités d'élargissement de son activité sont vite limitées par les ambitions pressantes d'autres hommes (qu'il suppose aider), de gagner eux aussi autant que lui.

Des conditions de partenariat qui éclairent les différences entre sexes

Dans ce système de vente égalitaire, l'analyse des étapes de la prise des marchandises aux conditions sociales de leur écoulement dans une société marquée par la distinction de genre éclaire ici la manière dont les attributs, rôles et valeurs de genre interviennent dans le positionnement social des vendeurs qui sont en œuvre dans cette activité, en quatre points.

- ***Des conditions de partenariat identiques pour les hommes et les femmes***

L'organisation des réseaux de vente de produits chinois bâtie sur un rapport indifférencié des promoteurs chinois aux vendeurs locaux, peut être référée à ce que Kristeva désigne comme une bisexualité psychique qui caractérise l'individu dans cette culture. Cette logique qui justifie l'uniformisation des rôles des hommes et des femmes dans les activités de production du modèle communiste chinois paraît également réguler l'organisation de la vente dans les boutiques chinoises installées à Ouagadougou. L'enlèvement à crédit de marchandises par un détaillant (revendeur), est en principe soumis au dépôt d'une garantie de valeur proportionnelle. La fréquente faiblesse ou absence de ressources des candidats à la revente justifient l'allègement des conditions d'apport de garantie. La capacité d'écoulement des produits, mais aussi la régularité des remboursements se substituent progressivement à la caution. Ce partenariat entre grossistes et revendeurs basé sur la démonstration permanente de la capacité de vente équilibre des conditions d'accès au crédit fondamentalement différentes pour les hommes et les femmes. Ces dernières, du fait de leur dépendance statutaire présentent généralement plus de difficultés à constituer ces garanties alors que les hommes, héritiers des familles et principaux pourvoyeurs de ressources des ménages présentent généralement plus de capacités d'investissement. La valorisation de la capacité d'écoulement des

marchandises et de paiement des échéances plutôt qu'uniquement le dépôt d'une caution crée des conditions de partenariat égalitaires pour les hommes et les femmes, ces dernières n'étant plus pénalisées par l'apport obligatoire d'une caution. En outre, les revendeurs ayant fait leurs preuves peuvent bénéficier de « découverts » leur permettant de sortir des marchandises dont la valeur dépasse leur caution, ou même sans caution. En la matière, les vendeuses qui écoulent souvent plus rapidement les marchandises peuvent présenter un meilleur profil que les hommes, et bénéficier ainsi de plus de « découverts ».

La seconde condition du partenariat est l'exigence d'une bonne tenue vestimentaire ; le modèle costume et cravate et attaché-case n'ayant pas résisté ni à l'ardeur particulier du soleil dans ce pays ni aux modestes capacités financières des vendeurs est maintenant réduit à une tenue vestimentaire perçue par le vendeur comme inspirant la considération. En la matière, les vendeuses bénéficient de possibilités vestimentaires, et leurs vêtements ont des prix souvent moins élevés que ceux des hommes, notamment le costume. Par ailleurs, la liberté totale accordée au revendeur pour identifier ses lieux de vente, le type d'approche approprié et les modalités de cette vente permettent le développement de stratégies personnelles dont la finalité est l'augmentation des quantités de marchandises vendues.

Ce modèle de partenariat, en donnant la possibilité à ceux qui n'ont pas l'argent pour constituer une garantie, mais veulent travailler, de pouvoir le faire donne avantage aux femmes qui souvent sont pénalisées par rapport aux hommes dans l'accès au financement par faute de garantie.

- *Des choix de méthodes de vente différentes selon le sexe :*

Comme le montre le récit de Kima, la vente des stimulants sexuels pratiquée par lui en tant qu'homme peut être caractérisée en sept points.

Le premier est sa clientèle exclusivement masculine. Kima, du fait de sa masculinité n'a jamais franchi la barrière symbolique de la séparation traditionnelle des espaces pour s'introduire dans les milieux féminins. Cette situation qui le prive d'au moins une moitié de sa clientèle réduit la rentabilité de son activité. Le second est le rapport individuel des hommes au vendeur, et qui fait écho ici avec l'individualisme généralement constatée dans cette étude du rapport de l'homme à la santé et aux *médicaments*. L'approche individuelle de la santé qui caractérise les hommes est analysée dans les deux premières parties de ce travail qui portent sur les antipaludéens et sur l'accès aux structures de traitement de l'infection à VIH. L'approche que les hommes préfèrent individuelle aux stimulants sexuels ne permet pas, comme chez les femmes, une quelconque émulation entre clients, et toute information doit toujours partir du vendeur au client pour pallier à l'absence de communication entre clients. Quatrièmement, la masculinité de Kima, complique ses négociations de prix avec d'autres hommes, en l'absence de toute présence féminine flatteuse ou défiante. Il est ainsi contraint à faire des prix modestes qui réduisent ses marges de bénéfice. Par ailleurs, la tendance de certains hommes à contracter des crédits apparaît également en rapport avec la masculinité de Kima ; le faire avec une femme, risquerait de mettre en péril l'image de l'homme capable. Les crédits viennent ainsi s'ajouter à la faiblesse des marges bénéficiaires, pour limiter significativement les gains de Kima. Ces gains sont d'autant limités que certains

crédits ne sont jamais payés. En outre, les tentatives de Kima pour ouvrir des succursales apparaissent peu prometteuses. Par ailleurs, Kima reçoit peu de compensation, et les cadeaux dont il n'a même pas fait cas dans son récit peuvent être projetés comme restant assez rares. Ces sept points d'analyse constituent les principales explications à une moindre rentabilité de la vente de stimulants sexuels par les hommes.

Comparativement à la situation des hommes, celle de la femme, à travers l'expérience de Astou, se présente autrement plus positive, ce qu'illustrent cinq points. L'aspect majeur de l'approche de terrain de Astou est la mixité de sa clientèle qui n'empêche pas que les catégories de sexes aient chacune sa spécificité et ne se mélangent pas ; les femmes s'organisant entre elles et assurant le relais des informations, les hommes restant dans leur rapport individuel au vendeur (ici Astou). Sa seconde particularité est le découpage de la ville où elle intervient, Ouagadougou, en trois zones approvisionnées à tour de rôle au cours de la semaine, permettant aux clients de préparer leurs commandes et leurs paiements pour l'attendre. Une autre spécificité est la liberté que prend Astou, sans aucune crainte, de fixer des marges bénéficiaires qui atteignent, dépassent, et doublent quelquefois le prix des articles proposés aux hommes. Étant femme, Astou sait profiter de l'orgueil masculin qui empêche beaucoup d'homme de marchander des prix avec une femme, pour tirer un maximum de profit de son activité. Pour les mêmes raisons, les mêmes hommes mettent également un point d'honneur à faire des cadeaux à leur vendeuse, en argent, souvent en lui restituant la monnaie qu'elle rend, en lui donnant de l'argent ou en lui ramenant des souvenirs lors de voyages en Europe ou ailleurs en Afrique. La présence d'Astou, et son effet démultiplicateur du besoin masculin de montrer sa capacité est illustrée encore une fois par l'obligation que s'imposent les hommes de ne pas contracter de crédit auprès d'elle, et de régler aussitôt leurs commandes.

La juxtaposition des deux approches de terrain dans la vente des stimulants sexuels présente un homme et une femme largement influencés dans l'organisation de leur activité par les représentations qu'ils ont de leurs catégories de genre, mais aussi par l'organisation sociale bâtie sur ces représentations. Nous avons d'un côté, Kima pris au piège par sa masculinité qui limite son accès aux seuls hommes, réduit pour lui la rentabilité de l'activité, en limite son accès aux cadeaux, alors que les résultats de ses autres initiatives sont mitigés. De l'autre, Astou accède du fait de son genre, aux hommes flattés de se voir approcher par une fille charmante, et touchés dans leur orgueil par ses plaisanteries sur la sexualité. Leur besoin d'image positive d'eux-mêmes justifie ensuite toutes leurs largesses, qui contribuent à la prospérité rapide d'Astou.

- *Des rapports au client et un rendement qui se distinguent selon le sexe*

Marqués par les attributs de genre, les rapports des revendeurs aux clients distinguent par certains aspects qui justifient que les femmes soient plus prospères que les hommes.

Dans le rapport de genre à la vente des stimulants sexuels, les femmes présentent de meilleurs avantages parce qu'elles peuvent toucher avec la même facilité les autres femmes tout comme les hommes. Elles paraissent également privilégiées par le fait que les hommes sont peu gênés de prendre des stimulants sexuels avec une femme. Dans le récit d'Astou, cette différence de sexe introduit

des rapports ludiques, des plaisanteries sur les rapports sexuels et les rôles des acteurs, qui introduisent la question des performances et le rôle des stimulants sexuels. Entre femmes, cette complicité se développe autour des problèmes de la cliente qui sont le plus souvent des problèmes de foyer, et qui nécessitent l'utilisation de stimulants sexuels. La pareille n'a pas été retrouvée entre hommes. Alors qu'Astou est connue à travers la ville, Kima qui a pourtant commencé l'activité avant elle, reste anonyme. L'on note également qu'Astou prospère financièrement plus vite que lui. Elle qui ne dispose que d'un vieux vélo en 2007 circule aujourd'hui sur une « Crypton », moto à vitesse la plus en vogue actuellement dans le pays, alors que Kima n'a toujours pas changé la motobécane que nous lui avons connue depuis cette date.

- *Des conditions de vente qui inversent les représentations du genre*

Les conditions indifférenciées de prise de produit dans les boutiques chinoise, et de vente analysées en relation avec les conditions de genre, montrent, à travers l'expérience d'Astou, des aspects particulièrement favorables aux femmes. Les conditions de prise égalitaires peuvent être considérées comme favorables aux femmes plus souvent limitées dans le démarrage de l'activité par le manque de fonds d'investissement que les hommes.

Les conditions de genre (des rapports plus facilement ludiques entre des hommes et toute femme qui ne leur est pas interdite d'alliance)²⁴⁴ ouvrent l'accès des femmes à une clientèle d'hommes. Les relations particulières qui peuvent lier les femmes dans les espaces féminins, et notamment la relation d'aînées à cadettes sont également valorisées par Astou. Les conditions de vie urbaines qui favorisent la concurrence entre épouses et femmes célibataires dans l'accès aux faveurs de l'homme permettent à Astou, d'inverser le sens de la dépendance entre femmes-cadettes (souvent célibataires comme Astou) et femmes-aînées (épouses) dans l'espace féminin que constituent ses réseaux de clientes. Les représentations de genre qui consacrent la suprématie masculine sont également mobilisées par Astou, à son avantage. Ainsi, face à elle, une jeune femme provocante mais inaccessible, le devoir masculin de validation de la capacité conduit les hommes à payer sans discuter des prix souvent surévalués des produits, à payer cash, à ne pas réclamer la monnaie, et en plus à faire des cadeaux.

La masculinité de Kima par contre, le met à l'opposé de ce rapport. En lieu et place, apparaissent des agents masculins caractérisés par une approche individualiste de leur sexualité et des stimulants sexuels et craintifs de toute allusion à leurs éventuelles difficultés. Le statut masculin du vendeur le pénalise également dans un rapport au client qui, en restant un rapport « d'homme à homme », ne fait aucune obligation à ce dernier de prouver de quelconques capacités financières à travers un empressement à payer ou des cadeaux.

Les produits des boutiques chinoises, en créant des conditions de prise et de vente égalitaires pour les revendeurs locaux, hommes et femmes, dans un contexte social marqué par la suprématie masculine, peuvent concourir à une inversion du sens de cette suprématie, du moins, dans la rentabilisation financière et sociale de cette activité.

244 Nous faisons référence ici à la pratique de l'exogamie et aux catégories de femmes « épousables » et « interdites » qu'elle impose à tout homme. Les sœurs consanguines et classificatoires, ainsi que les sœurs consanguines et classificatoires du père et de la mère étant, souvent, entre autres, les femmes interdites.

CONCLUSION

Les représentations de genre et leurs déclinaisons dans divers champs de la vie sociale, permettent d'expliquer en partie les rapports des personnes aux choses et aux situations, mais aussi leurs motivations. Dans le cas du rapport des personnes au *médicament*, le genre est apparu au cours de cette étude, au cœur des options en matière de santé. L'analyse du rapport des personnes au *médicament* en fonction de leur sexe est ici faite en suivant trois axes. Dans le cas d'une maladie courante, dans le cas d'une maladie socialement marquée comme l'infection à VIH, et dans la sexualité une situation qui, de tout temps et en tout lieu exacerbe les rapports sociaux de sexe. Au-delà des différences dans les circonstances du rapport au *médicament*, les personnes, en fonction de leur sexe, développent une relation particulière et constante à cet objet. L'on retrouve cette relation sous des formes tantôt transversales à au moins deux des trois axes (par exemple, la réticence masculine aux lieux de soins), tantôt spécifiques dans chacun des axes de la recherche (dans le « care » pratiqué par les femmes ou dans l'usage des « secrets de femmes » pour maintenir un statut d'épouse). Mais quels éléments relatifs au rapport entre genre et *médicament* pouvons-nous identifier de manière transversale dans les trois domaines étudiés ?

Actualité du « sida » à Ouagadougou, entre secret et réalités sociales

Le 3 mars 2009, je réalise que ma propre vie est au cœur de ma problématique de recherche.

Ce jour-là, je suis informée de la nième hospitalisation de mon collègue Sourabié²⁴⁵. Il est difficile de chiffrer le nombre de ses internements à l'hôpital depuis 2005. Bien qu'il soit l'un des employés les mieux rémunérés, Sourabié est également toujours fauché au point de faire des emprunts à presque tous les collègues, sans pouvoir rembourser les sommes prises. Lors d'un événement social qui, la veille, nous avait rassemblés mes collègues et moi, j'ai saisi malencontreusement une conversation entre la première épouse de Sourabié et une autre dame, probablement son amie. Elle désignait la maladie de son mari par *baaga*, et en disant qu'il l'avait probablement contractée avec sa seconde épouse qui, quant à elle est décédée en 2008. Cette dernière était, avant son arrivée chez Sourabié, et selon les dires des deux femmes, la dernière épouse d'un el hadji qui serait lui-même mort du « sida ». Environ un mois auparavant, j'avais moi-même dû me rendre à mon village pour enterrer un très proche cousin que je croyais éthylique invétéré. A son décès, une autre cousine qui vivait dans le même quartier que lui et qui connaissait sa vie mieux que nous avouera qu'en fait, il était sous ARV depuis plus d'une année mais n'avait jamais été observant, par peur de dévoiler ce statut. Elle l'avait su parce qu'elle l'avait trouvé évanoui dans le *celibatorium* « chambre-salon » où il vivait seul, et avait également vu les produits. Effectivement, mon cousin venait de quitter sa femme sous le prétexte qu'elle cachait sa « paresse » par des séjours intempestifs et injustifiés à l'hôpital alors qu'elle n'avait rien. En fait cette dernière serait également infectée mais bien suivie, et désormais asymptomatique. C'est elle en fait qui se

245 Il s'agit d'un pseudonyme, comme tous les noms propres utilisés dans cette étude.

serait battue pour mettre son mari sous traitement antirétroviral avant d'être répudiée. Mais depuis son départ, mon cousin avait été livré à lui-même jusqu'à ce que le pire arrive. L'information qui circulait dans la famille n'évoquait pas une quelconque maladie et encore moins une infection par le VIH mais seulement son éthylisme auquel nous avons tous attribué sa maigreur excessive. Chaque membre de la famille se faisait un devoir de le sensibiliser à arrêter l'alcool alors qu'il aurait fallu trouver les moyens de le fidéliser à son traitement.

D'autres événements dans mon entourage auraient pu être cités ici pour illustrer la fréquence élevée des histoires individuelles tragiques associées à l'infection à VIH dans le réseau social de tout « Ouagalais », et d'autre part les jeux entre secrets et éléments de vérité qui marquent la « vie sociale » de l'infection à VIH. Mais les personnes concernées sont peut-être trop proches pour maintenir suffisamment d'objectivité scientifique. Cette « vie sociale » met en jeu des relations entre des hommes ou des femmes, s'étend à des couples, et fait souvent apparaître la réticence des hommes à aller vers le traitement. Dans ces expériences, l'important n'est pas tant la séropositivité supposée des personnes que la gestion de cette information, et l'incidence de cette gestion sur les parcours thérapeutiques. Il s'agit souvent de parcours longs (depuis 2005 pour mon collègue et certainement davantage pour mon cousin), semés d'hospitalisations (plus de cinq depuis la première en 2005 pour mon collègue, plusieurs pour mon cousin), sans compter l'épuisement financier qui ne manque pas d'être associé à cette situation, et les conséquences sociales, économiques et sanitaires.

L'expérience du « sida », reconnue ou suspectée, reste ainsi, malgré les chiffres attestant de la baisse du taux de prévalence estimée actuellement à 1,8 % dans la population adulte, malgré l'avènement de la gratuité du traitement antirétroviral depuis janvier 2010, une préoccupation sociale à multiples facettes.

Le rapport au traitement du « sida », révélateur de réticences masculines et d'aptitudes féminines dans la recherche de médicament ?

Le rapport des personnes à l'infection et aux lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH montre des spécificités de genre significatives, et qui permettent de comprendre l'accès différentiel des hommes et des femmes à ces lieux.

L'infection à VIH apparaît-elle comme un révélateur de rapports séculairement difficiles des hommes aux services de santé ? Quoi qu'il en soit, les récits des personnes interviewés se succèdent pour affirmer la faible motivation des hommes à fréquenter les lieux de prise en charge des PvVIH, comparativement aux femmes. Sans dire que tous les hommes sont réticents à fréquenter ces lieux et que toutes les femmes les fréquentent sans complexe, cette étude a montré surtout que les conditions sociales, culturelles mais aussi organisationnelles de l'accès des personnes aux structures de prise en charge des PvVIH jouent différemment pour les hommes et pour les femmes. Ces résultats de l'étude font écho aux faits de la vie courante des Burkinabè en général, et des « Ouagalais », en particulier, qui s'interrogent au quotidien sur les méfaits - réels ou supposés - de l'infection à VIH.

Les discours reviennent de façon récurrente sur les difficultés des hommes à envisager l'infection pour eux ou pour leurs femmes, sur leurs difficultés à l'annonce, leurs difficultés d'accès aux lieux de prise en charge et aux services qui y sont proposés, tout comme la persistance des comportements à risque. Intégrée dans cette culture dans la catégorie populaire des *bug-banse* ou maladies de femmes, associée à l'épuisement financier du malade et des ses proches, cette infection, désignée par l'expression populaire « sida » reste investie d'une représentation sociale négative (BILA, KOUANDA & DESCLAUX, 2008). La peur suscitée par le « sida » persiste depuis les premiers messages à connotations négative et pessimiste du début de l'infection (OUÉDRAOGO & *al*, 2005). Par ailleurs, dans un contexte social où santé et maladie ne sont pas réductibles à leur seule dimension biologique, le « sida », comme toute autre « maladie » au sens large, renvoie à l'infortune ou à l'événement malheureux » (SOUBEÏGA, 2009 : p. 343). Être infecté par le VIH s'oppose alors à la forte valorisation sociale de la capacité de l'homme, contrairement à la femme désignée par son statut d'étrangère comme prioritairement responsable de tout malheur survenant dans son lignage marital (EGROT, 1999 : p. 329). La séropositivité apparaît ainsi dans les discours, incompatible avec les représentations culturelles de la masculinité et de virilité, valorisées dans la société, bien évidemment par les hommes eux-mêmes, mais également, et dans une moindre mesure et de manière parcellaire par les femmes. Par rapport au rôle masculin dans la société *ouagalaise*, le chef de famille même s'il « n'assure pas » dans son ménage, ne le montre jamais à l'extérieur. Être socialement perçu comme «frappé par le malheur» et donc «incapable de s'en prémunir» introduit la question de la honte, un sentiment particulièrement craint dans cette culture, et qui piège les hommes astreints à se valoriser, dans les structures. Cette analyse montre comment les hommes peuvent se retrouver, tout comme les femmes, « prisonniers et surnoisement victimes de la représentation dominante » (BOURDIEU, 1998: p. 78).

À l'inverse la dépendance statutaire des femmes, la forte valorisation féminine du statut d'épouse, et la responsabilisation sociale des mères dans la naissance et la survie de l'enfant concourent à favoriser leur fréquentation des lieux de prise en charge des personnes séropositives. L'argument de l'intérêt de l'enfant est utilisé par ces femmes séropositives pour justifier non seulement leur présence sur les lieux de prise en charge, leur activisme particulier en ces lieux, mais aussi les actes complémentaires qu'elles posent en faveur de l'accès de leurs conjoints à la prise en charge: se substituer à eux pour faire le rang, les assister dans leurs relations parfois difficiles avec les prestataires divers, les aider à la prise de *médicament*, etc. Les femmes, bien qu'elles soient souvent affichées comme les principales personnes concernées par le sida dans les familles, sont à l'avant garde des traitements, pour elles mais aussi pour les enfants, le *zaksoba*. En effet, la survie de ces derniers apparaît déterminante pour le statut de la femme à deux niveaux: la valorisation du statut d'épouse et le rôle primordial du père dans la socialisation de l'enfant. Ce dernier apparaît lui-même, seul capable de réduire l'altérité du statut de sa mère au point de lui ouvrir les voies de l'ancestralité dans son lignage marital (LALLEMAND, 1977: p. 308; EGROT, 2001: p. 330).

Ainsi, leur dépendance et leur responsabilité maternelle positivent et facilitent la présence des femmes sur les lieux de prise en charge des PvVIH, alors que la position dominante des hommes les rend vulnérables à la honte sur ces lieux. Dans

la perspective de la valence différentielle des sexes (HÉRITIER: 1996, p. 24), fondée sur la hiérarchisation, cette analyse montre, non la traditionnelle domination du sexe masculin mais plutôt une inversion des conditions de genre laissant apparaître une suprématie des femmes sur les lieux de traitement du sida, dans un contexte où le traitement antirétroviral qui y est dispensé a une efficacité reconnue et même parfois surévaluée.

Le médicament du paludisme dans l'espace domestique : des représentations masculines souvent pénalisantes

L'analyse du rapport des hommes et des femmes aux *médicaments* dans le cas du traitement d'une maladie courante comme le paludisme permet de donner une dimension à la fois diachronique et plus globale à cette problématique. L'analyse des discours sur le rapport des personnes au *médicament* dans l'espace domestique permet de voir, dans une situation antérieure, commune et moins marquée que le « sida », un rapport déjà plus difficile des hommes à l'objet thérapeutique et aux services de santé.

La présentation des pharmacies familiales révèle des traits différentiels entre hommes et femmes dans le rapport au *médicament*. La présentation de la pharmacie domestique par les hommes se limite souvent à la désignation des produits qu'ils utilisent, par opposition aux « autres », prenant en compte la femme et les enfants. Une telle présentation ne permet pas de savoir si les hommes sont investis autant que les femmes dans l'utilisation de ces produits. Cette différence dans les réponses permet d'évoquer un rapport plus souvent individuel des hommes au *médicament*, versus une approche de type santé familiale adoptée par les femmes.

Ce rapport individuel des hommes au *médicament* s'oriente plus facilement vers les recours rapides (et généralement peu conventionnels). L'automédication apparaît comme une manière masculine d'éviter les mauvais traitements dont les patients sont victimes dans les services de soins, comme l'ont montré divers auteurs (OLIVIER DE SARDAN, 2003 : p. 265). Ce rapport particulier des hommes à l'objet thérapeutique s'illustre également à travers la tendance masculine à préférer l'utilisation de *médicaments* de la rue encore appelés « pharmacie sauve qui peut ». Cette prise de risque associée aux représentations de résistance particulière du corps masculin, apparaît notamment à travers certaines pratiques « viriles » et le faible respect des traitements en général. Les *médicaments* de la rue évitent également aux hommes un passage souvent redouté dans les services de santé pour une prescription, un déplacement en pharmacie. En ce sens, ces produits apparaissent en parfaite harmonie avec la tendance masculine à « *préférer les occasions de soins rapides, discrètes, précises* »²⁴⁶. A la lumière de cette analyse, l'approche individuelle de santé des hommes apparaît comme une déclinaison des rôles de genre qui, en consacrant la femme comme soignante domestique, confinent les hommes dans des rôles connexes (pourvoyeur de *médicament*, d'argent,...) qui s'intègrent dans les habitus.

246 *Propos d'un enseignant en pharmacie, 2007.*

Cette approche masculine individuelle de la santé, caractérisée par une préférence de l'automédication (et des *médicaments* de la rue), par une faible utilisation des produits pharmaceutiques rend compte d'une désinvolture masculine en lien avec une survalorisation de la résistance du corps masculin associée à une banalisation du paludisme.

Un savoir féminin profane sur les médicaments destiné au traitement de toute la famille

Le rapport des femmes au *médicament* dans l'unité domestique mais aussi la reconstitution des itinéraires de soins qu'elle décrivent à travers la présentation des pharmacies domestiques apparaissent également marqués par des valeurs de genre.

Les femmes se distinguent des hommes par une approche familiale plutôt qu'individuelle de la pharmacie domestique. Les présentations féminines réfèrent généralement chaque produit à son utilisateur, et les précisions sont telles qu'elles permettent de voir quels membres de la famille (notamment les hommes) ne se servent jamais dans la pharmacie. Cette présentation qui apparaît par ailleurs souvent plus élaborée au niveau des indications des produits, des maladies traitées mais aussi des doses administrées, montre que les femmes détiennent un « savoir-faire » profane qui est avantageux pour les traitements qu'elles suivent ou initient dans la famille, à travers leur rôle de « care ».

Aux perceptions et pratiques masculines marquées par la désinvolture dans le rapport au *médicament*, s'oppose la représentation des femmes et des enfants comme les catégories les plus vulnérables au paludisme. Cette vulnérabilité consacrée qui désigne ces catégories comme les principales concernées par la fréquentation des services de santé pour le traitement du paludisme justifie le développement de ce savoir profane féminin.

La mise en œuvre de ce savoir profane féminin à travers des distinctions que les femmes parviennent à faire entre produits (génériques, de la rue, divers produits) sur leurs critères de qualité et de risque, favorise leur accès aux *médicaments* les moins chers et les plus validés socialement. Au niveau des femmes de revenus modestes, ces itinéraires sont d'abord marqués par les choix qu'elles réalisent dans les catégories de *médicaments*. Elles s'orientent préférentiellement vers les produits financièrement accessibles à elles, et validés par les autorités sanitaires : les génériques. Même si la similarité de certains emballages, les ruptures de génériques dans les officines, et certaines accoutumances, concourent à une relative utilisation de *médicaments* de la rue par des femmes, cet usage tend à se réduire avec leur niveau d'instruction et la disponibilité du produit, ce qui n'est pas le cas des hommes. D'autre part, la dépendance statutaire légitime l'expression de la demande féminine vis-à-vis du conjoint et de tous ceux qui sont investis de l'image de la domination (parents, amis, collègues et surtout patron du conjoint). Une telle norme sociale permet ainsi d'élargir le pragmatisme féminin à la mise à contribution du réseau social dans le financement des *médicaments* autrement inaccessibles par la famille.

Le droit socialement accordé à une femme de demander, l'habitude féminine de simplification et de réduction des coûts des *médicaments*, sont ici associés à des traitements « qui réussissent » généralement.

L'analyse des rapports des hommes et des femmes aux antipaludéens et des contenus des pharmacies domestiques révèle ainsi un pragmatisme féminin, et une désinvolture masculine qui déterminent le rapport des personnes au *médicament*.

Des stimulants sexuels témoins et supports d'anciens rapports de genre dans un monde globalisé

La diversité des catégories de stimulants sexuels disponibles dans la ville de Ouagadougou, mais aussi les manières dont les personnes utilisent ces produits, permettent de tirer plusieurs conclusions sur les rapports sociaux de sexe.

La première et la plus marquante est la manière dont ces produits sont insérés dans les stratégies individuelles et collectives, et qui reproduisent les rapports sociaux de sexe anciens. En effet, le contexte urbain et l'ouverture de cette ville à la culture mondialisée entament peu les représentations de genre. Ce contexte qui reproduit les relations anciennes de genre et accentue l'importance de l'homme pour la femme apparaît comme le principal déterminant de l'utilisation des stimulants sexuels par l'un et l'autre sexe. Malgré des motivations différentes selon le sexe et la situation matrimoniale, l'utilisation de stimulants sexuels, en légitimant la suprématie masculine et la dépendance féminine reproduit les rapports sociaux de sexe préexistants. Certains aspects qui apparaissent nouveaux — tels l'activation du rôle féminin dans la sexualité —, ne changent cependant rien, ni dans les objectifs visés par les acteurs, ni dans la cible principale du plaisir recherché, et qui est, jadis comme maintenant, l'homme. Bien que les stimulants venus d'ailleurs s'imposent dans les usages, avec des risques de bouleversement plus ou moins importants des rôles de genre dans la sexualité, la finalité du jeu des acteurs, y compris les séquences qui incluent la jouissance féminine, reste avant tout la satisfaction masculine.

L'homme en retour est assigné à faire la preuve de sa « capacité », entendue comme ensemble de performances (financière, sexuelle, et sociale). Le développement du célibat féminin et d'un « marché sexuel » fragilise la position des épouses et conduit de nombreuses femmes à s'investir dans plusieurs domaines, et notamment dans la sexualité, pour obtenir les faveurs d'un homme, et bénéficier ainsi d'un statut social acceptable. L'importance du mariage pour l'intégration sociale de la femme reste largement de mise dans la modernité du contexte urbain, et si de plus en plus de femmes vivent le célibat, cette situation est souvent davantage perçue par les personnes et par la société comme un échec plutôt qu'un choix de vie dans cette culture qui légitime le *yoobo* des hommes présente les conquêtes féminines comme une voie de valorisation masculine. Plusieurs exemples, également parmi les PvVIH montrent que pour un homme marié ou non, l'entretien d'une ou de plusieurs autres relations, sous quelques formes que ce soit : conquête passagère couverte de cadeaux à dessein ou mieux, « deuxième bureau » entretenue à grand frais, ou autrement mise en évidence, le tout réalisé au su et au

vu de tous, y compris de la conjointe, peuvent être d'importants supports d'une capacité masculine en mal de reconnaissance. Les stimulants sexuels du type Viagra apparaissent ainsi comme les supports de la valorisation sociale de la « capacité » masculine, base de la position dominante de l'homme. Les hommes, confrontés à l'obligation de « capacité » au sein du ménage et en dehors, par des conjointes qui rivalisent de part et d'autre dans pratiques de séduction et d'expertise dans l'acte sexuel, sont poussés vers l'utilisation de stimulants sexuels. En outre, ces produits sont de plus en plus disponibles, et d'une accessibilité progressivement améliorée, surtout chez les vendeurs de la rue.

Ainsi, les stimulants sexuels, malgré de nouvelles pratiques, l'évolution des rôles de genre qu'ils introduisent dans l'acte sexuel, de nouvelles idéologies de la sexualité, pérennisent des rapports de genre préexistants.

La dépendance des femmes qui est renforcée en ville, l'existence et le développement d'un « marché sexuel » qui fragilise la position des épouses, conduit de nombreuses femmes à s'investir dans plusieurs domaines, et notamment dans la sexualité, pour préserver leur homme.

Autour des « Secrets de femmes », de nouveaux rapports à la sexualité et à l'espace social

L'utilisation des « secrets de femmes » dans les ménages urbain « ouagalais » introduit d'importants changements, davantage dans les rôles de genre dans l'acte sexuel que dans les relations de genre. L'utilisation de ces produits, initiée par la femme, réalisée en principe à l'insu de l'homme, cible de l'action, introduit un changement radical dans le rôle féminin pendant cet acte.

La femme passe alors de la passivité assignée dans la société traditionnelle à un nouvel activisme dans les gestes, l'habillement, le choix des mots et autres allusions suggestives, l'application de produits ; autant d'actions qui concourent à réjouir l'homme. La femme mariée y trouve un moyen de combler sexuellement son époux pour prévenir tout risque d'expropriation de son homme par une autre femme. De même, de jeunes filles à peine sorties de l'adolescence cherchent des armes pour séduire et garder un homme. Ces changements dans les pratiques et les rôles au cours de l'acte sexuel apparaissent également comme le signe d'une ouverture, non seulement à la culture mondialisée (à travers les produits occidentaux, mais surtout indiens, chinois, du Moyen-Orient), mais aussi à des cultures plus proches (culture de l'Ouest du Burkina, du Mali, du Niger, du Nigéria). Les « secrets de femmes » sont en effets marqués sur le plateau *moose* comme une spécificité culturelle de l'Ouest du pays habité par des populations « dioulaphones » et du Mali. A travers l'utilisation de ces stimulants, l'épouse passe d'une valorisation sociale anciennement marquée par ses capacités reproductives, son ardeur au travail et sa soumission, à une valorisation renforcée par ses capacités de séduction. L'image mondiale de la femme séductrice vient ainsi s'additionner aux valeurs préexistantes, pour introduire les « ouagalaises » dans une culture sexuelle globalisée dans laquelle la sensualité et le plaisir féminin apparaissent essentiels pour le plaisir de l'homme.

Dans l'espace social, la culture des « secrets de femmes » met également en évidence un type nouveau de femmes. Les vendeuses de ces produits, à l'instar d'Amina, apparaissent, autant par leur savoir-faire que par l'importance de la sollicitation sociale, tout comme de la crainte que peut susciter leurs capacités perçues d'envoûtement des hommes, comme des personnalités fortes. Leur position sociale est renforcée par le rôle d'initiatrice qu'elles jouent souvent auprès de femmes novices de ces pratiques, mais aussi par les problèmes de foyer qu'elles sont amenées à gérer de par leur activité. Les conditions d'un tel commerce projettent ces femmes dans une position sociale dominante, créant pour elles, une ascendance sur les autres femmes, mais aussi sur des hommes. De telles conditions de vente, en consacrant la domination sociale des femmes initiatrices et la dépendance des jeunes garçons vendeurs de *médicaments* de la rue constituent un exemple d'inversion des conditions de genre dans l'espace social.

L'usage des « secrets de femmes » qui révolutionne les rôles dans l'acte sexuel, inverse les conditions de genre dans l'espace social. Cette culture qui est caractérisée par son dynamisme et la facilité de ses emprunts, consacre l'ouverture des populations « ouagalaises » à d'autres idéologies de la sexualité.

Les produits asiatiques ; supports de diffusion d'une nouvelle idéologie du plaisir sexuel féminin

L'analyse de l'utilisation des stimulants sexuels sur l'évolution des rôles de genre dans l'acte sexuel prend également en compte le rôle des produits asiatiques, en tant que supports d'une idéologie particulière du plaisir, et qui accorde une place primordiale au plaisir féminin.

La notion du plaisir féminin véhiculée par des stimulants sexuels issus des boutiques chinoises peut être mise en relation avec la culture chinoise qui attribue une place centrale et une « essence Yin » inépuisable à la jouissance féminine (Kristeva, 2009).

A usage masculin comme le « vibreur », condom à ventouses stimulantes des parois vaginales, ou à usage féminin comme la plupart des solutions buvables et poudres pour préparation de boissons stimulantes du genre Shui (décrit comme le plus efficace de tous), ces produits des boutiques chinoises véhiculent une idéologie. L'idéologie de la sexualité qui valorise le plaisir féminin, et qui, en cela, est différente et même opposée à celle locale, essentiellement orientée vers la procréation et ne tolérant d'initiative et de plaisir que masculins. La connaissance et l'utilisation de ces produits participent à l'émergence de nouveaux rapports des femmes à la sexualité. L'analyse des représentations de ces produits, de leur usage, du rôle des acteurs, montre comment ils révolutionnent les rôles de genre dans les relations sexuelles, tout en continuant à valoriser la capacité masculine.

Cette ouverture culturelle occasionnée par les stimulants du plaisir féminin coïncide avec des mouvements de lutte pour l'émancipation sexuelle de la femme : lutte contre l'excision en Afrique (LAMIZANA, 1995 ; SP/CNLPE, POPULATION COUNCIL,

USAID, 2006), et soutiens internationaux à cette cause, du type Clitoraid²⁴⁷. Mis en relation avec les nouveaux courants du droit des femmes, les nouvelles idéologies du plaisir féminin peuvent ouvrir la voie à de profonds changements dans les rapports de genre.

L'uniformisation des modalités de la vente de produits des boutiques chinoises est un autre aspect de cette ouverture qui participe à une inversion des conditions de genre.

Des rapports « genrés » qui se renouvellent avec le contexte et les rôles des acteurs à travers des médicaments

L'analyse du rapport des hommes et des femmes au *médicament* dans le cas d'une infection à VIH socialement marquée, d'une maladie courante comme le paludisme, dans une situation qui exacerbe les rapports de genre dans la sexualité, permet de tirer des conclusions dont la similarité dépasse largement la particularité des cas.

Des difficultés masculines à l'expertise féminine autour du médicament

Transversales aux trois axes de recherche ci-dessus mentionnés, les différences dans les rapports de genre au *médicament* trouvent sens dans les représentations sociales.

Les valeurs de la féminité consacrant la dépendance des femmes, leur responsabilité maternelle, et leur rôle traditionnel de « care » concourent à l'acceptation des conditions des soins par elles. L'habitude de fréquenter les services de santé développe une expertise féminine favorable à l'accès des femmes aux soins et au développement de leurs compétences par rapport au *médicament*. Leur besoin de s'attacher un homme met en avant un nouvel intérêt pour la sexualité. A travers le contrôle des espaces sociaux autour du *médicament* (de certains lieux de vente à la pharmacie familiale), les femmes s'imposent par leur habitude à utiliser le *médicament* pour elle ou pour les autres membres de la famille, pour des besoins de santé mais aussi dans diverses stratégies et notamment celles autour de la sexualité.

À l'inverse Les représentations sociales de la virilité, d'une capacité et d'un honneur masculin opposés aux humbles conditions des patients sur les lieux de soins, l'attrait des occasions brèves de santé apparaissent, entre autres, à la base d'une désinvolture à risque dans le rapport des hommes au *médicament*, y compris dans la sexualité. Ce rapport se trouve exacerbé sur les lieux de traitement du « sida » par les représentations de l'infection et par certaines difficultés

247 Clitoraid : est présentée comme une action de charité publique. Ce programme initié par la révolution raélienne a pour objectif de proposer aux femmes qui ont souffert de l'excision contre leur volonté, de retrouver la sensation de plaisir clitoridien en reconstruisant leur clitoris. Consulté, [En ligne], consulté sur le site le 12 octobre 2010, URL : <http://fr.clitoraid.org/page.php?3>.

organisationnelles particulièrement ressentie par les hommes, du fait de leur position sociale dominante.

L'analyse montre que, non seulement les difficultés des hommes réduisent leur accès aux soins, mais aussi l'accès de leur conjointes qui dépend souvent de la décision masculine, tout en réduisant l'efficacité de la contribution féminine à la santé des hommes.

Des inversions de condition de genre au questionnement sur les relations de genre

Autour de l'accès aux soins et au *médicament*, apparaît un premier niveau d'inversion des conditions de genre dans l'espace domestique et les services de santé. Cette inversion révèle une vulnérabilité inattendue des hommes dans l'accès au *médicament*, et une étonnante capacité des femmes à tirer avantage de leur vulnérabilité consacrée. Régulièrement animée depuis quelques années²⁴⁸, cette discussion permet de déterminer les obstacles perçus qui marquent négativement le rapport des hommes au *médicament*, et les adaptations nécessaires. L'étude des rapports des personnes aux stimulants sexuels révèle également, au-delà de l'évolution des rôles que favorise l'utilisation de ces produits, une inversion des conditions de genre induite par les conditions de vente. Ces évolutions montrent une dynamique particulière des conditions de genre, avec des tendances d'inversion. Bien que ces inversions se présentent souvent comme ponctuelles, elles rappellent par leur existence, que, dans la dynamique sociale, rien n'est figé et encore moins les conditions de genre.

Bien qu'elles consacrent la domination des hommes et la dépendance des femmes, certaines évolutions, notamment les rôles de genre dans la sexualité, montrent aussi que « chacun des deux genres n'a d'existence que relationnelle » (BOURDIEU, 1996 : p. 41 & 51). En partant du principe que l'identité de genre est une construction sociale et que les genres n'existent que par rapport l'un à l'autre, les interactions entre hommes et femmes dans l'espace domestique apparaissent comme une matrice possible pour une quelconque évolution. La mise en relation de cette matrice avec les questions actuelles sur la réduction des inégalités de genre donne un intérêt particulier pour la nouvelle « approche de l'égalité » (THÉRY, 2007). À ce propos, la pensée d'Evans PRITCHARD propose pour l'analyse de genre, non des entités classiques de genre « les hommes », « les femmes », etc., mais plutôt les personnes dans des rôles sociaux de genre (« les époux », les « épouses »), ou qui débordent les frontières classiques de genre (des « oncles », des « initiatrices », des « donateurs » et « des preneurs de dons », « des rois », « des reines ») etc. La dynamique des rôles sociaux montre les personnes dans une réalité sociale présentée comme un tissu complexe de relations, toujours référées à des règles et des usages communément intégrés, et toujours médiatisées par des statuts (THÉRY, 2007 : p. 24). L'idée de construction permanente des rôles, permet d'aller au-delà des catégories universels « hommes » et de « femmes » pour interroger les

248 AIDSIMPACT, Marseille, 1^{er}- 4 juillet 2007 ; Conférence SWAA, Ouagadougou, 3-7 février 2010 ; 5^{ème} Conférence francophone VIH-Sida, Casablanca, 27-31 mars 2010 ; 5^{ème} convention nationale Sidaction, Paris, 4-5 juin 2010.

aptitudes personnelles et la capacité à dominer l'autre, à influencer sur la relation de genre (THÉRY, 2007 : p. 26). La notion de « personne relationnelle » permet de prendre en compte dans l'analyse « le genre comme attribut des relations sociales » et non comme « identité de la personne » (THÉRY, 2007 : p. 227).

Ainsi, la personne, par ses capacités à influencer sur la relation de genre peut apparaître comme le propre moteur de l'évolution des rôles de genre, mais plus encore, des conditions de genre qui justifient les différences et les inégalités. Cette notion de personne relationnelle peut également être mobilisée dans le cas d'inversions de rôles de genre dans le rapport au *médicament* du paludisme et du « sida », mais aussi chez les acteurs de la vente de stimulants sexuels et autres *médicaments* hors des pharmacies. Le premier cas révèle des femmes capables de puiser dans leur dépendance statutaire, les ressources nécessaires pour accéder au *médicament* pour elles-mêmes, leurs enfants et leurs conjoints ; le second cas présente des vendeuses, souvent dans une position sociale dominante qui leur donne une ascendance sur d'autres femmes, mais également sur des hommes. L'on peut alors s'interroger sur les déclinaisons possibles de ces capacités socialement reconnues de femmes, sur les relations de genre. Le passage de l'identité de genre à l'interrogation sur la personne et ses capacités ouvre un nouveau champ de recherche sur le genre, et qui considère chaque ménage comme un cas particulier, définit autant par les représentations sociales de genre, que par la dynamique propre des interrelations.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES

- « La déclaration de Beijing (Pékin) », [En ligne], consulté sur le site le 9 mai 2010, URL : < <http://www.aidh.org/Femme/pekin.htm>>.
- ABÉLÈS M. & COLLARD C., 1985. - *Âge, pouvoir et société en Afrique noire*, Paris: Karthala, 330 p.
- ABÉLÈS M., 2008. - *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot, 288 p.
- AFFNER P., 1983. - « Des écrans à la recherche d'une mémoire; Des cultures à la recherche d'un miroir (1er Festival panafricain de Cinéma de Ouagadougou) », *Peuples noirs peuples africains*, (35) : pp. 91-102.
- AKRICH M., 1995. - « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et culture*, (25-26), Janv-déc. : pp. 129-157.
- ALFIÉRI C., SANOU A., DJETCHA S., QUERRE M., AGBO H., KI-ZERBO O., 2007. - « Les pères ont-ils un rôle dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ? Éléments d'analyse issus du Burkina Faso », du Cameroun et de Côte-d'Ivoire, Paris, *4ème conférence francophone sur le VIH/SIDA*, 29-31 mars 2007, présentation orale.
- AMSELLE J.-L., 2001. - « Iliffe, John. - Les Africains. Histoire d'un continent. Traduit de l'anglais par Jean-Paul Mourlon, Paris, Aubier, 1997, 459 p. ('Histoires') », *Cahiers d'études africaines*, (161), [En ligne], consulté sur le site le 22 sept 2010, URL: <http://etudesaficaines.revues.org/index72.html>. Consulté le 22 septembre 2010.
- ANNANDALE E. & K. HUNT, 2000. - *Gender inequalities in health*, Buckingham, Open University press, 214 p.
- ANRS, 2008. - *Charte éthique de la recherche dans les pays en développement*, Agence national de la recherche sur le sida et les hépatites, 12 p., [en ligne], consulté le 11 mai 2009, site internet URL <http://www.anrs.fr/index.php/anrs/rubriques_transversales/outils_pour_la_recherche/pays_en_developpement/textes_de_reference/principes_ethiques>.
- ANTOINE P., NANITELAMIO J., 1990. - « Statuts féminins et urbanisation en Afrique ». *Politique africaine*, n° 36, pp. 129-133, [En ligne], consulté sur le site, 16 jan 2010, URL : <<http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/036129.pdf>>.
- ATTANÉ A, 2009. - « Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso », *Autrepart*, (49) : pp. 155-171, [En ligne], consulté sur le site le 11 oct 2010, URL : www.cairn.info/revue-autrepart-2009-1-page-155.htm.
- ATTEWELL A, 2010. - « La vie de Florence Nightingale : De l'éducation des militaires à la formation des infirmières », [En ligne], consulté sur le site le 17 octobre 2010, URL : [http://agora.qc.ca/documents/Florence Nightingale-](http://agora.qc.ca/documents/Florence_Nightingale-)
- AUGÉ (M.) & C. HERZLICH, 1984. - *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Edition des archives contemporaines « ordres sociaux », 278 p.
- AUGÉ M., 1994. - *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Aubier, 197 p.
- BALANDIER G., 2003. - *Civilisation et puissance*, Paris, éditions de l'aube, 54 p.

- BALANDIER G., 2009. - *Le dépaysement contemporain: l'essentiel et l'immédiat, Entretiens avec Claudine Haroche et Joël Birman*, Paris: PUF, 224 p.
- BALIMA S.-A., 1996. - *Légendes et histoire des peuples du Burkina Faso*, Paris, J.A. conseil-Presses de l'imprimerie de l'indépendant, 403 p.
- BANAKA W.H., 1971. - *Training in depth interviewing*, New York, Harper & Row, 196 p.
- BEAUVOIR (DE) S., 1949. - *Le Deuxième sexe*, Tomes 1 & 2, Paris, Gallimard, 504 p. & 510 p.
- BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C. & TOURÉ M., 1999. - *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris : KARTHALA et CODESRIA, 707 p.
- BENOIST J. & DESCLAUX A., 1996. - « Conclusion : Pour une anthropologie impliquée », in BENOIST & DESCLAUX, 1996 : pp. 363-373.
- BENOIST J. & DESCLAUX A., 1996. - *Anthropologie et sida : Bilan et perspectives*, Paris Karthala, 380 p.
- BENOIST J., 1989-1990. — « Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique », *Projections, la santé du futur*, n°1 : pp. 45-50.
- BENOIST J., 1996. - *Soigner au pluriel : Essai sur le pluralisme médical*, Paris Karthala, 520 p.
- BENOIST J., 2002. - « Recension d'ouvrage : Bernard Lachaux et Patrick Lemoine, Placébo, un médicament qui cherche la vérité, MEDSI / McGrawHill, 1988, 148 p » in *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale*. Benoist J, Paris, Khartala-AMADES, pp. 223-225.
- BIERI A., TSHIALA L., 2005. - « Regard sur l'autre, critique de soi: 'Nous autres' vus par les Africains », in *Nous autres*. Deuber Ziegler E., Perret G., (dir.), Genève, Musée d'ethnologie CH, pp. 91-114, [En ligne], consulté sur le site le 13 avr 2009, URL : http://www.ville-ge.ch/meg/pdf/tabou_1.pdf
- BILA B, EGROT M., 2010. - "Femmes et prise en charge de l'infection à VIH au Burkina Faso : Genre et rôles en matière de santé dans le couple", *5ème Conférence francophone VIH/SIDA*, CASABLANCA 27-31 mars 2010, Casablanca, communication orale.
- BILA B. - « Différences de recours au traitement des PvVIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso », in *Femmes et VIH dans les pays du sud*. DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K., ANRS, collection sciences sociales. A paraître
- BILA B., 2008. - « Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs », *Ethnographique.org*, n°17, nov. 2008, [en ligne], consulté le 11 mai 2008, site internet URL : <http://www.ethnographiques.org/>.
- BILA B., EGROT M., 2009. - « Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso », *Social Science & Medicine*, (69): pp. 854–861.
- BILA B., EGROT M., DESCLAUX A., 2006. - « Gender and HIV/AIDS medicines in Burkina Faso », Toronto, *XVIth international AIDS conference*, Poster TUPDD02, 13-18 août 2006.
- BILA B., KOUANDA S., DESCLAUX A., 2008. - « Des difficultés économiques à la souffrance sociale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso », *Cahiers d'étude et de recherches francophones/Santé*, 18(4) : pp. 187-191.
- BILA B., 1990. - *Les kibse gyesum du Yatenga septentrional, particularité et évolution d'une identité collective*. Mémoire de maîtrise en sociologie, INSHUS, Université de Ouagadougou, 106 p.
- BILA B., EGROT M., 2007. - « The perception of HIV and men's attendance in health care-facilities in Burkina Faso », Marseille, *AIDS Impact Conference*, 1er-4 july 2007, Session : 43.41.
- BISILLIAT J., 2001. - « Introduction de la perspective genre dans les programmes nationaux des médicaments essentiels », *OMS*, 48 p.; consulté sur le site le 2 janv 2010, URL : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh2966f/7.html>.
- BLANCHETTE L.-P., 2006. - « Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositif de sécurité », *Lex Electronica*, 11(2), Automne 2006.

- BLITMAN S., SAOUADOGO H., 2006. - « L'Afrique malade de ses médicaments », *Alternatives économiques*, jan 2006, (243).
- BLOUIN M., BERGERON C., 1997. - *Dictionnaires de la réadaptation tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques*, Québec, Les publications du Québec, 164 P.
- BOAS F., 1855. - *Primitive art*, Dover publications, 1st Dover Edition, 378 p.
- BONNET D., 1982. - *Corps biologique, corps social, les Mossi de Haute-Volta*, Thèse présentée pour le doctorat du II^{ème} cycle, EHESS, Paris, 346 p.
- BONNET D., 1996. - « Être femme au Burkina Faso : de la construction du « genre » en pays mossi », in *La place des femmes : les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*. EPHESIA., Ed. La découverte, pp. 286-289.
- BONNET D., JAFFRÉ Y. (DIR), 2003. - « Les maladies de passage, transmissions, préventions et hygiène en Afrique de l'Ouest », Paris Karthala, 510 p.
- BONTE P., IZARD M., 1991. - *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, Quadrige-PUF, 842 p.
- BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V. (coll.), 2006. - *Terrains sensibles : Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, CEA/EHESS, 208 p.
- BOURDIEU P., 1978. - « Sur l'objectivation participante : Réponse à quelques objections », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 23(23) : pp. 67-69.
- BOURDIEU P., 1998. - *La domination masculine*, Paris, seuil, 177 p.
- BRETTELL C. B., SARGENT C. F. (eds.), 1996. - *Gender in cross-cultural perspective*, 4^{ème} édition, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 600 p.
- BRICÉRO-LÉON, R., 1996. - Recension d'ouvrage, *Death Without Weeping : The Violence of Everyday Life in Brazil*, Par Nancy Scheper-Hughes. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, CA, 1992. First paperback edition 1993, 614 p., *Social Science & Medicine*, vol. 42 (12) : pp. 1748-1750.
- BRIET P., 2005. - « Les inégalités entre les femmes et les hommes à Madagascar moins fortes qu'ailleurs », *Bulletin d'information sur la population de Madagascar*, (7), juil 2007 : p. 31-3.
- BROWNER C., SARGENT C., 2006. - « Donner un genre à l'anthropologie médicale » in *Anthropologie médicale : Ancrage locaux, défis globaux*. SAILLANT F. & GENEST S., Paris, Presses de l'Université de Laval-Economica-Anthropos, 2006, p. 357-382.
- BSS1-FHI/SP CNLS/BASP'96, 2002 — *Enquêtes de surveillance de comportements relatifs aux IST/sida au Burkina Faso (BSS1)*, Ouagadougou, Family health international, SP/CNLS-IST, Bureau d'appui en santé publique, 44 p.
- BURKINA FASO, 1984. - « Ordonnance 84-0580 du 4 août 1984 », *Journal officiel*.
- CERCOOP, 2003, - « Dossier santé ; le don et l'approvisionnement en médicaments », *CERCOOP*, (12), juin-juil-août 2003.
- CHENG A., 1997. - *Histoire de la pensée chinoise*, Éditions du Seuil, 1997, 650 p.
- CIRCAF, 2007. - *Rapport de la 4^e conférence des Instances de régulation de la communication d'Afrique (CIRCAF)*, Ouagadougou, Juillet 2007, 147 p.
- COULON M. & FERRONI I., 2004. - « Devenir mère dans le contexte des multithérapies antirétrovirales », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n° 3, pp. 13-40.
- COURTIAL J.-P., LE DREFF G., 2004. - « Analyse des récits de femmes enceintes », *Santé publique*, 16(1) pp. 105-122.
- CRESSON G., 1991. - « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*, Vol. 4, n°1 : pp. 31-44.
- DACHER M., 1978. - « Lallemand Suzanne, une famille mossi », *Cahiers d'études africaines*, 18(69) : pp. 259-260.

- DAGOGNET, F., 1984. - *La raison et les remèdes*, Paris, PUF, 347 p.
- DELPHY C., 2002. - « Penser le genre : quels problèmes ? », in HURTIG, KAIL & ROUCH, 2002, pp. 89-101.
- DELPY (C.), 2001. - *Ennemi principal*, Paris Syllepse, 380 p.
- DESCLAUX A. & LEVY J.-J., 2003. - « Présentation : Culture et médicaments : Anciens objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », in DESCLAUX ET LEVY (dir.), *Anthropologie et sociétés*, numéro thématique sur « culture et médicaments », Vol. 27 : n° 2, pp. 5-21.
- DESCLAUX A. & LEVY J.-J. (dir.), 2003. - « Culture et médicaments », *Anthropologie et sociétés*, Numéro thématique, Vol. 27, n°2, 247 p.
- DESCLAUX A., 1997. - *L'épidémie invisible : anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso*. Thèse d'anthropologie pour le doctorat nouveau régime, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille : 2 volumes, 461 p.
- DESCLAUX A., 2001. - « L'observance en Afrique : question de culture ou vieux problème de santé publique ? » in SOUTEYRAN & MORIN (dir.), 2001 : pp. 57-66.
- DESCLAUX A., 2003. - « Présentation : Cultures et médicaments : ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? » in DESCLAUX ET LEVY (dir.), *Anthropologie et Sociétés*, numéro thématique sur « culture et médicaments », Vol. 27, n° 2 : pp. 5-21.
- DESCLAUX A., DESGRÉES DU LOÛ A., 1996. - « Les femmes africaines face à l'épidémie de sida », *Populations & Santé*, n° 428 : pp. 1-4.
- DESCLAUX, A., MSELLATI P. & VALENTOWITZ S., 2009. - « Women, mothers and HIV care in resource-poor settings, *Social Science & Medicine* », n° 69 : pp. 803-806.
- DÉVÉRIN Y., 1999. - « De la concession rurale à la parcelle urbaine, mutations de l'habitat en pays mossi (région de Ouagadougou, Burkina Faso) », *Les annales de la recherche urbaine*, (85), pp. 132-139.
- DÉVÉRIN, Y., 1999. - « De la concession rurale à la parcelle urbaine : mutation de l'habitat en pays mossi (Burkina Faso) », *Les annales de la recherche urbaine*, (85) : pp. 132-139.
- DIALLO M. O., 2000-2001. - « Levi-Strauss : Anthropologie structurale », *Les fiches de lecture de la chaire DSO, [En ligne], consulté sur le site le 25 avr. 2009, URL : http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/levy_strauss.html*.
- DIWARA M., 1985. - « Les recherches en histoire orale menées par un autochtone ou l'inconvénient d'être du crû ». *Cahiers d'Etudes africaines*, XXV, 97(1) : pp. 5-19.
- DOWSETT G. W., 2003. - « Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS », *Reproductive Health Matters*, 11(22), pp : 21-29.
- DOYAL L., 2000. - Gender equity in health: debates and dilemmas, *Social Science & medicine*, n° 51: pp. 931-939.
- DOZON (J.-P.), 2008. - *Une anthropologie en mouvement : L'Afrique, miroir du contemporain*, Paris, Editions Quæ, 272 p.
- DOZON J.-P. & VIDAL L., 1995. - *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM & GIDIS, 300 p.
- DRABO K. M., TARNAGDA Z., ZÉBA A. N., SERI L., OUÉDRAOGO J. B., KABORÉ I., ROUAMBA J., GUIGUEMDÉ T. R., 2003 & 2004. - « Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins 5 ans en milieu rural de la province du Houet », *Sciences et techniques, Sciences de la santé*, 26(2), Juil-déc 2003 & 27(1), Janv-Juin 2004, 8 p.
- DRAPEAU A., BOYER R. & LESAGE A., 2009. - « The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services », *J Behav Health Serv Res*, Jul. 2009, Vol. 36 (3): pp. 372-84.
- DUFRESNE J., DUMOND F., MARTIN Y. (Dir.), 1985. - *Traité d'anthropologie médicale*, Presses de l'Université du Québec, <institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 245 p.

- DUMAS (J.), LAURIER C., 1985. - « Les médicaments » in *Traité d'anthropologie médicale*. Dufresne J., Dumont F., Martin Y. (Dir.), Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, pp. 177-196.
- DWORKIN A., 1978 — « The Power of Words », first published in *Massachusetts Daily Occupied Collegian*, 1(1), May 78.
- EGROT M., TAVERNE B., 2003. - « La transmission sexuelle des maladies chez les moose: Rencontre de catégories nosologiques populaires et biomédicales dans le champ de la santé publique, In D. Bonnet & Y. Jaffré (Eds.), *Les maladies de passage*, Paris, Karthala, pp. 221-251.
- Egrot M., Taverne B., 2003. - « La transmission sexuelle des maladies chez les mossi. Rencontre des catégories nosologiques populaires et biomédicales au Burkina Faso dans le champ de la santé publique (Burkina Faso) », in *Les maladies de passage*. Bonnet D., Jaffré Y. (dir), 2003, Paris, Karthala, pp.221-251.
- EGROT, M., 2001. - *La maladie et ses accords : le sexe social, mode de déclinaison et espace de résonance de la maladie chez les moose du Burkina Faso*, Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du septentrion, 585 p.
- ELIAS N., 1993 (1^{ère} édition en 1983). - *Engagement et distanciation : Contribution à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 258 p.
- ETKIN N. L., & TAN M. L. (eds.), 1994. - *Medicines : Meanings and contexts*, Health action information and medical anthropology unit, University of Amsterdam, 305 p.
- FAINZANG S., 2001. - *Médicaments et sociétés : Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Contreverse-PUF, 156 p.
- FAINZANG S., 2001a. - « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques », *Sciences sociales et santé*, 19(2) : pp. 5-28.
- FAINZANG S., 2001b. - *Médicaments et société*, Paris, Contreverse-PUF, 156 p.
- FARMER P., LIDENBAUM S., & DELVECCHIO GOOD M.-J., 1993. - « Women, Poverty and Aids : an Introduction », *Culture, Medicine and psychiatry*, 17 : pp. 387-397.
- FASSIN D., 1996. - *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*, Paris, PUF, 324 p.
- FASSIN D., 1999. - « L'anthropologie entre engagement et distanciation : Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », in *Vivre et penser le sida en Afrique*. BECKER, DOZON, OBBO & TOURÉ, Paris, KARTHALA et CODESRIA, pp. 41-66.
- FELDMAN J. & CANTER KOHN R. (Coord.), 2000. - *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*, Paris-Montréal, l'Harmattan, 300 p.
- FOURNET F., MEUNIER-NIKIÉMA A. & SALEM G., 2008. - *Ouagadougou, (1850-2004) : Une urbanisation différenciée*, Marseille, IRD, 143 p.
- FRANKENBERG R., 1988. - AIDS and anthropologists, *Anthropology Today*, Vol. 4, n° 2 : pp. 13-15.
- GAUFRYAU B. & C. MALDONADO, 1997. - *Secteur informel : fonctions macro-économiques et politiques gouvernementales : le cas du Burkina Faso*, Genève : Organisation Internationale du travail (OIT), Document de recherche S-INF-1-1, [en ligne], consulté le 12 juin 2009 sur le site URL : <<http://www.ilo.int/public/french/employment/ent/papers/burkina.htm>>.
- GAZIN P., COT M., ROBERT V. & BONNET D., 1988. - « La perception du paludisme en Afrique au Sud du Sahara », *Annales de la société belge de Médecine tropicale*, 68(1) : pp. 1-3.
- GEEST (S. V. D., REYNOLDS WHYTE S., 1991. - « The charm of medicines : Methaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, 5(2) : p. 172-174.
- GOISLARD C., 1996 — « Les femmes en quête de droits sur la terre, l'exemple de la zone sahélienne », in *Genre et développement, des pistes à suivre, Documents et manuels du CEPED*, Paris, (5) : pp 45-56.

- GRUÉNAIS M.-E., 1985. - « Aînés, aînées ; cadets, cadettes : les relations aînés/cadets chez les mossi du centre (Burkina Faso) », in COLLARD, & ABÉLÈS (Eds.), 1985 : pp. 219-246.
- GUIARD-SCHMID J.-B., 2007 — « Accès des femmes infectées par le VIH à la prise en charge de leur affection ». Ouagadougou, *XIème Conférence Internationale Society for Women and Aids in Africa (SWAA)*, 3 – 7 fév. 2008.
- GUIONNET C. & NEVEU E., 2005. - *Féminin/masculin. Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin, 286 p.
- HAHN R. A., KLEINMAN A. (EDS.), 1983. - « Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions », *Annual review of anthropology*, n°12 : pp. 305-333.
- HAINARD F., 2003. - Relations de genre et mouvements urbains de base, *Revue internationale de sciences sociales*, Vol. 3, n°177, [en ligne], consulté sur le 23 juin 2009, adresse URL : < http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RISS_177_0529>.
- HARDON A., 1987. - « The use of modern pharmaceuticals in a philipino village : Doctor's perception and self medication », *Social science and medicine*, 25 : pp. 277-292.
- HASSOUN J., 2000. - « L'implication éthique : Rencontre avec des femmes malades du sida en Côte d'Ivoire », in FELDMAN & CANTER KOHN (Coord.), 2000 : p. 67-77.
- HAXAIRE C., 2002. - « Calmer les nerfs, automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, Vol. 20, n°1 : pp. 63-88.
- HAXAIRE C., 2003. - « Toupaille », Kits MST et remèdes du « mal d'enfants » chez les Gouro de Zénouéla (Côte d'Ivoire) », in DESCLAUX A. & LEVY J.-J.(dir.), 2003, *Anthropologie et Sociétés*, numéro thématique sur « culture et médicaments », Vol. 27 : n° 2 : pp. 77-95.
- HÉRITIER F., 1996. - *Masculin/féminin I : La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 332 p.
- HÉRITIER F., 2002. - *Masculin/féminin II : Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Odile Jacob, 443 p.
- HÉRITIER F., 1984. - « Le sang du guerrier et le sang des femmes. Notes anthropologiques sur les rapports des sexes ». *L'africaine*, Cahiers du GRIF, Paris, Ed. Tierce, (29) : 7-21, pp. 7-21.
- HIEN P.-C. & COMPAORÉ M. (dir.), 2004. - *Histoire de Ouagadougou des origines à nos jours*, Ouagadougou, Dist-CNRST, 374 p
- HIEN P.-C., 2004. - « Ouagadougou et les suites de la conférence de Berlin : exploration, conquête/occupation et résistance (1886-1904) », in HIEN & COMPAORÉ, 2004 : pp. 127-150.
- HOFMAN E., MARIUS-GNANOU K., 2004. - « L'empowerment des femmes entre relativisme culturel et instrumentalisation dans des évaluations de la microfinance en Inde ». *Premières journées du GRES*, 29 p.
- HOURS B., 1999. - «Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France », *Socio-anthropologie*, n°5, [en ligne], consulté le 28 avr. 2009, adresse URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index50.html>.
- HUNTINGTON S., 2007. - *Le choc des civilisations*, Paris, Odile Jacob, 402 p.
- HURTIG M.-C., KAIL M. & ROUCH H., 2002 (première édition en 1991). - *Sexe et genre : De la hiérarchie entre les sexes*, Paris, CNRS, 286 p.
- HURTIG M.-C., KAIL M. & ROUCH H., 2002 (réimpr.). - *Sexe et genre : De la hiérarchie entre les sexes*, Paris, CNRS éditions, 288 p.
- IBRAHIM M L, HASSANE H., KONATÉ L., ADAMOU S., OUSMANE I., ADEHOSSI E., JEANNE I., DUCHEMIN J.-B., 2008. - « Réseau de surveillance moléculaire de la chimiorésistance de Plasmodium falciparum à la chloroquine et à la pyriméthamine dans la vallée du fleuve Niger », *Bull Soc Pathol Exot*, 101(1) : pp. 47-49.
- INHORN M. C., 2006. - «Defining women's health : A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies », *Medical Anthrology Quarterly*, vol. 20, n° 3 : pp. 345-378.

- INSD (Institut national de la statistique et de la démographie), 2004. - *Projection de la population du Burkina Faso*, Ouagadougou, ministère de l'Économie et du Développement., 4 p.
- INSD, 1996. - *Recensement générale de la population*. Ouagadougou, INSD. [En ligne], consulté sur le site le 29 août 2010, URL : http://www.insd.bf/documents/publications/insd/publications/resultats_enquetes/RGP96/RGP96_Vol1_Donnees_collectives.pdf.
- INSD, 2004. - *Enquête démographique et de santé (EDS)*, Ouagadougou, Institut national de la statistique et de la démographie, 349 p.
- IZARD M., 1970. - *Introduction à l'histoire des royaumes mossi*, Paris-Ouagadougou, CNRS-CVRS, 2 vol., 436 p. (coll. *Rech. voltaïques*, n° 12 et 13).
- IZARD M., 1985. - *Gens du pouvoir, gens de la terre, les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (Bassin de la Volta Blanche)*, Paris-Cambridge, Maison des sciences de l'homme-Cambridge University Press, 591 p.
- JACQUET, A., 2004. - Amartya Sen, la pauvreté comme absence de capacité, *CERAS*, n° 280, [En ligne], consulté sur le site le 6 déc 2010, URL : <http://www.ceras-projet.com/>.
- JAFFRÉ (Y) & J P OLIVIER DE SARDAN, (eds), 1999. - *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses universitaires de France, 1999, 374 p. (« Les champs de la santé »).
- JAFFRÉ Y, OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 2003. - *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris APAD/Kharthala, 462 p.
- JAULIN, A., 2006 — « THOMAS LAQUEUR ET ARISTOTE », *CLIO*, (14) : pp. 195-205.
- KIETEGA J.-B. & MADIEGA Y. G., 2009. - *Une brève introduction à l'histoire du Burkina Faso*, [en ligne], consulté le 4 avr. 2009, 6 p., adresse URL : http://www.histoire-afrique.org/IMG/pdf/breve_intro_histoire.pdf.
- KINDA F., 1995. - *Analyse de la situation des enfants et des femmes au Burkina Faso : naître fille au Burkina Faso*, Ministère de l'action sociale et de la famille/UNICEF, Ouagadougou
- KLEINMAN, A., 1980. - *Patients and healers in the context of culture, An exploration in the borderland between Anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley, University of California press, 427 p.
- KOBIANÉ J.-F., 2001. - *La persistance des inégalités dans la scolarisation*, Ouagadougou, UEPA/UAPS, INED, ENSEA, IFORD, 18 p.
- KOUANDA S., (coord.), 2008. - *Pratiques de la prise en charge des patients infectés par le VIH/sida au Burkina Faso*, Ouagadougou, OMS/TDR (Rapport), éditions de la DIST, 115 p.
- KRISTEVA J., 2009. - « Une Européenne en Chine », Conférence donnée le 24 février au Centre Culturel Français de Pékin et le 27 février 2009 à l'université de Tong Ji de Shanghai.
- LALLEMAND, S., 1977. - « Une famille mossi », Paris-Ouagadougou, Centre national de la recherche scientifique/ Ouagadougou, Centre voltaïque de la recherche scientifique, *Recherches voltaïques* n° 17, 388 p.
- LAPLANTE J., 2003. - « Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones », *Anthropologie et sociétés*, Cultures et médicaments, 27(2) : pp. 59-75.
- LAPLANTE J., 2007. - « Savoirs, médicaments et contextes », *Revue Internationale sur le Médicament (RIM)*, 1(1) : pp. 78-101.
- LAPLANTINE F., 2006. - *La description ethnographique*, Paris Armand Colin, 128 p.
- LAQUER T., 1992. - *La fabrique du sexe ; essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris Gallimard, 355 p.
- LE PALEC A., 1997. - « Un virus au cœur des rapports sociaux de sexe : femmes et sida ». *Journal des anthropologues*, (68-69) : pp. 111-127.

- LE ROY LADURIE M., 1963. - « Etude sur les vocations religieuses en pays mossi », *Cahiers d'études africaines*, Vol. 4, n° 14 : pp. 275-316.
- LECOURT D., 2004. - *Médicament et individu*, in *Dictionnaire de la pensée médicale*. LECOURT D, (dir.), Paris, PUF, pp. 722-724.
- LEE C., 1999. - « Health, stress an coping among women caregivers », *Journal of health psychology*, n° 4, pp. 27-40.
- LEROY V, 2004. - « Inégalité des sexes et VIH-Sida en Afrique: un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique; facteurs d'entretien de l'épidémie ». *Sciences sociales et santé*, 22(3) : 71-85.
- LETTRE DU CEDIM, 2008. - « Médicaments de la rue », 11, (38), déc 2008 : p. 50.
- LEVY J. J., GARNIER C., 2007. - *La chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires*, Presses de l'Université du Québec, collection santé et sociétés, 449 p.
- LEWANDOWSKI, S., 2007. - « Les compromis d'une ONG burkinabè entre politiques de 'bonne gouvernance' et pouvoirs locaux ». *Afrique contemporaine*, 1(221) : p. 131-152, [En ligne], consulté sur le site le 2 sept 2010, URL : www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2007-1-page-131.htm.
- LONGPRÉ C., FORTÉ D., O'DOHERTY C., VISSANDJÉE B., 1998. - « Projet d'empowerment des femmes, Le centre d'excellence pour la santé des femmes », Consortium Université de Montréal (CESAF), [En ligne], consulté sur le site le 29 oct 2010, URL : www.cewh-cesf.ca/PDF/cesaf/projet-empowerment.pdf.
- LÖWY I., 2006. - *L'emprise du genre : Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La dispute, 277 p.
- MACKINNON C.A., 1987 — *Feminism unmodified discourses on life and law*. Cambridge, Massachusetts, and London, HARVARD UNIVERSITY PRESS, 332 p.
- MADIEGA Y. G. & NAO O., 2003. - *Burkina Faso : Cent ans d'histoire 1895-1995*, Paris, Karthala, 2 t., 2 206 p.
- MADIEGA Y. G., 2009. - *Chronologie succincte de l'histoire du Burkina Faso (ex-Haute-Volta)*, [en ligne], consulté le 4 avr. 2009, 20 p., adresse URL : <http://www.histoire-afrique.org/IMG/pdf/ChronoSiteHBFdef1.pdf>.
- MAILLÉ C., 2001. - « Recension d'ouvrage : L'ennemi principal, tome 2 : « Penser le genre », Christine Delphy, Paris Editions Syllepse, coll. « Nouvelles questions féministes », 2002, 392 p ». *Recherches féministes*, 14(2), p. 165-168. Consulté sur le site le 21 nov 2009, URL : <http://id.erudit.org/iderudit/058150ar>.
- MANE P., AGGLETON P., 2001. - « Gender ad HIV/AIDS : what do men have to with it ? », *Current sociology*, 49(6), pp. 23-37.
- MARIE, A., 1986. - La tradition africaine face à la modernité Occidentale, *Revue le genre humain*, La valeur, n° 14 : pp. 175-190.
- MASSÉ R., 2008. - « La place des savoirs populaires face aux savoirs savants en contexte de pluralisme thérapeutique », *Revue internationale du médicament (RIM)*, 2(1), déc. 2008 : pp. 14-49.
- MASTROIANNI A. C., 1998. - « HIV, woman, and access to clinical trials : Tort liability and lessons from DES », *5 Duke J. of gender L. & Pol'y*, 167-190.
- MATHIEU N.-C., 1991. - « Différenciation des sexes », in BONTE & IZARD (dir.), 1991 : pp. 660-664.
- MAUSS H., DUFRICHE O., 2010. - « De la place de la femme dans le domaine de la santé à travers le monde : l'exemple de la contribution des femmes au développement en Afrique subsaharienne », [En ligne], consulté le 20 fév. 2010, site internet URL : http://fig-st-die.education.fr/actes/actes_2000/mauss/article.htm.
- MEAD M., 1966. - *L'un et l'autre sexe*, Paris, Denoël / Gonthier, 439 p., (Édition originale en anglais publiée en 1948 par William Morrow and Co., Inc. N. Y.).

- MÉNAGER M.-T., A. MEUNIER-NIKIÉMA (dir.), 2005. - *Atlas du Burkina Faso*, Paris, éditions du Jaguar, 115 p.
- MERCAN, A., 2008. - « Quand identités de médecin et d'anthropologue s'enmêlent : conséquences sur affectations, affects et éthique », *Ethnographiques.org.*, (17), nov. 2008, [En ligne], consulté sur le site le 7 juillet 2010, URL : < <http://www.ethnographiques.org/2008/Mercan.html>>.
- MEUNIER-NIKIÉMA A., 2008. - « Habitat: des centres et des périphéries révélées », in *Ouagadougou (1850-2004) : une urbanisation différenciée*. FOURNET (F.), MEUNIER-NIKIÉMA A.,-SALEM, G., Marseille, IRD, , pp. 61-81.
- MEUNIER-NIKIÉMA A., 2008. - « La place de Ouagadougou dans le réseau urbain », in *Ouagadougou, (1850-2004) : Une urbanisation différenciée*. FOURNET F., MEUNIER-NIKIÉMA A. & SALEM G., Marseille, IRD, pp. 17-23.
- MEYER P.-E., 2008-a. - « De Bancoville à la ville moderne », in *Ouagadougou, (1850-2004) : Une urbanisation différenciée*. FOURNET F., MEUNIER-NIKIÉMA A. & SALEM G., Marseille, IRD, pp. 25-37.
- MEYER P.-E., 2008-b. - « L'impact de la Révolution de 1983 », in *Ouagadougou, (1850-2004) : Une urbanisation différenciée*. FOURNET F., MEUNIER-NIKIÉMA A. & SALEM G., Marseille, IRD, pp. 39-48.
- Ms, 2000. - *Document de la politique sanitaire nationale*, Ouagadougou, Ministère de la santé du Burkina Faso, 31 p.
- Ms, 2001. - *Plan national de développement sanitaire 2001-2010*. Ouagadougou, Ministère de la santé, 64 p.
- MS, 2006. - *Programme nationale de prévention de la transmission mère enfant du VIH 2006-2010*, Ministère d la santé, Direction de la promotion familiale (DSF), 51 p.
- Ms, 2006. - *Tableau de bord des indicateurs de la Santé au Burkina en 2004*, Ouagadougou, Ministère de la santé, 54 p.
- MS, 2008. - *Carte sanitaire 2007*, Ouagadougou, Ministère de la santé, 92 p.
- MS, 2008. - *Tableau de bord des indicateurs santé en 2004*, Ministère de la santé du Burkina Faso, Direction des études et de la planification, 54 p.
- MS, OMS, 2004. - *Formulaire national des médicaments essentiels*, Ouagadougou, Ministère de la santé, OMS, Programme NNS/MPN, 183 p.
- MUCCHIELLI R., 2009. - *L'entretien face à face*, Issy les Moulineaux, ESF, collection Formation permanente, 172 p.
- MUKUMURERA J., LACOURSE F. & Y. COUTURIER, 2006. - « Des avancées en analyse qualitative : Pour une transparence et une systématisation des pratiques », *Recherches qualitatives*, Vol. 26, n° 1 : pp. 110-138, [En ligne], consulté sur le site le 8 août 2009, URL : <<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>>.
- NAMBANÉ/MVÉLÉ P., 2002-2003. - *Les églises évangéliques face au sida : le cas des Assemblées de Dieu à Ouagadougou*, Ouagadougou, Mém. Maîtrise, M.E.S.S.R.S. UFR/LAC, Département des arts et de la communication, 99 p.
- NAMBANE/MWELE P., 2003. - *Les églises évangéliques face au sida : le cas des assemblées de Dieu à Ouagadougou*. Mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, UFR/LAC, 98 p.
- NANGA C., ZOURÉ D., 2008. - *Analyse de la situation démographique du secteur pharmaceutique au Burkina Faso*, Ouagadougou, Ouagadougou, Ordre national des pharmaciens, 69 p.
- NICHTER M. & VUCKOVIC N., 1994. - « Agenda for an anthropology of pharmaceuticals practices », *Social science and medicine*, Vol. 39, n° 11 : pp. 1509-1886.
- NIKIÉMA J.-B., 2008. - « Expérience et progrès du Burkina Faso en matière d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé », *Conférence internationale sur les SSP et systèmes, de santé en Afrique*, Ouagadougou, 28-30 avril 2008.

- NIKIÉMA N., 1978. - *Ed Gom Moore : Cours pratique d'initiation à la grammaire du mooré*, 217 p.
- NIKIÉMA N., KINDA J., 1997. - *Dictionnaire orthographique du moore*, Sous commission nationale du Moore, Ouagadougou : 1316 p.
- OLIVIER DE SARDAN (J P), 2003. - « Pourquoi le malade anonyme est-il si 'mal traité'? » in *Une médecine inhospitalière*. JAFFRÉ Y. & OLIVIER de SARDAN J.-P. (dir.), Paris, APAD/Kharthala, pp. 265-294.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1998. - « Emique », *l'Homme*, Vol. 38, n° 147 : pp. 151-166, [En ligne], consulté sur le site le 25 juil. 2009, URL : <http://www.persee.fr>.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2003. - L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants, Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), Etudes et travaux n°13, 58 p., [en ligne], consulté le 12 mai 2009, site internet URL : http://www.lasdel.net/spip/article.php3?id_article=25.
- OLIVIER de SARDAN J.-P., 2008. - *La rigueur du qualitatif: Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-neuve, Editions et Librairie Academia-Bruylant, 372 p.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1999. - « Introduction », in *La construction sociale des maladies*. Jaffré, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P., (eds), Paris, Presses universitaires de France, pp. 7-12.
- OMS, 2004. - *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso : une démarche contractuelle originale, étude de cas*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 27 p.
- OMS, 2005. - « Le point sur les progrès de la politique des médicaments antipaludiques : les associations thérapeutiques à base d'artémisinine » (ACT), [En ligne], consulté sur le site le 20 octobre 2010, URL : http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9fr.htm.
- OMS, 2008. - *Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Rapport de situation - Messages clés*. OMS, 2008 : pp. 15-47. [En ligne], consulté sur le site le 17 mai 2010, URL : <http://www.who.int/hiv/pub/2008progressreport/fr/index.html>.
- OMS, 2010. - *Vers un accès universel. Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé. Rapport de situation – Messages-clés*. OMS, pp. 15-47, [En ligne], consulté sur le site le 17 mai 2010, URL : <http://www.who.int/hiv/pub/2008progressreport/fr/index.html>.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2009. - « Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé; Rapport de situation 2009 », [En ligne], consulté sur le site le 17 mai 2010, URL : http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_fr.pdf.
- OMS, 1977. — OMS, Série de Rapports techniques, N°615.
- OMS/ONUSIDA, 2006. - *Le point sur l'épidémie de sida*, Organisation mondiale de la santé, Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, 86 p, [En ligne], consulté le 13 mars 2010, URL : http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Fr.pdf.
- OMS/ONUSIDA, 2007. - *Le point sur l'épidémie de sida*, Organisation mondiale de la santé, Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, 52 p., [En ligne], consulté le 13 mars 2010, site internet URL : http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf.
- ONU-HABITAT, 2007. - *Profil urbain national du Burkina Faso 2004-2005, Nairobi, Programme des Nations Unies pour les Établissements Humains*. ONU-HABITAT, 27 p.
- ORTIGUES E., 1991. - « Culturalisme », in Bonte P. & M. Izard, 1991 : pp. 188-190.
- OTAYEK R. (Dir), 1999. - *Dieu dans la cité : dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais*, Talence, CEAN, 172 p.
- OTAYEK R., (sous la direction de), 1999. - *Dieu dans la cité : dynamiques religieuses en milieu urbain ouagalais*, Bordeaux, CEAN, 168 p.

- OTAYEK, R., 1999. - « Dynamiques religieuses et gestion communale par temps de décentralisation », in Dieu dans la cité. Otayek R. (Dir), Talence, CEAN, pp. 17-56.
- OUATTARA F., 2004. - « une étrange familiarité : Les exigences de l'anthropologie « chez soi » », *Cahiers d'études africaines*, n° 175, [en ligne], consulté le 11 mai 2008 sur le site URL : <http://etudesafriaines.revues.org/document4765.html>.
- OUATTARA F., GRUÉNAIS M.-E., HUYGENS P. & TRAORÉ A., 2004. - *Sida, stigmatisation et exclusion, étude anthropologique au Burkina Faso (Bobo-dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara)*, Marseille-Bobo-Dioulasso, IRD/SHADEY/ANRS, 114 p.
- OUÉDRAOGO I., 2008. - « Hommes et femmes face au sida », *XIème Conférence Internationale Society for Women and Aids in Africa (SWAA)*, Ouagadougou, 3-7 fév 2008.
- OUÉDRAOGO T. L. OUÉDRAOGO A., OUÉDRAOGO V., KYELEM N., SOUBEÏGA A., 2005. - « Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso) ». *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 15(4) : pp. 253-257.
- OUÉDRAOGO T. L. SOMÉ, I T, DIARRA M., GUISSOU I. P., 2008. - « Automédication dans le traitement de l'accès palustre : étude auprès de clients d'officines pharmaceutiques privées de la ville de Ouagadougou , Burkina Faso ». *Bull Soc Pathol Exot*, 2008, 101(2) :p. 124-127.
- PAILLÉ P. & A. MUCCHIELLI, 2003. - *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 211 p.
- PAILLÉ P., 1996. - « De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier », *Recherches qualitatives*, n° 15 : pp. 179-194.
- PAILLÉ P., 1996. - « De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier », *Recherches qualitatives*, n°15 : pp. 179-194.
- PAILLÉ P., MUCCHIELLI A., 2003, 2008. - *L'analyse qualitative en Sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 315 p.
- PALÉ A., J. LADNER, 2006 — « Le médicament de a rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahiers Santé*, 16(2), avr-mai-juin 2006 : pp. 113-117.
- PAMAC, SPCNLS-IST, 2003. - *Typologie des structures associatives de lutte contre le sida au Burkina Faso*, Ouagadougou, PAMAC, SP/CNLS-IST, 54 p.
- PARINI L., 2006. - Introduction, in PARINI, BALLMER-CAO & DURRER, 2006, Paris, L'Harmattan, pp. 11-14.
- PARINI L., BALLMER-CAO T.-H., DURRER S., 2006. - *Régulation sociale et genre*, Paris, L'Harmattan, 260 p.
- PERSSON A., RICHARDS W., 2008. - « Vulnerability, gender and "proxy negativity" women in relationships with HIV-positive men in Australia », *Social Science & Médecine*, n° 67 : pp. 799-807.
- PIERRON J.-P., 2009. - Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique, *Ethique et santé*, 6(1), pp. 43-49.
- PM, 2010. - « Deuxièmes états généraux de la santé : contribuer à l'amélioration de la performance du système national de santé », [En ligne], consulté sur le site le 17 mai 2010, URL : <http://www.gouvernement.gov.bf/spip.php?article365>.
- PNUD, 2001. - *Rapport sur le développement humain, Burkina Faso, la lutte contre le VIH-sida*, Ouagadougou, Programme des Nations-unies pour le développement, 208 p.
- PNUD, 2007. - *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008 : La lutte contre le changement climatique*, New-York, Programme des Nations unies pour le développement, 382 p. [en ligne], consulté le 6 avr. 2009, adresse URL : <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/french/>.
- POLLARD T. M. & BRIN HYATT S., 1999. - *Sex, gender and health*, Cambridge, Cambridge University press, 170 p.

- POURRAIN P., 2007. - Les représentations sociales du Viagra® dans les dessins humoristiques, *Revue Internationale sur le Médicament (RIM)*, 1(1) : pp. 129-153.
- PREMIER MINISTÈRE (PM), 2000. - *Les atouts économiques*, Abidjan, Promotion d'Afrique, 340 p.
- RAO GUPTA G. & WEISS E., 1993. - « Women's lives and sex: implications for AIDS Prevention », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 17 : pp. 399-412.
- RAYNAUT C., MUHONGAYIRE F., 1995. - « Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posé par l'application de la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (à partir d'un cas rwandais) », in *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. DOZON & VIDAL (Eds), Paris, ORSTOM & GIDIS, pp. 235-254.
- REY A. & J. REY-DEBOVE (dir.), 1990. - *Le petit Robert 1*, Montréal-Paris, LES DICTIONNAIRES ROBERT CANADA-DICTIONNAIRES LE ROBERT, 2172 p.
- REYNOLDS WHYTE (S.) & S. VAN DER GEEST, 1988. - « Medicines in context : An introduction », in VAN DER GEEST & REYNOLDS WHYTE, (eds.), 1988, pp. 3-16.
- REYNOLDS WHYTE S. VAN DER GEEST S. & HARDON A., 2002. - *Social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 199 p.
- ROGERS C., G. M., KINGET, 1962 (première édition en 1959). - *Psychothérapie et relations humaines : théorie et pratique de la thérapie non-directive*, Paris-Louvain, Béatrice Nauvelarts-Publication universitaire de Louvain, Vol. 1, 333 p.
- ROTH (C.), 1996. - *La séparation des sexes chez les Zars au Burkina Faso*, Paris, l'Harmattan, 254 p.
- SACKETT D. L., C ROSENBERG W. M., HAYNES R. B., RICHARDSON W. S., 1996. - « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *British Medical Journal*, (312), publié en janvier 1996, pp 71.
- SAILLANT F. & GENEST S. (dir.), 2006. - *Anthropologie médicale : Ancrage locaux, défis globaux*, Paris, Presses de l'Université de Laval-Economica-Anthropos, 467 p.
- SAILLANT F., 1999. - « femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 23, n° 2 : pp. 15-39.
- SAILLANT F., 1999. - « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et sociétés*, 23(2) : pp. 15-39.
- SANDRON F., 2001. - « L'activité des femmes dans l'économie familiale » in *Dynamiques familiales et innovations socio-démographiques : études de cas dans les pays du Sud*, Paris, Harmattan, pp. 209-226.
- SANDRON, F., GASTINEAU B., 2001. - *Dynamiques familiales et innovations socio-démographiques : études de cas dans les pays du Sud*, Paris, Harmattan, 244 p.
- SANOU M. J., BARRO F., CAZAL-GAMELSY R., ONADJA G., RAMDÉ A., SOMDA A., NIKIÉMA M., 2008. - « Le programme national burkinabè d'accès aux ARV (2002-2008) : bilan critique et perspectives ». *Science et technique*, Sciences de la santé, Spécial hors série (1), Nov 2008 : pp. 51-63.
- SARGENT C. & BRETTELL C., 1995. - *Gender and health : An international perspective*, New Jersey : Prentice hall, 370 p.
- SARGET M.- R., 2000. - « Les risques de la recherche : l'exemple du parti socialiste chilien », in *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*. FELDMAN & CANTER KOHN (Coord.), Paris-Montréal, L'Harmattan, pp. 51-66.
- SCHEPER-HUGHES N., 1992. - *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 614 p.
- SCHOEPF B. G., 1991. - « Représentations du sida et pratiques populaires à Kinshasa », *Anthropologie et sociétés*, Vol. 15, n° 2-3 : pp. 149-166.
- SIMON E., 2008. - « Importation of manufactured herbals in West Africa: the case of AIDS treatments in Benin ». *Revue Internationale sur le Médicament (RIM)*, 2(1): pp. 229-258.

- SIMPORÉ L. & NACANABO D., 2004. - « La mise en place du peuplement et institutions politiques », in HIEN & COMPAORÉ, 2004 : pp. 25-65.
- SIMPORÉ L., 2004. - « Ouagadougou, capitale culturelle Ouest-africain ? » in HIEN & COMPAORÉ, 2004 : pp. 313-347.
- SONDO, B., A. SOUBEÏGA, 1997. - *Les comportements sanitaires, la perception et l'utilisation des services de santé, la relation soignant-soigné au Burkina Faso*, Rapport, Ministère de la santé, Burkina Faso, 126 p.
- SOUBEÏGA (A), 1999. - Quête de guérison, conversion, évangélisation: groupes charismatiques et églises pentécôtistes face au mal, in Otayek R (Dir), *Dieu dans la cité*, Talence, CEAN, pp. 111-142.
- SOUBEÏGA A., 2009. - « Constructions culturelles du médicament et évolution de ses représentations et usages sociaux (cas du *tîm* chez les Moosé du Burkina Faso) », *Sociologie et santé*, (30) : pp. 339-360.
- SOUTEYRAN Y. & MORIN M., 2001. - *L'observance aux traitements du VIH/Sida : Mesures, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida, 112 p.
- SP/CNLPE, POPULATION COUNCIL, USAID, 2006. - Analyse de l'évolution de la pratique de l'excision au Burkina Faso, Ouagadougou, SP/CNLPE, 34 p.
- SP/CNLPE, Population Council, USAID, 2006. - Analyse de l'évolution de la pratique de l'excision au Burkina Faso, 34 p.
- SP/CNLS-IST, 2007. - *Stigmatisation et fréquentation des structures de prise en charge du VIH au Burkina Faso; cas des hommes*, SP/CNLS-IST & KIT Amsterdam, 75 p.
- SP/CNLS-IST, 2010. - *Rapport UNGASS 2010 Burkina Faso suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida*, Ouagadougou, SP/CNLS-IST, United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 40 p.
- SP/CNLS-IST, KIT, 2008. - *Stigmatisation et fréquentation des structures de prise en charge du VIH: cas des hommes au Burkina Faso*, Ouagadougou, SP/CNLS-IST, Institut royal des tropiques (Amsterdam), 75 p.
- SP/CNLS-IST, ONUSIDA, 2010. - *Rapport UNGASS 2010 du Burkina Faso suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Ouagadougou, SP/CNLS-IST, ONUSIDA, 40 p.
- STRAUSS S. E., S RICHARDSON W., GLASZIOU P., HAYNES R. B., 2007. - *Médecine fondée sur les faits. Evidence-based medicine*, Elsevier, Collection Médecine en poche, en français, 304 p.
- SWEETMAN C., 2001. - *Gender, development and health*, Oxford, Oxfam, 115 p.
- TAN M., 1994. - *The meaning of medicines : Examples from the Philippines*, in *Medicines : Meanings and contexts*. ETKIN N. & TAN M. L., Health action information and medical anthropology unit, University of Amsterdam, pp. 69-80.
- TAVERNE B, 2009. - « Valeurs morales et messages de prévention, la « fidélité contre le sida au Burkina Faso », codesria.org, [En ligne], consulté sur le site le 14 avr 2009, URL : <http://www.codesria.org/Links/Publications/aids/taverne.pdf>.
- TAVERNE B., 2009. - « Droit et image, retour sur une décision », *Bulletin Amades*, [En ligne], Consulté le 07 août 2009, URL : <http://amades.revues.org/index360.html>.
- THÉRY, I., 2007. - *La distinction de sexe : Une nouvelle approche de l'égalité*, Paris, Odile Jacob, 688 p.
- UNAIDS, 2010. - *Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS 10th anniversary special edition, 2006. [En ligne], consulté sur le site le 17 mai 2010, URL : <http://www.unaids.org:80/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/Default.asp>.
- UNAIDS, UNFRA, UNIFEM, 2010. - *Global coalition Women and AIDS*, [En ligne], consulté sur le site le 17 mai 2010, site internet URL : www.womenandaids.net/about-gcwa.aspx.

- UNESCO/ONUSIDA, 2003. - *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA*, UNESCO. Etudes et rapports, série spéciale (20), Division des politiques culturelles et du dialogue interculture, Actes de la table ronde du 29 novembre 2002, 70 p.
- UNESCO/ONUSIDA, VIH/SIDA, 2003. - *Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*, Etudes et Rapports, série spéciale n°20.
- VAN DER GEEST S. & REYNOLDS WHYTE S. (éd.), 1988. - *The context of medicine in Developing countries : Studies in Pharmaceutical anthropology*, Kluwer, Kluwer academic publishers, 393 p.
- VAN DER GEEST S., 1987. - « Introduction : Pharmaceuticals in the Third World : The local perspectives, Social Science and medicine », vol. 25, n°3 : pp. 273-276.
- VAN DER GEEST S., REYNOLDS WHYTE S., HARDON A., 1996. - « The anthropology of pharmaceuticals : a biographical approach », *Annual Review of Anthropology*, n° 11 : pp. 257-285.
- VAN WOERKENS M., 2008 — « Judith Butler, Défaire le genre ». *L'Homme*, (187-188), [En ligne], consulté le site internet le 08 avr 2010, URL : <http://lhomme.revues.org/index20562.html>.
- VIDAL C., 2003. - « La brutalisation du champ politique ivoirien » ; *Revue africaine de sociologie*, 7(2) : pp. 45-57.
- VIDAL L., 2000. - *Femmes en temps de sida*, Paris, PUF, 195 p.
- VIDAL L., 2003. - « Travers culturalistes et pertinences du social dans l'approche du sida en Afrique », in *Stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique*. UNESCO/ONUSIDA, VIH/SIDA, Etudes et Rapports, série spéciale N°20 : pp. 15-19.
- VINEL V., 2005. - *Des femmes et des lignages, ethnologie des relations féminines au Burkina Faso (Moose Sikomse)*, Paris, l'Harmattan, 294 p.
- VULGARIS-MÉDICAL, 2009. - *Médicament*, [en ligne], consulté sur le site le 27 avr. 2009, adresse URL : <<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/medicament-5351.html>>.
- WEBER M., 1959 (1^{ère} édition en 1919). - *La savant et le politique*, Paris, Plon,
- WERNER, J.-F., 2005. - « L'ethnologue, son informatrice et son avocat », *Apéro AMADES*, Marseille, 29 avril 2005 (Présentation orale).
- WHO & UNAIDS, 2009. - *AIDS epidemic update, december 2009*, Genève, UNAIDS, 2009.
- YAMÉOGO B., 2007. - « Quelle politique pour un passage à l'échelle réussi ? », Conférence « Faire plus et mieux ensemble contre le paludisme », Paris, 10 septembre 2007, [En ligne], consulté sur le site le 18 octobre 2010, URL : http://www.luttercontrelepaludisme.fr/m/doc/intervention_yamaogo.pdf.
- YAMÉOGO, A., 2007. - *Approche sociologique des itinéraires thérapeutiques empruntés par les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la ville de Ouagadougou. Cas du recours à la médecine traditionnelle*. Mémoire de maîtrise de sociologie UFR/SH, Université de Ouagadougou, 112 p.
- ZEMPLÉNI A., 1985. - « La maladie et ses causes : introduction », *L'ethnographie*, n° 2 & 3 : pp. 13-44.
- ZONGO N., 1986. - *Le Fespaco : une arme pour le combat culturel que mène l'Afrique*, mémoire de maîtrise, ESTI, Cameroun, ,109 p.

Sites consultés

MCAT, 2009. - *Culture et société*, Ouagadougou, Ministère de la Culture, des Arts et du Tourisme, [en ligne], consulté le 27 juin 2009 sur le site URL : http://www.culture.gov.bf/textes/tourisme_culture.htm, du 26 juin 2009, 11h58.

OMS, 2010. - « La santé des femmes », [En ligne], consulté le 13 mars 2010, site internet URL : http://www.who.int/about/agenda/women_and_africa/fr/index.html.

ORDRE DES PHARMACIENS, 2010. - « Le médicament : qu'est ce qu'un médicament ? », [En ligne], consulté sur le site le 20 juin 2010, URL : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>.

ORDRE DES PHARMACIENS, France, 2009. - *Qu'est ce qu'un médicament ?*, [en ligne], consulté le 24 avr. 2009, adresse URL : http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/index4_1_1.htm.

TLF, Trésor de la langue française informatisée, [En ligne], consulté sur le site le 20 juin 2010, URL : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>

ANNEXES

ANNEXES 1 : LA PREMIÈRE PHASE DE L'ENQUÊTE DOCTORALE

Cette première phase de l'étude doctorale a été initiée en « tronc commun » au cours des travaux du programme ANRS 1281 intitulé : Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso. Elle s'est poursuivie en continuité avec les travaux de ce programme, en gardant les mêmes participants, les mêmes thèmes principaux de discussions qui ont été davantage orientés vers le genre.

Investigateurs et rattachements institutionnels dans le programme ANRS 1281

- Marc Egrot, coordonnateur nord, Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie (Université d'Aix-Marseille III),
- Abdoulaye Traoré, coordonnateur sud, Groupe de Recherche en Sciences de l'Homme Appliquées au Développement et à l'évaluation des interventions (SHADEI/Centre Muraz, Bobo-Dioulasso)
- Blandine Bila, Investigatrice, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (CNRST, Ouagadougou)
- Augustin Sankara, Assistant de recherche, Association KASABATI
- Bernard Taverne, investigateur, UR036 de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Objectifs du projet : Décrire et d'analyser les liens existants entre les réseaux de sociabilité, la quête thérapeutique et le vécu des traitements pour les PvVIH au Burkina Faso par une approche anthropologique. Il se déroulera dans la région de Ouagadougou.

Les objectifs du programme :

A/ La quête de thérapie des PvVIH

- établir un inventaire et une description des différents recours thérapeutiques sollicités et des traitements proposées aux PvVIH dans les différents secteurs du système de soin : populaire, traditionnel, néo-traditionnel, religieux ou biomédical ;
- déterminer les conditions et les modalités du processus décisionnel relatifs au choix des itinéraires thérapeutiques ;
- étudier les stratégies mises en œuvre pour avoir accès aux soins et les conditions dans lesquelles cet accès se réalise (coût, concordance avec les représentations de la maladie, ampleur et nature du soutien dans le réseau de sociabilité, inclusion dans un protocole, fréquentation d'une association, etc.) ;
- comprendre comment les recours thérapeutiques interfèrent les uns avec les autres, en particulier dans le discours des thérapeutes (antagonisme, complémentarité, exclusivité, etc.) et dans les pratiques de personnes prenant les traitements.

B/ Les thérapies : représentations, vécu et impacts sur la vie sociale des patients

- étudier les représentations des différentes thérapies utilisées, en particulier de leurs modalités d'action, de leur efficacité, de leurs effets ressenties, etc. ;
- analyser le vécu des différents traitements, les contraintes qu'ils produisent, leurs effets sur la vie sociale (interprétés comme bénéfiques ou néfastes par les personnes concernées), les conditions de la prise du traitement et les facteurs d'observance ;
- analyser les discours et les conseils formulés à propos du sida, des soins et des traitements par les différents acteurs impliqués, en particulier ceux produits par des acteurs du système de santé et par les membres de l'entourage familial informés de la séropositivité ;
- décrire et analyser l'impact du traitement sur les relations sociales de la personne concernée, en particulier dans le domaine des activités économiques et professionnelles, celui de la sexualité, de l'alliance matrimoniale et dans le registre des projets d'enfant, avec un intérêt particulier pour les liens existants entre la prise d'un traitement et le maintien de la confidentialité relative au statut sérologique.

C/ L'étude des réseaux de sociabilité des personnes vivant avec le VIH

- décrire ces réseaux et la nature des relations existantes (familiales, amicales, thérapeutiques, économiques, etc.) ; le profil des personnes impliquées ; les enjeux, les motivations et les intérêts mobilisés de part et d'autre ;

- explorer les répercussions sur ces relations sociales des événements relatifs à l'infection à VIH, notamment les questions de santé (symptômes stigmatisants, hospitalisation, etc.), le partage ou la révélation à l'insu de l'information sur le statut sérologique, les recours thérapeutiques, la fréquentation d'associations, etc.
- analyser ces modifications survenues dans les réseaux de sociabilité et les décisions prises ou subies, tant dans la situation familiale et matrimoniale (veuvage, lévirat, alliance matrimoniale, répudiation, divorce, rupture de promesse d'alliance) que dans le domaine professionnel, le choix de maintenir ou d'arrêter les relations sexuelles avec des partenaires, le projet d'avoir des enfants, la fréquentation de thérapeutes au sein du système de soin et dans le registre de la création de nouvelles relations sociales dans le monde associatif ou religieux.
- analyser les liens entre les relations sociales, leurs modifications et la prise en charge de l'infection à VIH pour la personne concernée, notamment en termes de choix des recours thérapeutiques, de suivi et d'observance des traitements.

Les méthodes

Participants à la recherche : 50 PvVIH au minimum ; des membres d'associations, des professionnels de la santé ou de l'action sociale, de thérapeutes ou de soignants des différents secteurs du système de soin.

Lieu : région de Ouagadougou.

Modalités de recrutement et de collecte des données : sollicitation initiale des PvVIH pour les besoins de l'enquête selon des modalités permettant de garantir l'obligation de secret relative au statut sérologique pour toute personne qui en est informée et un libre choix de participer ou non à l'enquête avant même d'avoir rencontré l'un des membres de l'équipe de recherche. Cette exigence oblige les chercheurs à solliciter dès le début du programme le plus grand nombre possible de personnes susceptibles de servir d'intermédiaires entre elles et des PvVIH (membres d'associations, thérapeutes, autres professionnels de la santé et de l'action sociale). Les objectifs et les méthodes de l'enquête seront présentés à ces intermédiaires afin de leur permettre d'expliquer clairement aux personnes sollicitées la nature exacte des attentes de l'équipe de recherche à leur égard. Un document synthétique de présentation leur sera remis afin de limiter les risques de dérives sur le contenu du message à transmettre. Les intermédiaires ne proposeront une première rencontre entre l'équipe de recherche et une PvVIH que lorsque celle-ci aura explicitement exprimé son accord.

Méthode de collecte des données : la principale méthode utilisée pour recueillir les informations consiste en la réalisation d'entretiens individuels semi-structurés ou non-structurés. Les personnes sollicitées par l'enquête sont invitées à répéter les séances d'entretien jusqu'à ce que l'ensemble des thèmes de la recherche ait été abordé et si possible jusqu'à la fin du programme afin d'offrir aux chercheurs l'opportunité de saisir d'éventuels changements dans leur situation, leur discours ou leurs pratiques.

Les recueils d'informations se font par prises de notes ou, lorsque les personnes enquêtées auront exprimé leur accord, par enregistrement. Des documents photographiques ou vidéographiques peuvent être réalisés après accord des personnes concernées et à condition que leur utilisation ultérieure ne puisse en aucun cas porter préjudice aux PvVIH.

Les prises de notes et les entretiens sont ensuite transcrits et rendus anonymes sur support informatique. Les fichiers informatiques seront ensuite indexés puis analysés.

ANNEXES 2 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES DE LA SECONDE PHASE DU TERRAIN

Après l'initiation de la problématique et la collecte des données initiales dans la première phase du terrain, de nouveaux outils sont utilisés de façon spécifique sur « Genre et médicament ».

2-1 : Guides d'entretien

Identification

Référence (Enregistrement) :

- Date, sexe, âge, origine ethnique
- Situation matrimoniale ; si mariage, préciser si polygamie, nombre de co-épouses et rang

- Le (la) conjoint(e): âge, ethnie, activité, niveau de revenus
- Nombre d'enfants, leur âge, niveau de scolarité, activité actuelle
- Lieu de résidence ; date et circonstances d'installation à Ouaga
- Niveau d'instruction, de qualification
- Profil d'activité (profession) actuel
- Situation économique ; Alimentation, Santé, Scolarité, Logement, Déplacement
- Les personnes ont-elles un carnet de santé ? Les prescriptions y sont-elles notées ? Sort des carnets (Conservation)
- Diagramme de parenté dans le foyer si besoin.

2.1.1- Guide d'entretien n°1 sur les traitements des maladies les plus courantes

Thèmes	Sous-thèmes, questions de relance
1. Inventaire des <i>médicaments</i> de la pharmacie familiale	<ul style="list-style-type: none"> - Parler du dernier <i>médicament</i> acheté ou utilisé (Quel est le dernier <i>médicament</i>...) - Listing des produits (identification, origine, lieu d'achat, prescripteur, raison de l'acquisition de ce produit, son utilisation ultérieure, bénéficiaires.) - Tenir compte de tout type de produits (M. biomédicaux ; <i>médicaments</i> de la rue, phytothérapie locale ou importée, autres...) - Produits les plus couramment recherchés et pourquoi - Inscription sociale (qui la garde, ça sert pour qui : est-ce un bien familial, ou bien c'est la femme qui a la pharmacie pour elle et ses enfants, une co-épouse en a une autre, ou le père en a une autre, etc.) - Importance de la « pharmacie » (juste quelques boîtes ou comprimés..., quantité plus élevée...). Dans quelles proportions (Observation des <i>médicaments</i> les plus fréquents, les plus rares...) - Parler des <i>médicaments</i> achetés pour les enfants, pour les adultes, pour le palu...) - Récipient/conditionnement de stockage de la pharmacie, par types de <i>médicaments</i>...)
2. Conditions d'acquisition des <i>médicaments</i>	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction de l'origine (pharmacie, dépôt pharmaceutique, don d'un tiers, <i>médicaments</i> « au revoir la France », marché, lieu clandestin, brousse...) - La personne chargée de l'achat ou de l'acquisition, - La personne qui finance et la personne bénéficiaire, - La maladie à traiter - Conditions à remplir pour l'acquisition de <i>médicaments</i> dans les lieux de vente (produits obtenus avec ou sans ordonnance en pharmacie et pourquoi); conditions d'acquisition des types de <i>médicaments</i>, dans la rue, dans les dépôts pharmaceutiques de quartier/Eglise, dépôt de phytothérapie, chez les femmes tradipraticiennes dans les marchés... - Particularités entre les hommes et femmes dans l'acquisition de certains <i>médicaments</i> (par type de <i>médicament</i>) - Acteurs et lieux de la décision d'achat - Acteurs de la décision du choix de ce produit (ordonnance), par type de <i>médicament</i> - Pour les produits traditionnels, conditions spécifiques d'accès : Hommes/Femmes ; village/ville...
3. Utilisation du <i>médicament</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des ordonnances, de leurs bénéficiaires et de leur sort : honorées, non honorées et liens avec la relation entre le destinataire du <i>médicament</i> à son pourvoyeur - Ce qui est fait du produit; question de suivi du traitement - Ce qui est fait des notices ; Qui les garde, qui les lit,... est-ce qu'on les lit après l'achat ou on les oublie.... ? Si lecture de la notice, par qui et dans quel but ?) - Ce qui est fait de la date de péremption - Ce qui est fait des consignes d'utilisation des produits - À quoi est destiné le reste du produit en fin de traitement
4. Les maladies les plus connues et leurs traitements	<ul style="list-style-type: none"> - Les maladies qui surviennent le plus fréquemment. Parmi elles, la maladie la plus récurrente - Réactions habituelles par rapport au traitement de la maladie la plus fréquence (automédication, recours au service de santé, recours au pharmacien ou aux vendeurs de la pharmacie, ...), Recours en dehors du système biomédical) - Pour chaque type de recours : - Le ou les personnes qui identifient le produit ; les conditions de l'acquisition (acteurs de l'identification, financement, lieu d'approvisionnement, conditions

	<p>spécifiques...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le sort réservé au produit à la fin du traitement - Les conditions de l'administration du produit (information sur les conditions de prise, assistance au malade pour l'observance, assistance pour l'administration des traitements, assistance au malade pour les soins annexes - alimentation, toilette, courses...) - Conditions spécifiques de soin des hommes et des femmes par rapport à cette maladie
5. Dernière maladie traitée dans la famille (si le paludisme n'est pas évoqué, l'introduire dans la discussion)	<ul style="list-style-type: none"> - Condition du diagnostic de la maladie (lieu, responsable) - Conditions d'acquisition du ou des produits et éventuellement leur association... - Conditions de suivi familial de la personne malade (Observance, administration des <i>médicaments</i>, aide aux besoins annexes / toilette, repas, courses) - Résultats du traitement - Sort du <i>médicament</i> après le traitement, fini ou pas - Comparaison Hommes/Femmes (Et si c'était...)
6. Traitements en cas d'aggravation	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience par rapport à l'aggravation d'un cas de paludisme (préciser Homme/Femme) - Raisons supposées de l'aggravation (traitements, <i>médicaments</i>, observance...) - Circonstances de traitement (produits administrés antérieurement, mise en cause des recours précédemment utilisés...)
	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestations de l'aggravation; Réactions du malade et de l'entourage par rapport à l'aggravation de la maladie (dispositions thérapeutiques, évacuation, relation, interférences entre le système biomédical et les autres...) - Conditions de traitement adoptées suite à l'aggravation de la maladie et pourquoi - Conditions spécifiques du traitement d'un homme, d'une femme, en cas d'aggravation du paludisme (jeune femme, cas de grossesse, cliniques/hôpital...)
8. Pratiques de traitements non biologiques (Mais pas forcément dépourvus d'effets physiques)	<ul style="list-style-type: none"> - Situations dans une maladie banale pouvant aboutir à des démarches parallèles aux traitements agissant directement sur le corps (religieuses, rituelles, divinatoires). Explications sur le rôle/place de ces pratiques dans la quête thérapeutique - Situations de maladies graves et démarches parallèles (religieuses, rituelles, divinatoires). - Explications sur le rôle/place de ces pratiques dans la quête thérapeutique - Vérification des différences Hommes/Femmes et les raisons qui les justifient

2.1.2- Guide d'entretien n°2 sur les médicaments en rapport avec la sexualité

Thèmes	Sous-thèmes, questions de relance
1. Médicament IST dans la pharmacie familiale Connaissances générales sur les IST	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance sur les IST (évoquer des IST connues, origine, mode de contamination, soins, lieux de soins) - Expérience personnelle sur les IST (IST dans l'entourage, chez le conjoint, chez soi-même, attitudes hommes/femmes dans la quête de soins) - Produits connus dans les soins des IST (biomédicaux, médicaments de la rue, phytothérapie locale ou importée, ...) - Produits déjà utilisés
Traitements ayant justifié ces produits	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des produits de traitement des IST disponibles à la maison (M. biomédicaux ; médicaments de la rue, phytothérapie locale ou importée, autres...) - Lieu de stockage des médicaments IST dans le ménage - Conditions de l'approvisionnement et du financement - Expérience personnelle dans l'utilisation de ces produits; utilisation de ces produits par les autres membres du ménage
	<ul style="list-style-type: none"> - Les situations qui ont abouti à la prise de ces produits; - Perception de l'effet de ces produits sur la maladie - Origine et conditions de la prescription ; - Conditions d'administration, régularité des prises, respect de la prescription
2. Hommes/Hommes, IST	<ul style="list-style-type: none"> - Cas d'IST dans le couple ; Celui qui est le plus souvent concerné par les IST ; l'ordre habituel de la demande de soin en IST (celui qui pose le problème en premier et pourquoi) ; Exemple de l'histoire du dernier traitement - Les particularités hommes/femmes face aux IST, au niveau de l'expression du problème et aux moyens utilisés pour la recherche du traitement - IST non exprimées et comportement individuel en retour. Motivations de ce comportement

	<ul style="list-style-type: none"> - La situation des hommes, comparativement aux femmes par rapport: - Aux conditions de l'achat, - À la maîtrise de l'information, - À la gestion, - À l'observance pour soi-même et par rapport à l'assistance à l'observance pour le conjoint - Réactions/Attitudes en cas d'échec d'un traitement (Hommes par rapport aux femmes)
Contraceptifs, Stimulants sexuels, abortifs, méd. IST, traitement stérilité... Connaissances générales sur les médicaments en rapport avec la sexualité	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des problèmes de santé liés à la sexualité (contraceptifs, stimulants sexuels, abortifs, méd. IST, stérilité, ...) - Connaissances sur les médicaments employés pour le traitement de ces problèmes liés à la sexualité - Médicaments utilisés en fonction du sexe - Nature des produits connus (Produits biomédicaux, traditionnels, médicaments de la rue, néo-traditionnels, ...) Inventaire.
Inventaire des produits de traitement liés à la sexualité dans la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaire, penser à certaines précisions (désignation, dosages en fonction des besoins spécifiques, rapport coût/efficacité ressentie, sources d'approvisionnement, conditions de délivrance/contribution du vendeur, circonstances de la découverte de ce produit...) - Stratégies d'acquisition - Insister ici pour information sur : <ul style="list-style-type: none"> + Contraceptifs actuellement utilisé par l'homme + Stimulants pour les femmes + Abortifs + Tous les cas tabous....
Connaissances générales sur le rôle de ces produits de traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance par les femmes, des produits qu'elles emploient et de ce que les hommes emploient vice-versa (Avis des hommes sur les produits liés à la sexualité féminine (contraceptifs, stimulants, abortifs, méd. IST, ...); Avis des femmes sur les médicaments masculins (contraceptifs, stimulants, méd. IST, ...) + Connaissance éventuelle de contraceptifs masculins et point de vue par rapport à leur utilisation + Connaissance éventuelle d'abortifs actuellement utilisés par les femmes et point de vue sur la pratique
Produits de traitement sur la sexualité dans la pharmacie familiale	<ul style="list-style-type: none"> - Produits liés à la sexualité (contraceptifs, stimulants, abortifs, méd. IST, ...), déjà utilisés dans le ménage - Identification des produits (biomédicaux, méd. De la rue, MTA, MT) - Présentation, origine, lieu d'acquisition, coûts - Appréciation des effets
<i>Circonstances d'utilisation et utilisateurs</i> <i>Emploi des produits sur la sexualité et leur stockage au sein du ménage</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Situation matrimoniale et partenariats sexuels en cours - Derniers produits utilisés par rapport à un problème lié à la sexualité - Rôles du ou des partenaires sexuels dans la gestion des produits (contraceptifs, stimulants sexuels, abortifs, méd. IST, etc) et du traitement pour l'homme ou pour la femme (financement, soutien à l'observance, assistance du partenaire pour le suivi médical, participation aux soins, ...) - Conséquences de la prise de ces produits sur la relation avec le ou les partenaires sexuels, et sur la santé - Conditions de la décision d'utilisation (raisons, durée, contexte de la relation avec le partenaire) - Conditions de stockage de ces produits au sein du ménage (conditions d'entreposage par rapport aux autres produits de la pharmacie familiale)
3. Traitement de la stérilité	<ul style="list-style-type: none"> - Stérilité de l'homme ou de la femme ou des deux conjoints : - Traitement des problèmes de stérilité (M. biomédicaux ; médicaments de la rue, phytothérapie locale ou importée, autres, ...) - En cas d'échec d'un recours, attitude adoptée (poursuite dans le même recours, réorientation ?...) - Pratiques religieuses, rituelles, divinatoires par rapport au traitement de la stérilité et raison de ces pratiques - Si plusieurs recours, organisation dans la prise des médicaments
4. médicaments en rapport avec sexualité et VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du VIH (Origine, mode de contamination, traitement...) - Expérience du VIH/Sida (dans l'entourage, des parents, dans la famille, pour soi-même...) - Avènement du sida (Sensibilisations sur la prépondérance de la transmission sexuelle du VIH, l'utilisation des capotes, le rapport IST/VIH...), Et le comportement des hommes et des femmes par rapport aux: <ul style="list-style-type: none"> + Contraceptifs (contraceptifs masculins et VIH ; contraceptifs féminins et VIH) + Stimulants sexuels (H/F) + Abortifs et VIH, + IST, ...Etc

- Femmes séropositives et abortifs	- Femmes et médicaments abortifs. Référence aux femmes séropositives confrontées aux grossesses et qui vont avorter dans des conditions totalement illégales ... Alors que d'un autre côté, certains médicaments tels que les ARV font l'objet d'une grande publicité. Poser également la question aux hommes de voir si leur femme ou leur copine ont avorté, pourquoi, avec quels produits...
<i>Stimulants sexuels</i>	- Connaissance de stimulants sexuels pour la catégorie de sexe de la personne interviewée, pour la catégorie de sexe opposée - Position par rapport à l'utilisation de stimulants sexuels ; motivation des hommes, des femmes ; à mettre en relation avec les problèmes spécifiques des hommes et des femmes dans la relation de couple ; introduire la question de l'utilisation des stimulants sexuels par les personnes en fonction de leur âge, de leur projets de vie, de leur rapport à l'argent (cas des jeunes filles amatrices d'hommes mariés) - Stimulants sexuels utilisés par la personne interviewée ; motivations de cette situation - Mise en relation de l'utilisation des stimulants sexuels avec les enjeux actuels de la relation homme-femme dans tous les domaines de la vie (travail, relations sociales, relations d'amitié, vie familiale élargie, vie de couple) - Avis sur les différents circuits de vente de stimulants sexuels.

2.1.3- Guide d'entretien n°3 sur les soins dans le cas de l'infection

Thèmes	Sous-thèmes, questions de relance
1. Séropositivité et traitement	- Expérience du VIH/Sida (dans l'entourage, des parents, dans la famille, pour soi-même...)
- Produits de traitement de maintien pour les PvVIH	- Connaissance des traitements proposés au niveau des structures de PEC dès l'annonce de la séropositivité et même en dehors de toute maladie ; - Nature des produits proposés aux personnes dépistées séropositives ou supposées telles (Produits biomédicaux, traditionnels, médicaments de la rue, néo-traditionnels, ...) - Dans l'inventaire des produits utilisés dès la connaissance de la séropositivité : + Si PvVIH dans la famille, préciser les produits utilisés et l'histoire de ces produits (lieu et conditions d'approvisionnement, garanties de poursuite du traitement et de régularité des stocks) + Penser à certaines précisions (désignation, dosages en fonction des besoins spécifiques, rapport coût/efficacité ressentie, sources d'approvisionnement, conditions de délivrance/contribution du vendeur, ...) + Principales contraintes - Effets ressentis de ces produits ; Perception de ces effets (Représentation)
- Particularités Hommes/Femmes	- Particularités Hommes/Femmes par rapport à ces produits + Par rapport à la PEC biomédicale, Voir capacité d'adaptation/Eligibilité par rapport aux conditions spécifiques aux lieux de PEC (Associations, Services de santé...) + Place du conjoint dans l'appui à l'observance + Conditions de prescription (lieu, auteur de la prescription, raisons justifiant cette prescription) + Comparaison dans les choix thérapeutiques initiaux des hommes et des femmes. Attitudes adoptées par les unes et les autres
- Pratiques de traitements non biologiques	- Autres recours en cas de soupçon d'une éventuelle séropositivité (situations pouvant aboutir à des démarches parallèles aux traitements physiques : religieux, rituels, divinatoires). - Avis sur le rôle et la place de ces pratiques dans l'évolution de la maladie - Efficacité de ces démarches (questions, préoccupations auxquelles elle sont censés répondre et est-ce qu'elles y répondent effectivement ?) - Le prix à payer pour accéder à ces recours et (coûts financiers, physiques, autres contraintes/interdits, ...) Par rapport aux recours biomédicaux - Rapport de ces pratiques avec les conditions de vie du malade - Tenir compte des différences Hommes/Femmes et les raisons de ces différences
2. Produits thérapeutiques utilisées dans le traitement des Infections Opportunistes	- Niveau de distinction entre traitement de maintien et traitement des IO chez les personnes séropositives - Connaissance des produits dans le traitement des IO chez les personnes séropositives (Produits biomédicaux, traditionnels, médicaments de la rue, néo-traditionnels, ...) - Inventaire des produits connus et des IO correspondants (Produits biomédicaux, traditionnels, médicaments de la rue, néo-traditionnels, ...) - Précisions (désignation, dosages en fonction des besoins spécifiques, rapport

	coût/efficacité ressentie, sources d'approvisionnement, conditions de délivrance/contribution du vendeur, ...)
- Conditions d'accès	<ul style="list-style-type: none"> - Conditions de prescription (lieu, auteur de la prescription, raisons justifiant cette prescription) - Appréciation des effets de ces produits sur les infections. Niveau de satisfaction par rapport à ces produits - Assistance à l'observance, assistances multiformes au malade selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme - Comparaison dans les choix thérapeutiques initiaux des hommes et des femmes. Attitude adoptée en cas de non satisfaction, en fonction du sexe.
- Pratiques de traitements non biologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Autres recours (IO pouvant aboutir à des démarches parallèles aux traitements biologiques (religieuses, rituelles, divinatoires). - Avis sur le rôle et place de ces pratiques sur l'évolution de la maladie - Efficacité de ces démarches (questions, préoccupations auxquelles elle sont censés répondre et est-ce qu'elle y répondent effectivement ?) - Le prix à payer pour accéder à ces recours et (coûts financiers, physiques, autres contraintes/interdits, ...) Par rapport aux recours biologiques - Tenir compte des différences Hommes/Femmes et les raisons de ces différences
3. Les Antirétroviraux	
- Connaissances générales	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance/Signification des ARV - Inventaire des produits connus dans le traitement du VIH (ARV, remèdes traditionnels, médicaments de la rue, néo-traditionnels, ...) - Par rapport à un éventuel traitement ARV dans le ménage : <ul style="list-style-type: none"> + Précisions (désignation, dosages en fonction des besoins spécifiques, rapport coût/efficacité ressentie, sources d'approvisionnement, conditions de délivrance/contribution du vendeur, appréciation de l'efficacité sur la maladie...) - Conditions de prescription (lieu, auteur de la prescription, raisons justifiant cette prescription) - Autres recours : Traditionnels, médicaments de la rue, néo-traditionnels, rituels, spirituelles, ...) (Suivre le même cheminement)
- Réseau de sociabilité Hommes/Femmes et gestion des produits et du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Conditions d'accès (accessibilité aux ARV en fonction du sexe), - Histoire du traitement (date début du traitement ARV, rôles joués par l'entourage familial, associatif, autres dans le traitement) - Question de la confidentialité et conditions de traitement (la prise, stockage des médicaments, ...) - Assistance à l'observance: disponibilité des personnes de l'entourage pour veiller à la prise régulière du traitement - Assistance de tout temps pour aider la personne malade dans ses tâches quotidiennes (toilette, courses diverses) - Sexe et conditions d'éligibilité aux médicaments et particulièrement aux ARV dans les structures de PEC - Sexe et niveau d'accès à l'information sur les lieux d'accès à la PEC (Associations, centres de santé, ...) Principaux pourvoyeurs d'ARV. - Sexe et accès à l'information médicale par rapport aux ARV
- Représentations par rapport à certaines réactions aux ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Appréciation des effets de ces produits sur le sida (Niveau de satisfaction par rapport à ces produits ; effets secondaires, conditions de prises, réactions allergiques) - Effets ressentis, les relater et voir les représentations par rapport à la maladie et en fonction de la culture
- Rapport à l'infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> - représentations de l'infection par le VIH, en lien avec certaines représentations négatives, la stigmatisation, les sentiments - les pratiques de prise en charge personnelle de l'infection ; les recours, dans et hors du système biomédical de traitement. - le rapport aux lieux de prise en charge, pour le dépistage de l'infection, pour les médicaments, et éventuellement pour d'autres services. Ce rapport sera mis en relation avec les considérations de genre - En cas de difficultés exprimées à fréquenter ces lieux de soins, noter de façon exhaustive, les motivations sociales de cette situation
- Pratiques de traitements non biologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Situations dans la séropositivité et le sida pouvant aboutir à des démarches parallèles aux traitements biologiques (religieuses, rituelles, divinatoires). Explications sur le rôle/place de ces pratiques dans la quête thérapeutique - Avis sur le rôle et place de ces pratiques sur l'évolution de la maladie - Efficacité de ces démarches (questions, préoccupations auxquelles elles sont censés répondre et est-ce qu'elles y répondent effectivement ?) - Le prix à payer pour accéder à ces recours et (coûts financiers, physiques, autres contraintes/interdits, ...) Par rapport aux recours biologiques - Tenir compte des différences Hommes/Femmes et les raisons de ces différences

2-2 : Grille d'observation

2.2.1- Conditions de l'observation

- Date et heure
- Lieu : préciser dénomination, responsables, activités menées, évènement ayant motivé l'observation
- Motivation de l'observation
- Position des responsables par rapport à l'observation, attitudes et participation
- Conditions de l'observation : chercheur seul ou associé, éventuels évènements autour de l'activité ou de la présence du chercheur en ces lieux, ou de l'activité d'observation

2.2.2- L'observation

DESCRIPTION

- Description de l'évènement observé, du début à la fin, avec le jeu des acteurs, en tenant compte du détail significatif
- proposition d'éléments d'analyse de l'évènement observé : motivations, acteurs, début, fin, durée, rôles des acteurs, relation aux personnes (responsables et non responsables), relation aux soins en fonction du genre, autres déclinaisons des relations de genre (dans divers domaines : accès aux médicaments, aux consultations, au financement des activités de subsistance pour certains, à l'accès aux formations organisées dans la structure,

LA VIE DES PERSONNES OBSERVÉES (FACULTATIF)

Si information disponible, voir qui sont certaines de ces personnes et notamment les plus visibles ; celles dont la présence et les actions apparaissent plus significatives, en relation avec le thème ; ne pas hésiter à noter les détails qui permettent une meilleure compréhension de leur situation (situation matrimoniale, enfants, activités, rémunération, culture, profil par rapport à la maladie, notamment en rapport avec les ARV)

*Leurs activités en dehors de la structure qui soient significatives en termes de rapports entre catégories de sexe : relations au conjoint, aux collègues, aux familles ou à certains de leurs membres avec lesquels les relations ont des répercussions plus directes sur le rapport au *médicament*, relations aux autres PvVIH

* Si certains sont leaders en dehors de la structure, le préciser, préciser l'activité autour de laquelle ils sont leaders, et voir cette situation peut-être mise en rapport avec le rôle que ces personnes jouent dans la structure ; voir également si les attributions et les considérations dans le groupe ont une incidence avec le rapport aux soins et au *médicament*, et en quoi les considérations de genre interviennent ici.

ANNEXES 3 : AUTRES PROTOCOLES DE RECHERCHE DE RÉFÉRENCE

Annexes 3-1- Protocole de recherche n°1

Intitulé : Recherche opérationnelle « Pratiques de la Prise en Charge des Patients Infectés par le VIH/SIDA au Burkina Faso »

RÉSUMÉ

L'accès au traitement anti-retroviral demeure limité en Afrique Subsaharienne, continent pourtant fortement touché par l'infection à VIH. Aussi l'OMS a-t-elle mise en œuvre une initiative dite 3x5 visant au passage à l'échelle du traitement par les ARV des patients infectés par le VIH. Au Burkina Faso, divers acteurs associatifs, confessionnels, privés et publics se sont engagés ces dernières années dans la prise en charge par les ARV des personnes infectées par le VIH. Pour accompagner ce passage à l'échelle, nous nous proposons de mener cette recherche participative visant à i) faire l'état des lieux du système de prise en charge ii) analyser et évaluer l'efficacité et l'efficience du système de prise en charge iii) élaborer des stratégies pour une harmonisation de la prise en charge.

Cette étude va se dérouler dans les centres de prise en charge du Burkina. La recherche se veut participative et comprend trois phases : une phase exploratoire comprenant une recherche documentaire et la collecte de données auprès de responsables clés, une deuxième phase d'analyse et d'évaluation de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité de la prise en charge et enfin une troisième phase de définition et de test de stratégies. Au total, 20 structures seront incluses dans l'échantillon. Dans chacune des structures, les soignants seront enquêtés ainsi que les patients sortant de la consultation.

La collecte des données va donc consister en une revue documentaire, en des entretiens structurés à semi-structurés avec les responsables clés, les soignants du jour, les patients sortant de la consultation, des focus group auprès des prestataires de soins et des patients et en une observation non participante de la prise en charge par ARV. Des ateliers de concertations seront organisés entre différents acteurs de la prise en charge afin d'identifier les meilleures pratiques qui seront testées dans les centres de prise en charge. Les résultats obtenus feront l'objet d'une large diffusion auprès des acteurs intervenant dans la prise en charge par les ARV au Burkina.

Cette recherche va impliquer non seulement des chercheurs professionnels mais aussi et surtout le Comité ministériel de lutte contre le SIDA du ministère de la santé, les acteurs de terrain (structures de prise en charge) et les organismes de coopération internationale intervenant dans le champ de la lutte contre le SIDA (OMS, ONUSIDA)

Objectifs

Objectifs intermédiaires

- Analyser et évaluer la situation et les pratiques des acteurs burkinabé en matière de prise en charge des patients du SIDA par les ARV. Plus spécifiquement, il s'agit :
- Analyser et évaluer:
 - o l'accessibilité (notamment les critères et modalités d'accès, l'accès depuis des programmes spécifiques [PTME, TB, etc], la référence et contre-référence)
 - o l'acceptabilité pour les patients et les soignants (notamment le suivi des patients et la gestion de la confidentialité)
 - o la qualité de la prise en charge.

Objectifs finaux

Identifier et tester à travers le processus de recherche-action des stratégies d'amélioration, en particulier :

Méthodologie : Une approche participative

Afin d'atteindre un des objectifs finaux du projet qui vise à améliorer les collaborations entre les différents acteurs de la prise en charge, l'ensemble du projet de recherche est fondé sur une approche participative.

L'implication des différents acteurs (personnes vivant avec le VIH, soignants des secteurs public, confessionnel et privé, associations et ONG, pouvoirs publics (aux niveaux national et local) prendra différentes formes au cours des différentes phases du projet.

Ethique

- Formulaire de « consentement » éclairé.
- Respect de la confidentialité
- Restitution des résultats

Annexes 3-2- Protocole de recherche n°2

Stigmatisation et fréquentation des structures de prise en charge du VIH : Cas des hommes au Burkina Faso

Coordination de l'étude : Secrétariat Permanent /CNLS-IST, Ouagadougou

Institutions chargées de la recherche : Institut de la Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Université de Ouagadougou, Département de sociologie, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Bureau d'Appui en Santé Publique'96 (BASP'96), Ouagadougou, Initiative Privée Communautaire de Lutte contre le VIH/Sida, Burkina Faso, CMLS Santé, Ouagadougou, SOFITEX, Bobo-Dioulasso.

Partenaire : Ministère de la Promotion des Droits Humains

Investigateurs principaux : Blandine Bila/Ouédraogo IRSS, et Bouma Fernand. Bationo, Université de

Ouagadougou. Assistant de recherche : Yaméogo Maurice, Sociologue, IRSS.

Début de l'étude: Mars 2007 ; Fin de l'étude : Juin 2007 ; Financement : KIT Amsterdam, Programme Multipays

- I. Question de recherche : Quels liens peut-on établir entre la stigmatisation et la fréquentation des structures de PEC du VIH par les hommes séropositifs ?
- II. But de la recherche : Evaluer les contraintes liées à la fréquentation des structures de prise en charge par les hommes séropositifs en milieu urbain (ville de Ouagadougou) et en zone rurale (Yako) dans le cadre du Programme Multi Pays (PMP) concernant la recherche en sciences sociales dans le domaine du VIH/SIDA au Burkina Faso.
- III. OBJECTIFS : Etudier le rapport entre stigmatisation et fréquentation des structures de PEC du VIH par les hommes séropositifs en vue de contribuer à l'amélioration de la qualité de leur prise en charge
- IV. Hypothèses : La stigmatisation réduit davantage la fréquentation des structures de PEC du VIH par les hommes séropositifs
- V. Aspects méthodologiques

Type d'étude : Approche sera combinée, associant les méthodes quantitatives et qualitatives à différentes étapes de la recherche.

Population cible : Les Hommes séropositifs qui subissent la stigmatisation et leurs conjointes

Sites et structures concernées dans l'étude : Structures à base communautaire, et publiques de santé, publiques, des cliniques privées et laboratoires, des structures confessionnelles à Ouagadougou en milieu urbain et Yako en milieu rural

La collecte des données : En deux parties ; étude quantitative qui pour appréhender l'ampleur du phénomène de la stigmatisation, suivie d'une étude qualitative pour saisir les conditions sociales et culturelles de la stigmatisation et de la faible fréquentation des structures de PEC du VIH par les hommes.

L'analyse des données : Les données quantitatives saisies, codifiées et et saisies avec EPIINFO 6.0.

Données qualitatives : entretiens enregistrés retranscrits, manuellement dépouillés et analysés.

Considérations éthiques : Protection des sujets, confidentialité des données, bénéfices directs pour les personnes enquêtées, restitution des résultats.

ANNEXES 4 : LES INTERLOCUTEURS AYANT PARTICIPÉ À LA PREMIÈRE ET À LA SECONDE PHASE DES ENTRETIENS

Annexes 4.1 : Participants de la première phase des entretiens

4.1.a : Les bénéficiaires des services

Récapitulatif des effectifs de PvVIH Interviewées en entretiens individuels, de 2003 à 2005, première phase de l'étude qui a repris les participants de l'étude ANRS 1281, puis de 2006 à 2008 sur la thématique "Genre et médicament".

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Caractéristiques	HOMMES	FEMMES	TOTAL/ MOYENNE
Effectifs	Effectifs	18	35	53
Age	Plus jeune	32	20	38
	Plus âgé	60	63	
	moyenne	42	35	
Niveau d'instruction	non scolarisés	6	17	23
	Scol. primaire	5	9	14
	Scol. secondaire	6	7	13
	Scol. supérieur	1	2	3
Appartenance ethnique déclarée/revendiquée	moose	11	28	39
	bisa	1	5	6
	Lobi-dagara	2		2
	Gurunsi	1	1	2

	Samo	1	1	2
	Tiéfo	1		1
	Marka	1		1
Profil religieux	Catholiques	8	21	29
	musulmans	7	11	18
	Protestants		5	5
	Animiste	1		1
Profil matrimonial	Mariés/ remariés	15	7	22
	Veufs/veuves	3	16	19
	Mariés séparés		6	6
	Célibataires		6	6
Profil socio-professionnel	Métiers précaires		11	11
	salariées	10	12	22
	Petites entreprises		5	5
	Entreprenariat/ Commerce	4	5	9
	Chômage	4		4
	Ménagère		2	2

Tableau 2 : Profil social des participants

N°	Alias	Sexe	Age	Niveau d'instruction/ activité	Statut matri	Stigma
01	Bibata	F	43	Primaire /salariée dans association	Séparée ;	
02	Bakary	H	43	CAP/ Comptable licencié	Marié	Stigma quartier
03	Balguissa	F	32	Analphabète/ vente de gravillon & agriculture	Veuve	Stigma Famille
04	Christine	F	39	Primaire/ PC vente farine	Veuve remariée	Stigma quartier
05	Koudbi	F	48	Analphabète/ Ménagère	Veuve	Stigma Famille
06	Carine	F	39	BEPC+/ enseignante	Copain dcd	Peur Stigma
07	Tambi Salfio	H	60	Analphabète/ Commerçant en faillite ; membre associatif	Vf, remarié	
08	Kalifa	H	41	BEPC+ /infirmier	Vf, remarié	Peur stigma
09	Délia	F	24	Primaire/ bénévole dans une association	Abandon par copain	Stigma famille
10	Doris	F	31	CAP/ Vendeuse boutique/ Renvoi cause VIH	Pas de copain	
11	Hébié	H	38	Analphabète/ Chauffeur licencié cause maladie	Marié	Peur Stigma
12	Eliane	F	33	Secondaire	Abandon par son mari	Stigma
13	Elimane	H	39	Analphabète/ Chauffeur Crainte renvoi cause VIH	Marié, copine séro+	Peur Stigma
14	Enda	F	47	Primaire/ Commerçante pagnes	Vve	Peur Stigma
15	Fatim	F	35	Secondaire/CAP/ Agent de bureau	Vve	Peur stigma
16	François	H	35	primaire/fonctionnaire	Marié	
17	Guèneba	F	63	Analphabète/ ménagère	Répudiée	Peur Stigma
18	Aïcha	F	33	BAC+2 cadre sup. Société d'Etat	Mariée	Peur Stigma/ Clinique
19	Innocent	H	49	Primaire/ Blanchisseur	Marié	
20	Isidor	H	36	Supérieur/ Informaticien perte emploi cause VIH	Vf	Peur stigma
21	Patricia	F	40	analphabète	Mariée	
22	Isabelle	F	39	Primaire/ Gest. Kiosque PM'UB	Mariée	
23	Irené	H	40	BAC=2/Cadre supérieur ONG/ Perte d'emploi cause VIH	Vf ; en voie de remariage	Peur Stigma
24	Juliette	F	34	Secondaire/fonctionnaire/ Institutrice	Vve	
25	Josiane	F	33	Secondaire/fonctionnaire/ ENAM/NeSa	Célibataire, copain dcd	
26	Alima	F	35	Analphabète/	Vve	Stigma/ famille
27	Amidou	H	38	Analphabète, vente ferraille	Marié, 2 fem.	
28	Ogusi	F	32	Primaire, ménagère	Répudiée cause	Stigma/Mari , coépouses &

					infection VIH	enfts
29	Clarisse	F	40	Analphabète/ PC riz cuit	Répudiée & abandon famille	Stigma/Famille
30	Kamin	H	43	Secondaire, fonctionnaire	Marié	
31	Kimbila	F	38	Analphabète/ Domestique dans une résidence	Vve ; un prétendant parti pour cause VIH	
32	Lucien	H	40	Secondaire/fonctionnaire	Marié	Peur stigma++
33	Mathieu	H	41	Secondaire/fonctionnaire	Marié	
34	Noura	F	28	Analphabète/ Ménagère	Vve, lévirat, dc frère du mari	Stigma
35	Natacha	F	31	Secondaire/ Secrétaire	Célibataire	
36	Nicole	F	30	Analphabète/ Domestique	Mariée	
37	Natou	F	41	Primaire/ gest. télécentre	Mariée	
38	Paul	H	32	Primaire/ Gest. Bar hérité du père	Marié	
39	Petronille	F	38	Primaire/ Vendeuse riz cuit	Vve	
40	Martine	F	40	Primaire/ Gest. Salon de coiffure	Abandonnée cause VIH	Stigma
41	Madeleine	F	35	Primaire/ Conseillère association	Vve	
42	Marcelle	f	28	Secondaire/ Salariée	Mariage coutumier	Peur stigma++
43	Quentin	H	51	Primaire/ Chauffeur perte d'emploi cause VIH	Vf	
44	Sétou	f	20	Analphabète/ Prostituée	prostituée	Stigma
45	Sylvie	F	42	Secondaire/ Agent de bureau dans projet	Vve	
46	Safi	f	27	Analphabète/ PC vente condiments	Mariée	Stigma
47	Amsétou	F	29	Secondaire (BAC)/ Enseignante	Vve	
48	Tatiana	f	28	Secondaire/ Elève	Copain en migration ; annonce non faite	Peur Stigma ;
49	Tasséré	H	60	Analphabète/Commerçant riche	Marié polygame	Peur Stigma ; Clinique
50	Téné	f	30	Analphabète/ PC riz cuit, condiments	Répudiée	
51	Zéna	F	39	Secondaire/ Ménagère	Vve	
52	Vincent	f	40	Secondaire/ Activité non précisée	Marié	
53	Victor	h	38	Primaire/ Soudeur au chômage ; vit de la pension de son défunt père	Vf, en voie de remariage	

Tableau 3 : Veuves : Les causes de la mort de leurs conjoints

Alias	Statut matri	Cause du décès
Christine	Veuve remariée	Zona soigné à « l'hôpital » et à l'indigénat pendant des années ; test VIH+ : plusieurs hospitalisations sur au moins 2 ans ; Test VIH+ quelques mois avant sa mort.
Koudbi	Veuve	« Koko » ou hémorroïdes soigné à « l'hôpital » et à l'indigénat pendant au moins 2 ans ; épuisement financier, abandon des amis ;
Carine	Copain dcd	Homme qui avait plrs copines, maladie ; 2 semaines d'hospitalisation avec pour seule médicament : Bactrim. Décédé environ 6 mois après dernières relations sexuelles, quand elle-même commençait à avoir des furoncles
Enda	Vve	Mort accidentelle de l'époux
Fatim	Vve	Mari dcd suite longue maladie de près de 2 ans ; Comme palu, maigrissait seulement. Test VIH réalisé plusieurs mois à l'insu de sa femme.
Juliette	Vve	Dc du mari après longue maladie : Vomissements, diarrhées, les crampes à répétition, assimilés au palu ; Hospitalisation répétées, Zona « araignée » à répétition. Test VIH+ peu de tems avant décès
Josiane	Célibataire, copain dcd	Copain dcd après plusieurs maladies dont le zona
Alima	Vve	Il toussait mais il était très malade, quand sa maladie était devenue grave, les femmes ne pouvaient pas avoir accès à lui, c'est les hommes qui s'occupaient de lui

Kimbila	Vve ; un prétendant parti pour cause VIH	Maladie commencée par une dysenterie puis palu : tantôt malade, tantôt bien portant pdt près d'1 an avant de dcd
Noura	Vve, lévirat, dc frère du mari	L'homme était malade, on disait souvent qu'il avait la maladie. Avait le Zona
Balguissa	Vve	Mais la maladie qui le fatiguait le plus c'était la toux. C'est par la cigarette que petit à petit la toux a commencé et s'est aggravé par la suite. 3 ou 4 ans de maladie
Petronille	Vve	Il était malade, il était tout le temps malade mais des fois ça va, mais si tu le vois tu sais très bien qu'il est malade, il ne sent pas mais il se tient.
Madeleine	Vve	Un hoquet ininterrompu pendant 5 jours (de mardi à dimanche), suivi de décès ; test VIH positif avant le décès.
Sylvie	Vve	Un zona en 1989. Plusieurs zona successifs : poitrine visage (œil gauche), tête, dos. Hémorroïdes tout le temps et des maux de tête. Dc en 2000. Test VIH+ en 1998.
Amsétou	Vve	« Je voyais mon mari était malade » ; Maladie grave en septembre 2003; test réalisé à l'insu de la femme ; test positif. Refus d'informer la femme
Zéna	Vve	Il était couché ; il avait le zona ; la coépouse était également malade ; elle a fait un mois à l'hôpital et elle est morte ; elle avait la bouche toute rouge ; les gens commençaient à parler de la maladie ; Test VIH du mari réalisé et positif après le décès de la première femme

Tableau 4 : Veufs/ Cause du décès de leurs femmes

	Alias	Age	Niveau d'instruction/ activité	Statut matri	Cause dc femme	Annonce à la nouvelle femme/ Statut
01	Tambi Salfo	60	Analphabète/ Commerçant en faillite ; membre associatif	Vf, remarié	Longue maladie ;	Test de l'homme et annonce faite plusieurs années après le remariage. Femme testée VIH+
02	Kalifa	41	BEPC+ /infirmier	Vf, remarié	Longue maladie	Test de l'homme et annonce faite plusieurs années après le remariage. Femme testée VIH+
03	Isidor	36	BAC+	Vf, aucune relation féminine annoncée	Longue maladie	
04	Irené	40	BAC=2/Cadre supérieur ONG/ Perte d'emploi cause VIH	Vf, en voie de remariage	Longue maladie, test VIH+, mari initiateur du test	Annonce non encore faite ; expression d'une angoisse face à cette question a auprès du chercheur
05	Quentin	51	Primaire/ Chauffeur perte d'emploi cause VIH	Vf, aucune relation féminine annoncée	Longue maladie	
06	Victor	38	Primaire/ Soudeur au chômage ; vit de la pension de son défunt père	Vf, en voie de remariage	Longue maladie, test VIH+, mari initiateur du test	Annonce non encore faite ; expression d'une angoisse face à cette question a auprès du chercheur

Tableau 5 : Des filles dont le célibat est en lien avec l'infection à VIH

	Alias	Sexe	Age	Niveau d'instruction/ activité	Statut matrimonial
01	Marcelle	F	28	Secondaire/ Salariée	Mariage coutumier ; relations distendues cause VIH
02	Doris	F	31	CAP/ Vendeuse boutique/ Renvoi cause VIH	Abandon par copain
03	Délia	F	24	Primaire/ bénévole dans une association	Abandon par copain
04	Natacha	F	31	Secondaire/ Secrétaire	Célibataire/ Copain : zona 4 fois Mais c'est sa séro+ à elle qui a ralenti le processus de l'union ; elle se demande ; elle doit d'abord lui faire l'annonce et envisager le reste avec lui
05	Sétou	f	20	Analphabète/ Prostituée	prostituée
06	Tatiana*	f	28	Secondaire/ Elève	Copain en migration ; annonce non faite

Tableau 6 : Femmes mariées : annonce et implication du mari dans le traitement

	Alias	Age	Niveau d'instruction/ activité	Connaissance sérologie du mari	Rapport du mari au lieu de PEC de la femme et autre
01	Nicole	32	analphabète	Séro- Stratégies femme & soignants	Après son test, aucun autre contact. Désinvolture. Refus préservatif
02	Christine	39	Primaire/ PC vente farine	Séro+ Stratégies femme & soignants	Réticence ++ à se présenter à la consultation, et aux autres activités ; Recommande discrétion à la femme
03	Aïcha	33	BAC+2 cadre sup. Société d'Etat	Inconnu Stratégies femme & médecin	Refus de faire le test & à se présenter sur les lieux de PEC/ Impose discrétion ++ à la femme
04	Patricia	40	Analphabète/ Vente de légumes	Séro+ Stratégies femme & médecin	Réticence ++ à se présenter à la consultation, et aux autres activités ; Refus préservatif
05	Isabelle	39	Primaire/ Gest. Kiosque PM'UB	Séro- Stratégies femme & médecin	Après son test, aucun autre contact. Refus fréquent préservatif
06	Natou	41	Primaire/ gest. télécentre	Séro+ Stratégies femme & médecin	Réticence ++ à se présenter à la consultation, et aux autres activités ; Recommande discrétion à la femme, refus préservatif, aventures féminines++ ; mutisme et désintéressement initiaux, puis, rapprochement dès l'accès de la femme au traitement ; arrêt des relations sexuels.
07	Safi	27	Analphabète/ PC vente condiments	Séro+ Stratégies femme & soignants	Refus de faire le test, refus utilisation préservatif, aventures féminines ++

Tableau 7 : Des femmes abandonnées

	Alias	sex e	Age	Niveau d'instruction/ activité	Statut matri	Stigma
01	Bibata	F	43	Primaire /salariée dans association	Séparée, cause maladies	Pas de stigma car statut non révélé
02	Guèneba	F	63	Analphabète/ ménagère	Répudiée (non lié au VIH)	Peur Stigma
03	Ogusi	F	32	Primaire, ménagère	Répudiée cause infection VIH	Stigma/Mari , coépouses & enfts
04	Clarisse	F	40	Analphabète/ PC riz cuit	Répudiée & abandon famille	Stigma/Famille
05	Martine	F	40	Primaire/ Gest. Salon de coiffure	Abandonnée cause VIH	Stigma
06	Téné	f	30	Analphabète/ PC riz cuit, condiments	Répudiée, cause VIH	Stigma

Tableau 8 : Des hommes mariés, sans leurs épouses

	Alias	Age	Niveau d'instruction/ activité	Statut matri Sérologie de la femme	Annonce à la femme	Observation
01	Bakary	43	CAP/ Comptable licencié	Marié Sérologie inconnue	non	Peur de l'abandon
02	Hébié	38	Analphabète/ Chauffeur licencié cause maladie	Marié Sérologie inconnue	non	Peur de l'abandon
03	Elimane	39	Analphabète/ Chauffeur Crainte renvoi cause VIH	Marié, Séronégative	oui	Pour qu'elle l'aide dans la PEC ; + copine Séro+
04	François	35	primaire/fonctionnaire	Marié Séropositive	Oui	Mariage avec fille séro+

05	Innocent	49	Primaire/ Blanchisseur	Marié	Oui	Trouver PEC pour elle
06	Amidou	38	Analphabète, vente ferraille	Marié, 2 fem. Sérologie inconnue	non	Peur de l'abandon ; déjà une partie
07	Kamin	43	Secondaire, fonctionnaire	Marié Séropositive	Oui tardif	Annonce après plrs années
08	Lucien	40	Secondaire/fonctionnaire	Marié Séro-inconnue	non	Peur stigma++
09	Mathieu	41	Secondaire/fonctionnaire	Marié Séronégative	Oui	
10	Paul	32	Primaire/ Gest. Bar hérité du père	Marié Séronégative	Oui	
11	Tasséré	60	Analphabète/Commerçant riche	Marié polygame Sérologies inconnue	Oui et non	Peur des représailles de la première femme
12	Tambi Salfo	60	Analphabète/ Commerçant en faillite ; membre associatif	Vf, remarié, Séropositive	Oui	
13	Kalifa	41	BEPC+ /infirmier	Vf, remarié Séropositive	Oui	
14	Victor	38	Primaire/ Soudeur au chômage ; vit de la pension de son défunt père	Vf, stratégie de remariage en cours Sérologie inconnue	Oui	Peur de l'infecter mais aucune protection exprimée
15	Iréné	40	BAC=2/Cadre supérieur ONG/ Perte d'emploi cause VIH	Vf, Stratégie de remariage en cours Séropositive	oui	
Non annonce			4 personnes/15 : Bakary, Hébié, Amidou, Tasséré			
Annonce			11 personnes :			
16	Vincent	40	Secondaire/ Activité non précisée	Marié		
17	Quentin	51	Primaire/ Chauffeur perte d'emploi cause VIH	Vf		
18	Isidor	36	Supérieur/ Informaticien perte emploi cause VIH	Vf		

Annexes 4-1-b : Prestataires interviewés sur les lieux de prise en charge au cours de la première phase de l'étude

STRUCTURE	MEDECINS	PARAMEDICAUX	ASSOCIATIFS	Effectifs		
				H	F	T
ALAVI	0	0	5	2	3	5
VP	1	0	7	2	6	8
AAS	1	0	2	1	2	3
URBLS	0	0	3	0	3	3
MSF	3	0	1	1	3	4
Camp LAMIZANA	6	0	0	0	6	6
CHU/YO	-	-	-	0	6	6
CTA	3	2	0	01	4	5
CM AAS n°2	0	1	0	0	1	1
CANDAF	1	0	0	-0	1	1
Autres	3	0	1	8		
TOTAL	18	3	19	8	32	40

RÉPERTOIRE PRESTATAIRES INTERVIEWÉS

Structure	Identification	Nombre		
		F	H	T
ALAVI	- Présidente de l'association - Adjoint de la présidente - Coordonnateur de la PEC1 - Coordonnateur de la PEC2 - Conseillère	2	3	5
AAS	Adjoint du président Médecin Responsable atelier lumineux	1	2	3
Vie Positive	- Président - Membre du bureau1 - Membre du bureau2 - Médecin - Responsable OEV - Animateur OEV - Conseillère - Conseiller	2	6	8
URBLS	- Président - Adjoint au président - Le conseiller	0	3	3
MSF	- Le directeur du programme - La coordonnatrice - Le Médecin	1	2	3
Camp LAMIZANA	Médecin 1 Médecin 2 Médecin 3 Médecin 4 Médecin 5 Médecin 6	0	6	6

Participants de la seconde phase des entretiens

58 personnes ont été rencontrées pour les entretiens individuels ou les discussions de groupe sur la thématique « Genre et médicament » (32 femmes et 26 hommes). Ces 58 personnes se répartissent en deux groupes : 30 participants aux entretiens individuels (17 femmes et 13 hommes), et 28 participants aux discussions de groupe (15 femmes et 13 hommes). Les participants aux entretiens individuels ont été contactés par leur réseau d'interconnaissance, à partir de vendeurs de médicaments, ou d'utilisateur à utilisateur. Par ailleurs, une attention particulière a été portée à la diversité des niveaux d'instruction, de la culture d'origine²⁴⁹, du profil d'activité et du profil socio-économique. Les hommes ont un âge moyen de 39 ans et les femmes, 41 ans. Les participants aux discussions de groupe sont âgés de 30 à 55 ans. Cette répartition par âge est approximativement la même pour les hommes et les femmes dans les groupes de discussions. Au niveau du profil d'instruction, sur 17 femmes 5 ne sont pas alphabétisées ; 6 ont atteint le secondaire, et 2 d'entre elles ont le BAC. Sur 13 hommes, 2 n'ont pas été inscrits à l'école. Parmi ceux qui sont scolarisés, 5 ont le niveau secondaire et 2 autres sont titulaires du Baccalauréat. Comme dans la première phase de l'étude sur les itinéraires thérapeutiques des PvVIH, nous avons une forte représentativité de la communauté Moose (18), suivie de loin par 3 Bisa et 3 Sénoufo ainsi que de représentants uniques d'autres communautés. Leur profil religieux donne une majorité de catholiques (15) et de musulmans (13) auxquels s'ajoutent une raélienne et 1 témoin de Jéhovah²⁵⁰. Le profil matrimonial présente pour les femmes une majorité de femmes mariées (9/17), quatre (4) célibataires, 3 veuves et une divorcée. Les treize (13) hommes sont répartis en 9 mariés et 4 célibataires. La situation socioprofessionnelle et économique des PvVIH interviewées est généralement peu satisfaisante. Les profils des participants aux discussions de groupe sont sensiblement les mêmes que ceux des participants aux entretiens individuels.

²⁴⁹ En matière d'utilisation de produits thérapeutiques, la culture dans laquelle la personne a évolué depuis son enfance peut déterminer les choix, notamment dans les options en faveur de thérapies traditionnelles.

²⁵⁰ Raélien : adepte du mouvement créé par le Raël., de son vrai nom Claude Vorilhon, en 1974. Croyances fondées sur l'importance des avancées scientifiques et technologiques et du contact des humains avec les extraterrestres. Témoins de Jéhovah : Mouvement religieux chrétien fondé aux USA au XIXe siècle.

Annexes 4-2 : Tableau de présentation des participants aux entretiens individuels sur les médicaments utilisé pour le paludisme et dans la sexualité

	Caractéristiques	Hommes	Femmes	Total/ Moyenne
Effectifs	Effectifs	13	17	30
Age	Plus jeune	22	23	39
	Plus âgé	62	74	
	moyenne	39	41	
Niveau d'instruction	non scolarisés	3	5	8
	Scol. primaire	3	4	7
	Scol. secondaire	5	6	11
	Scol. supérieur	2	2	4
Profil culturel	moose	10	8	18
	bisa	1	2	3
	Sénofo	2	1	3
	Lobi-dagara		1	1
	Dafing		1	1
	Séguéla		1	1
	Marka		1	1
	Peul		1	1
	Rimaïbe		1	1
Profil religieux	Catholiques	7	8	15
	musulmans	6	7	13
	Témoins de Jéhova		1	1
	Raélien		1	1
Profil matrimonial	Mariés/ remariés	8	9	17
	Veufs/veuves		3	3
	Mariés séparés		1	1
	Célibataires	6	3	9
Profil socio-professionnel	Métiers précaires	4	5	9
	salariées	7	2	9
	Commerce/entreprenariat		1	1
	Ménagère		8	8
	retraités	2	1	3

Annexes 4-2-a

Les participants aux discussions de groupe dans ce cadre sont au nombre de 28 dont 15 de sexe féminin et 13 de sexe masculin. Ces personnes ont été réparties dans 3 groupes : Un groupe de 9 femmes issues de l'association ALAVI, un groupe de 7 hommes suivis dans l'association ALAVI, et un groupe mixte de 12 personnes suivies dans l'association Vie positive : 6 de sexe féminin et 6 de l'autre sexe (Voir Annexes 4-2-b).

Annexes 4-2-b : Les utilisateurs de médicaments en discussions de groupe

Tableau récapitulatif des effectifs de PvVIH ayant participé aux discussions de groupe en 2006-2007

Sites et composition des groupes de discussion	Hommes	Femmes	Total
Association ALAVI, groupe de femmes	0	9	9
Association ALAVI, groupe des hommes	7	0	7
Association Vie Positive, groupe mixte	6	6	12
Total	13	15	28

Annexes 4-3 : Promoteurs et revendeurs de médicaments

Tableau 1 : Profils des vendeurs et promoteurs de médicaments rencontrés

Médicaments vendus	Age (années)	Sexe	Niveau d'instruction	Statut matrimonial	Pseudonyme
Médicaments de la rue	17	M	Ecole coranique	Célibataire	Assane
	20	M	CE1	Célibataire	Ismaël
	20	M	Non alphabétisé	Célibataire	Bernard
	21	M	Non alphabétisé	Célibataire	Karim
	23	M	Ecole coranique	Célibataire	Kader
« Secrets de femmes »	46	F	CM2	Mariée/ pasteur	Angèle
	45	F	4è	Mariée ; nigérienne à nigérien	Amina
	30	F	3è	Fille-mère, 1 enfant	Batogoma
	25	F	3è	Mariée à un commerçant, pas d'enfant	Kady
	29	F	5è	Fille-mère, 1 enfant	Astou*
Produits chinois					Astou *
	30	M	CM2	Marié	Kiima

* Astou est à la fois vendeuse de produits chinois et vendeuse de « secret de femmes ».

Autres personnes rencontrées autour de la discussion sur le médicament :

- 2 pharmaciennes établies dans leur pharmacie en ville
- 1 pharmacien stagiaire
- 1 pharmacien intervenant au Centre d'Education et d'information sur le Médicament (CEDIM).

ANNEXES 5 : COMPOSITION DES MÉNAGES

Annexes 5-1 « Chez Marie » au secteur 3.

Composition des habitations de « chez Marie »

Parcelle	Ménage (de)	Liens au bailleur	statut	chef ménage sexe	Adulte nbre et sexe	enfants nombre et sexe	Autreper s.	total pers.
Quart 1	Héritier 1	lui-même	Bailleur	M	1H + 1F	1g.15ans 1f.6ans	1 nièce au mari : 17 ans	5
"	Commerçt n° 1	Aucun	Locataire	M	2H	0	0	2
"	Commerçt n° 2	Aucun	Locataire	M	2H	0	0	2
	Commerçt n° 2	aucun	locataire	M	2h	0	à	2
S/T quart 1								11
Quart 2	Héritier 2	Lui-même	Bailleur	M	1H + 1F	1g.14ans 1f.10ans 1f.2ans		5
"	convoyeur	Aucun	Locataire	M	1H	0	0	1
"	Etudiant	Neveu	Locataire	M	1H	0	0	1
"	Epouse « Italien »	Parenté éloignée	locataire	F	1F	2g.10&4ans 2f.7&2ans	0	5
S/T quart 2								12
Quart 3	La mère	Mère & fils	Au compte du fils	F	2f. belle mere & belle fille	2g.18&9ans 2f.13&2ans	0	6
S/T quart 3								6

Quart 4	Fils non héritier	Parente	Frère	M	1h + 1f (mari & femme)	3G. 2x3ans & 7 mois	1f. nou-nou	6
"	Gardien	aucun	locataire	M	1h + 1f (mari & femme)	1f.3ans	0	3
"	infirmière	Aucun	Locataire	F	1	0	0	1
	Etudiante	Niece de l'héritier 2	Niece	F	1F. 24 ans	1F. 3 ans	0	2
S/T quart 4								12
Total								41

ANNEXES 5-2 « CHEZ DAMIEN » AU SECTEUR 28.

Composition des habitations de « chez Damien »

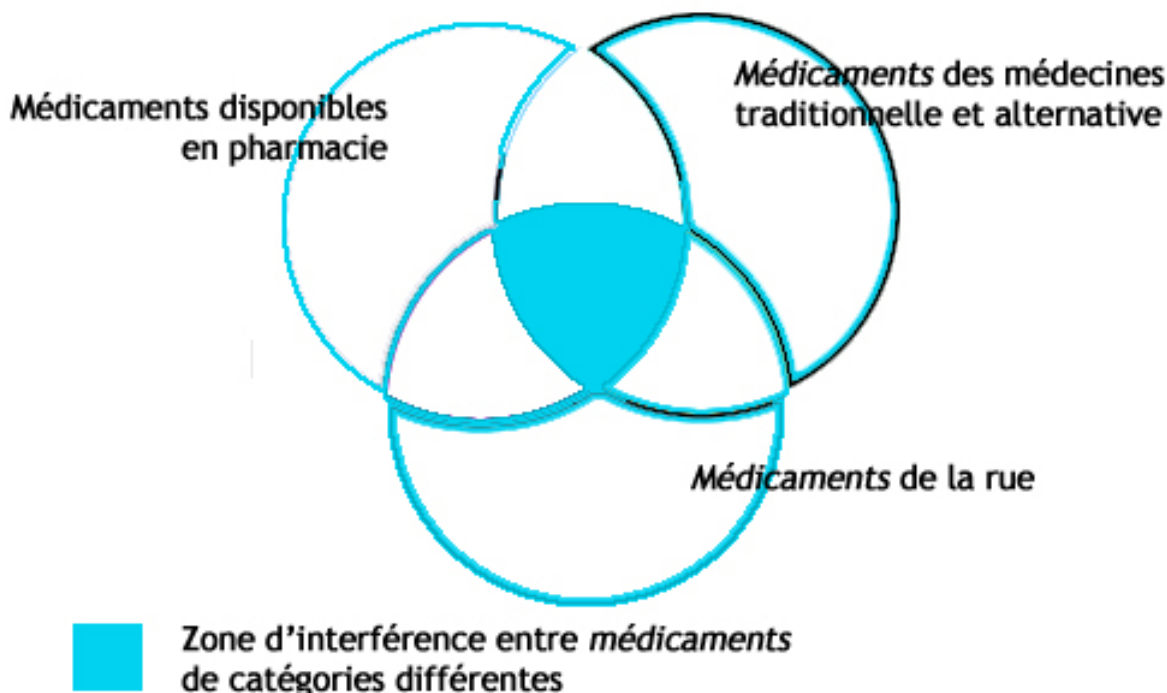
Habitations	ménage (de)	liens au bailleur	statut	chef ménage sexe	Adulte nbre et sexe	enfants nombre et sexe	autres pers.	total pers.
Habitation 1	Le journaliste	Aucun	Locataire	H	1 H 35 ans + 1 F 31 ans	1 F. 10 mois	1 F employée	4
Habitation 2	Damien	Aucun	locataire	M	1 H 36 ans + 1 F 28	1 G : 16 mois 0	0	3
Habitation 3	« Le malien »	Aucun	Locataire	M	1 H 52 ans + 2 F de 40 & 38 ans	4 G. 12-2 ans + 3 F 10-1 ans	1 F employée	11
Habitation 4	Le cheminot	Aucun	Locataire	M	1 H 51 ans + 1 F 36 ans	3 G 15-4 ans + 1F 14 ans	1 G chercheur d'emploi	7
Habitation 5	« Commandant »	Aucun	Locataire	M	1 H 45 ans + 1 F 38 ans	2 F 4 & 2 ans	0	4
Habitation 5	Etudiant en géographie	Aucun	Locataire	M	1 H ; 28 ans	0	0	1
Habitation 6	Ex-étudiant en droit	Aucun	Locataire	M	1 H 32 ans + 1 F 24 ans	1 F 8 mois	0	3
Total								33

ANNEXES 5-3 « CHEZ ABLASSÉ » AU SECTEUR 15

Composition des habitations « chez Ablassé »

Habitations	Ménage (de)	statut	chef ménage sexe	adulte nombre / sexe	enfants nombre et sexe	Autre pers.	total pers.
Habitation 1	Ablassé	propriétaire	M	1 H 46 ans+ 1 F 35 ans	2 G. 11 & 7 ans	1 F employée	5
Habitation 2	Mère de Ablasse		F	1 F de 76 ans	0	2 F de 18 & 15 ans	3
Habitation 3	Sœur 1 de Ablassé		F	1 F de 48 ans	1 G de 25 ans et 4 F de 23-18ans	0	6
Habitation 4	Sœur 2 de Ablassé		F	1 F de 42 ans	1 F de 14 ans	0	2
Habitation 5	Frère de Ablassé		M	1 H + 1 F		0	2
Total							18

ANNEXE 6 : MÉDICAMENTS À OUAGADOUGOU, DES CATÉGORIES AUX FRONTIÈRES POREUSES (VOIR SCAN.)



ANNEXES 7 : LES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS

Annexe 7.1- Répartition des officines

Tableau de répartition des officines par ville

VILLE	NOMBRE D'OFFICINE	POURCENTAGE
Banfora	3	1,81
Bobo-Dioulasso	35	21,08
Boromo	1	0,60
Dano	1	0,60
Dédougou	2	1,20
Dori	1	0,60
Fada	2	1,20
Gaoua	1	0,60
Kaya	2	1,20
Kombissiri	1	0,60
Koudougou	4	2,41
Koupéla	1	0,60
Ouagadougou	105	63,25
Ouayigouya	3	1,81
Tenkodogo	3	1,81
Yako	1	0,60
TOTAL	166	100,00

(Source : Nanga & Zouré, 2009 : p. 28)

Au Burkina Faso, il y a 1 officine pharmaceutique pour 89 757 habitants. À Ouagadougou, ce ratio passe à 1 officine pour 11 254 habitants. En France, il y avait 1 officine pour 2 717 habitants au 1er janvier 2008. Ouagadougou et Bobo-Dioulasso concentrent à elles seules 84,33 % des officines du Burkina Faso alors que 72 % des pharmaciens (toutes catégories confondues) exercent dans ces 2 villes. Il y a une mauvaise répartition des officines. Les 2 grandes villes sont pratiquement saturées alors qu'il y a des localités importantes qui en manquent.

Annexe 7-2. Répartition des grossistes répartiteurs

Représentation des grossistes-répartiteurs sur le territoire du Burkina Faso

STRUCTURE	LOCALITE
CAMEG	Bobo-Dioulasso Fada N'gourma Ouagadougou Ouahigouya
LABOREX	Bobo-Dioulasso Ouagadougou
COPHADIS	Bobo-Dioulasso Ouagadougou
PHARMA PLUS	Ouagadougou
ISDA	Ouagadougou
FASO GALIEN	Ouagadougou
DPBF	Bobo-Dioulasso Ouagadougou
MULTI-M	Bobo-Dioulasso
COPHARMED	Ouagadougou

(Source : Nanga & Zouré, 2009 : p. 28)

Annexe 7-3 : Liste des médicaments par famille pharmacothérapeutique

Voir références bibliographiques, (MS, 2004 : pp. XV-XXVI).

Annexe 7-4 : Inventaire des médicaments de la rue

Annexes 7-4-1 : Les médicaments de la rue inventoriés pour le traitement de maladies

Classe thérapeutique	Identification du médicament	Indication/Vendeur	Posologie/ Adulte	Présentation	Prix
Anti-infectieux (plaies)	Ampicilin et Amoxicilin	Trt plaies : même si c'est à l'intérieur comme les ulcères d'estomac, <i>punodre</i>	2matin, 2soir. Trt= 1 plaquette de 10 cp	Plaquette de 10 cp	200F
	Penicilin	Trt plaies	Au besoin	Pommade (tube de 20gr)	300F
	TAO EMCAP (Paracétamol tablets)	Trt plaies	2cp/matin, 2soir. Plaie ext. : ouvrir capsule&appliqu eproduit sur plaie. Trt : 5jrs	Capsule (plq de 10 cp)	25F/ Capsul
	Regéné	Cicatrisation plaies.	Externe : écraser et appliqué sur la plaie. Interne : avaler	Plaquette de 10 cp	25F/ cp
Yeux	Tetracycline localement appelé <i>nif tîm</i> (Médic. Yeux)	Trt yeux Guérit douleurs yeux, les <i>ninpuudu</i> (<i>pue, croutes aux yeux</i>)	Appliquer 4 fois sur les yeux, et fin du traitement	Pommade (tube de 25gr)	200F/ tube
Maladies génitales	Paracure (Paracétamol appelé paraglove)	Traitement « chaude pisse » <i>sopisse</i> et bilharziose <i>ruudsenga</i>	2matin, 2soir. Trt= 10caps., donc 5 jours.	Capsule	---
Maladies gastriques	Toupaille	Trt plaies ; maux de ventre, <i>pu zabr</i> ; peste de la volaille, <i>no kuum</i> .	Maux de ventre sans diarrhée, <i>puzab koeenga</i> : 2gél. matin, 2soir pdt 2 jours	Gélule	25F/2 capsules
	« Toupaille peelga » ou toupaille blanc	Trt ventre, <i>pu zabr</i> ; et plaies	---	Gélule	25F/1 capsule
	Coltab rhum	Trt ulcères d'estomac <i>punodre</i>	2 cp matin et soir et c'est tout	Plaquete 10cp	100f/4 cp

Paludisme	Nivaquine	Traitement du « palu »	2cp/matin, 2soir	Plaquete 10cp	25F/2cp
	Nirupquin 100mg, (Nivaquine plaquette)	Traitement du «palu»	3/jr pendant 3jrs	Plaquete 10cp	100F/plq de 10cp
	Quinnox 250 mg, (appelé Chloroquine)	Traitement du palu	2 matin, 2 soir	Plaquete 10cp	200f/plq de 10cp
	Vital's chloroquine	Traitement du «palu»	- - -	Plaquete 10cp	200f/plq de 10cp
	Malequine	Traitement du «palu»	- - -	Plaquete 10cp	200f/plq de 10cp
	Dr Ben	Traitement du «palu»	2cp matin et soir pendant 5 jours. Trt = 10 cp	Plaquete 10cp	200f
	Aspirin	Traitement du «palu»	2cp/matin, 2/soir	Plaquete 10cp	200F/ plq
	Mera Caf ou « palutîm »	Traitement du «palu»	2cp/matin, 2soir	Plaquete 10cp	800F/ plq
	Daga contre le «palu»	Traitement du «palu»	2cp/matin, 2soir et fin de trt	Plaquete 4cp	100F/ 4cp
	Drastin plus localement appelé <i>epice</i>	Maux de tête	1cp/matin, 1 soir	Plaquete 6cp	100F/ 6cp
	Sudrek, appelé 2 couleurs	Traitement du «palu» et maux de tête	2cp :matin, 2soir ; Trt : 3jrs	Plaquete 10cp	300F/ plq
	Medic-55	Traitement du «palu» et céphalées	2cp/matin, 2soir ; Trt : 3jrs	Plaquete 12cp	400F/plq
	Sodrek 500mg ;	Traitement du «palu» Origine:Betamed intern FZE (Dubai)	2cp matin et soir	Plaquete 10cp	1 000F/plq
	Amodiaquine Hydrochloride 3 tablets	Traitement du «palu» origine : Inde ;présentation :plus puissant trt contre attaque palustre récidivant	1cp/jr pdt 3 jrs	Plaquete 3cp	300F/ 3cp
	Gomaxine (sulfadoxine & pyriméthine)	Traitement du «palu» produit par Richy Gold International LTD, Lagos, Nigeria	1cp/jr pdt 3 jrs (3 tablets)	Plaquete 3cp	300F/ cure de 3 cp
	Traitement du «palu» Kwik Action ; sinus --*pain, symptoms of cold, made by KINAPHARMA Limited, North industrial area, Ghana	1cp/jr pdt 4jrs	Plaquette 4 cp	150F/ cure de 4 cp.	
Antalgiques	Intracam 20, <i>Pouyteng wagdré</i> ou « le voleur de Pouytenga » ; zone réputée pour contrebande	Maux de dos, d'articulation... Actif dès la première prise Trt maux de reins, <i>Seeg sen zabde</i> , pour les douleurs articulaires <i>sugudsan</i> ; contre la fatigue, <i>yaamse</i>	2cp/matin, 2soir	Plaquette 10cp	150F/ plq
	« pugnang tod balle »	Douleurs des reins : « pugnang tod balle » traduction du moore au français : (la vieille dame qui joue au football)	3cp/matin 3soir Trt : 3 jrs	Tube contenant des cp en vrac	25f/3 cp
	<i>Quat</i> ou le <i>quatorze</i> ou encore <i>bleu bleu</i>	- Pris le jour par les ouvriers, agriculteurs et autres métiers d'endurance pour travailler et ne pas se fatiguer -Utilisé la nuit par gardiens pour rester éveillés	2cp/matin NB/	Plaquette de 10cp	50F/ cp
	Ibuprofen 400	Contre les courbatures	1cp/matin, 1soir	Plaquette de 10cp	200F/ 10 cp
	Ibumol	Fatigue générale	1cp/matin, 1soir	Plaquette de 10cp	200F/ 10 cp

	Diclofénac	Fatigue générale	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp é	200F/ 10 cp
	Ace « jasprin 300»	Rhum, toux, maux de tête et du cou	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	400F/ 20 cp
	Ebecap 'Ibrocap	Courbatures	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	200F/ 10cp
	Hifen-400 « Ibuprofen »	Articulations	---	Plaquette de 10cp	200F/ 10cp
	ESEFEN 400	Maux de tête, de dos, de jambes	---	Plaquette de 10cp	200F/ 10cp
	Rombjon	Trt douleurs articulaires Présentation d'une personne ployée sur l'effet de la douleur	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	200F/ 10cp
	Felvita	Trt douleurs articulaires	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	200F/ boîte 10cp
	Ortho	Trt douleurs Cœur, dos, jambe, tête, rein	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	400F/ 12 cp
	Indunxtra « ibuprofen »	Traitement douleurs articulaires	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	200F/10cp
	« sebeela »	Traitement des maux de reins	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 10cp	
Appareil respiratoire (Rhum, toux, douleurs articulaires avec ou sans -céphalées	Bandaora n°1 et n°2	Douleurs à la tête, au dos, aux reins, le «palu», la fatigue	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 4cp	200F/10cp
	Misigrip » appelé Mixacrip	Traitement des douleurs articulaires, rhum, toux	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 4cp	150F/4cp
	Bernal 500	Traitement de la fatigue et des douleurs articulaires	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 4cp	200F/1cp
	BNS 500, appelé paracétamol	Traitement des maux de tête	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 4cp	100F/12cp
	Mixtab	Traitement de rhum et maux de tête	2cp/matin, 2soir	Plaquette de 4cp	100F/4cp
	Laiïla (exclamation en moore)	Traitement de la toux	1sachet/matin matin, 1soir une fois	Poudre à diluer dans 1verre d'eau chaude	100F/ sachet
	Colza	Traitement de rhum, maux de tête	Une seule prise suffit	Poudre	100F/ 1prise
	Dyclosa 50	Douleurs articulaires localement appelé dyclofenac 2ème	2cp/matin, 2soir	Plaquette 10cp	200F/ 10cp
	Letamol	Trt douleurs et fièvre (paracétamol)	2cp/matin, 2soir	Plaquette 10cp	50F/ 10cp
	Axagdan	Traitement des maux de dents	2cp/matin, 2soir	Plaquette 10cp	200F/ 10cp
Tractus digestif (Maux de ventre)	Vintronil, appelé « pugatiim » ou médicament du ventre	Traitement des maux de ventre avec diarrhée	2cp/matin, 2soir (idem enfants)	Plaquette 10cp	100F/ 10cp
	Stomach-	Traitement des maux de ventre sans diarrhée	2cp/matin, 2soir	Plaquette 10cp	200F/ 30cp
	Diastopper	Traitement des maux de ventre sans diarrhée	2cp au besoin		200F/ 10cp
	<i>Koko beela</i>	Traitement du <i>koko</i> appellation local d'une maladie aux signes associés aux hémorroïdes	2cp/matin, 2soir Trt : 15 jr	Plaquette 10cp	25F/ 2cp
	« Alox » appelé <i>pug kweeng tiim</i>	Maux de ventre sans diarrhée	2cp à sucer matin et soir	Plaquette 10cp	200F/ 10cp
	Métronidazole appelé « flagyl »	Maux de ventre et la diarrhée NB : Péremption : déc 06 : donc déjà périmé au moment de l'enquête en 2007)	2 matin/2soir pdt 5 jours	Plaquette 10cp	200F/ 2plq
	Worcure et supra Meb « flagyl » (Péremption juin 2008)	Contre les vers	2cp/matin/ 2soir après les repas pdt 3jrs	Plaquette 10cp	200F/trt adulte 100f/trt enft

Cardiovasculaires	Royal	Maux de cœur	2cp/matin, 2soir	Plaquette 10cp	400F/2plq de 10cp
Diurétique	« EF » appelé <i>rudum fîm</i> « médicament pour les reins qui mordillent », ou calcul rénaux	La prise de ce produit permet aux personnes qui n'arrivent plus à uriner de la faire ; selon le vendeur, « Quelquefois les gens boivent de la mauvaise eau qui leur fait mal et les empêche d'uriner. S'ils prennent ce produit, ils urinent.	---	Comprimés	---
Vitamines et sels minéraux	Solotone ou <i>vitamine peelga</i> (vitamine blanc)	Pour grossir ; prise de poids en 15 jours ; sinon, abandonner	1 cp/jr (posologie du vendeur). Acteur de la prise : la femme	Boite de 3 plaquettes de 10 cp	750F/trt (3 plq de 10 cp)
	Rectone : <i>yiligda yiingan</i>	Pour grossir ; également utilisé dans le traitement de l'asthme. Autre effet : fait briller la peau mais ne fait pas grossir on dort beaucoup et on a bonne	2 matin, 2 soir pdt 15 jrs Acteur de la prise : la femme	Boite de 36 cp	750F/boite
	Super Pepti : « super appétit »	Pour grossir	2matin, 2soir pendant 10 jours. Acteur de la prise : la femme	Comprimé (plq de 10cp)	200F/2plq
	Périactine	Pour grossir	5 plq de 10cp = trt	Plaquette de 10cp	500F/trt
	Falvitone	Fait briller la peau et donne la force ---	3plq de 10cp Trt : 15 jrs Acteur de la prise :femme	Plaquette de 10cp	1 000F/3plq
	Duga+2000 : <i>Paga ni rawa</i>	Vitamine pour le sport	2cp/matin ; 2soir. 3plq/ 15 jrs trt.	Plaquette de 10cp	500F/3plq
	<i>Chinoiba vitamin</i> ou vit. Des chinois ; remontant gensing	Remontant ; disparition de la fatigue, embellissement de la peau, augmentation du tonus : <i>yiligda yiinga</i>	1 ampoule matin et soir	Etui/10 amp. buvables	2 500F/5jrs trt
	<i>ziim fîm</i> ou médicament du sang	Vitamine pour augmenter la quantité de sang dans le corps	1cp/matin ; 1 cp/soir	Plaquette de 10cp	1000F

NB : Aux produits listés sur ce tableau, il convient d'ajouter 16 stimulants sexuels et des produits de modélisation du corps que nous avons recensé plus loin (Annexes 9), par souci de concision, dans une autres groupe de produits : les aphrodisiaques.

Annexe 7-5 : Présentation de la société Lifelong/Burkina et de ses produits

Lifelong international est un cabinet américain de phytothérapie et de conseils diététiques. Il propose des «produits à base de plantes 100 % naturels» pour le traitement. La succursale locale du Burkina Faso a été mise en place en 2000 par un non-spécialiste de la santé par négociation avec la délégation régionale localisée en Côte d'Ivoire, dans le but de contribuer à la santé de la population. Le même souci de rendre d'abord service aux populations avant de chercher la rentabilité conduira à la mise en place d'une équipe de diagnostic et de soins pour l'accompagnement des patients s'intéressant aux produits lifelong. Le personnel soignant est recruté parmi les spécialistes de la santé et payé en conséquence. En 2004, une visite des responsables de «Lifelong» siège et de la représentation régionale d'Abidjan abouti à la reconnaissance des performances de Lifelong Burkina. C'est ainsi qu'elle obtient le ce qui le monopole de la distribution des produits «lifelong» dans tout le pays. Depuis lors, Lifelong Burkina s'est doté de nouveaux locaux et même d'un nouvel équipement (En plus de l'appareil de photographie de l'iris et de l'ordinateur, Un lazer doux pour le traitement des fibromes, kystes et un hydrocolon d'origine allemande).

Domaine d'intervention de Lifelong.

La logique de traitement Lifelong s'inspire de la «naturopathie». L'on peut lire ceci sur la brochure de présentation des produits: «Lifelong a la vocation de soigner uniquement par les plantes» ainsi que: Lifelong «la santé par les plantes», «la santé en premier». Est néanmoins associé à ces produits naturels, la technique de diagnostic par iridologie et l'utilisation d'appareils de diagnostic et de traitement d'inspiration allopathique. Le principe du traitement est de rétablir un équilibre (perdu) au niveau des organes d'éliminations des déchets encore appelés émonctoires. L'émonctoire est l'organe d'élimination des déchets du corps (reins, intestins, poumons, peau, l'appareil digestif et notamment le colon ...). Les pathologies soignées sont :

- La constipation
- La prostate
- Les infections urinaires
- L'impuissance sexuelle,
- Les maladies des femmes (règles douloureuses, fibromes, kystes, stérilité, ménopause)
- Le diabète,
- L'hypertension artérielle

Le matériel :

L'appareil de consultation par iridologie (appareil de visualisation et de photographie de l'iris, ordinateur),

Laser doux pour le traitement des fibromes et kystes,

Un Hydro colon (appareil de lavement du colon) d'origine allemande. Il est utilisé à l'étape de drainage des émonctoires pour les patients souffrant de difficultés d'élimination des selles (constipation).

Consultations, diagnostic et traitement :

Dr Michel, un blanc, français, médecin militaire à la retraite, ayant suivi 2 ans de formation en naturopathie en Allemagne puis en Floride aux USA. Il pense que les médecines allogène et alternative doivent être complémentaires plutôt qu'opposées car toutes les deux visent le même objectif qui est le bien-être du corps humain.

Le diagnostic par iridologie : Méthode de diagnostic par observation de l'iris

Le diagnostic par iridologie commence par la photographie de l'iris de l'œil. Ensuite, cette image de l'iris est analysée sur ordinateur pour identifier les dysfonctionnements du corps. Le but de cette manipulation est l'identification de l'émonctoire défaillant dans l'organisme. L'émonctoire est l'organe d'élimination des déchets du corps (reins, intestins, poumons, peau, l'appareil digestif et notamment le colon ...). L'ordinateur divise l'iris en quatre parties. La lecture de l'état des émonctoires du corps se fait à partir des trames qui se dégagent de ces parties de l'iris.

Traitement: les 3 étapes de la naturopathie :

*Étape 1: Drainage de l'ensemble des émonctoires

*Étape 2, Revitalisation des émonctoires

*Étape 3, Stabilisation des émonctoires

À toutes les 3 étapes sont associées l'utilisation de produits naturels. La première étape détermine les autres car c'est là que l'émonctoire défaillant est identifié. Une fois que cet émonctoire est nettoyé, le traitement par les produits à base de plantes peut commencer.

Les produits Lifelong

Produit	Indication	Présentation
Red	Contre les tumeurs et le cancer	Comprimé
Cholestérol	Pour la régularisation du taux de cholestérol	Comprimé
Flora colon	Pour rétablir la flore intestinale	Capsule
Ciga stop	Pour arrêter de fumer	Comprimé
SIB (Super Immune Booster)	Pour fortifier le système immunitaire (VIH)	Comprimé
Asthma	pour les asthmatiques	Comprimé

Asthma oil	pour les bronchospasmes	Goutte
Cat's claw	Bon pour l'utérus polymyomateux	Comprimé
Chromium picolinate	pour le diabète	Comprimé
Cranberry	Pour rétablir le fonctionnement rénal	Comprimé
Flora va	pour les fibromes, kystes ovariens	Ovule vaginale
Kava kava	pour la dépression	Comprimé
Magnésium potassium	pour les crampes et l'hypertension	Comprimé
Multivitamine	stimule l'appétit et maintient la santé	Comprimé
Red rasberry	empêche les fausses couches	Comprimé
Sinese-floo	pour la sinusite, le rhum	Comprimé
St John's wort	pour l'insomnie et l'anxiété	Comprimé
Vitamine C	aide à l'absorption du fer pour le métabolisme des globules blancs	Comprimé
Magic hair	pour éviter la chute des cheveux	Comprimé
Goldenlife	antibiotique naturel contre les infections et les maladies inflammatoires,	Comprimé
Herbspray	contre la toux et la mauvaise haleine	Comprimé
Aloe vera jus Ulcer	pour les hémorroïdes et l'ulcère	Jus
Herbcalm	pour réduire les crampes, les névrites et les douleurs	Comprimé
Strong	Pour la faiblesse sexuelle, pour la virilité	Comprimé
Flexo	Pour le rhumatisme, la drépanocytose, les douleurs des jambes et les lombalgies	Comprimé
Anti migrain	Réduit les migraines, maux de tête	Comprimé
Eyebright	Bon pour la mémoire et la circulation dans les vaisseaux et les artères	Comprimé
Gain Power	Pour gagner du poids et augmenter le volume des seins	Comprimé
Glandular	Brûle graisse, nourrit les glandes	Comprimé
Live	31-Panca: fortifie le pancréas pour sécréter l'insuline	Comprimé
Uric	Régularise l'acide urique dans le sang	Comprimé
Hear plus	Régularise, renforce, ralentit le rythme cardiaque pour la tension	Comprimé
Vigueur	pour la faiblesse sexuelle	Sirop
Slim wrap	Pour réduire la graisse par centimètre sur les parties du corps souhaitées	Bain, savon et bandage
pleasure	Pour l'éjaculation précoce	Comprimé
Prostapower	Pour fortifier la glande prostatique	Comprimé
Damiana	Pour la stérilité et la fertilité, la frigidité	Comprimé
Folic acid	Fer pour l'anémie, pour les femmes enceintes	Comprimé
Varice	Pour l'insuffisance veineuse, les varices	Comprimé
Pure calcium	Riche en vitamine D, aide à la prévention de l'arthrose, l'ostéoporose	Comprimé
Isolady PMS	Pour les douleurs et problèmes de menstruation	Comprimé
Isolady ménopause	Pour réduire les symptômes de la ménopause	Comprimé
Floo palumal	Lutte contre le paludisme,	Comprimé
Herbpower	Antioxydant contre les radicaux libres, nettoie le sang, donne	Comprimé

	de l'énergie	
Trimmer	Coupe la faim, pour contrôler l'appétit	Comprimé
Laxity	Pour la constipation	Comprimé
Pure colon	Pour les ballonnements et les gaz	Comprimé
WW	Un déparasitant contre les parasites et les vers intestinaux	Comprimé
Carlic et Onion	Purifie le sang, bon pour la pression artérielle	Comprimé
Fibra	Pour lutter contre le cancer en assurant au corps des fibres et la vitamine K	Comprimé
Link digest	Pour les symptômes de l'indigestion, les gaz, les brûlures, l'hyperacidité gastrique	Comprimé
Trim-NITE	Pour réduire le ventre	Thé

Reconnaissance :

L'on peut lire en bas de la brochure: «Tous ces produits sont approuvés par la F.D.A.G.R.A.S. LIST (Generally recognised as safe)».

Annexe 7-6 : Présentation des produits de Naturalia NHi 2T

Produits Naturalia NHi 2T

Produit	Indication
Immubooost	Stimulant de l'organisme ; Mélange de 2 champignons chinois dont le Shitake ; particulièrement indiqué pour les organismes immuno-déficitaires
Maetake Complex	Complexe vitaminé
Symace	Produit de prise en charge du patient VIH+ pour bloquer l'évolution du virus et retarder la phase symptomatique
Stimulsy	Faiblesse de la fertilité masculine
Cohosh noir	Trouble de la ménopause, règles douloureuses
Menaupsy	Atténuation des effets de la ménopause sur le corps
Chardon de Marie	Hépatite B
Co-enzyme Q10	Immunostimulant et anti-oxydant
Beta carotène	Précurseur de la vitamine A
Vitamine C	Croissance, cicatrisation, résistance aux infections, formation des os
Vitamine E	Retarde le vieillissement, oxygène le sang, nourrit les cellules, renforce les parois capillaires, protège les globules rouges, prévient et dissout les Cailloux de sang, prévient la stérilité, la dystrophie musculaire, les dépôts de calcium sur les parois sanguines et au niveau du cœur, réduit les effets néfastes des radicaux libres sur le cholestérol et les triglycérides.
Selenium	Protège les membranes cellulaires et prévient la prolifération des radicaux libres, réduit les risques de cancers et de maladies cardiaques et vaisseaux sanguins
Zinc	Vital pour le développement des organes reproductifs, les fonctions de la prostate et l'activité des hormones mâles pour la synthèse des protéines. Aide à la cicatrisation des plaies et à la digestion, essentiel pour la synthèse de l'ADN.
N-Acetyl cystéine	Acide amine antioxydant, augmente le taux de glutathion produit par l'organisme et dont le taux diminue sous l'effet du stress oxydatif particulièrement chez les personnes immunodéprimées (VIH/SIDA, cancer etc...)
Glutation (GSH)	Permet d'enrayer les dommages radicalaires dans tous les types de tissus d'où l'importance du glutathion pour lutter contre l'infection à VIH
Vitamine B	Reconnu comme des coenzymes et essentielle pour faciliter les processus métaboliques de toute vie animale.
Vitamine B1	Essentiel pour le métabolisme des aliments et la production d'énergie pour les fonctions cellulaires, le fonctionnement normal du système nerveux des muscles et du cœur.

Vitamine B2	Essentiel pour le métabolisme des aliments et la production d'énergie pour les fonctions cellulaires, pour le métabolisme des protéines et des lipides, aide dans la production d'anticorps et des globules rouge, soutien la respiration cellulaire.
Vitamine B3	Essentiel pour le métabolisme des aliments et la production d'énergie pour les fonctions cellulaires ainsi que la synthèse des acides gras et stéroïdes. Vital pour le transport de l'oxygène dans le sang, améliore la circulation et la réduction du taux de cholestérol.
Vitamine B5	Vital pour la biosynthèse des hormones et le soutien des glandes surrénales, métabolisme des glucides, lipides, protéines et la production d'énergie. Améliore la résistance de l'organisme au stress
Vitamine B6	Impliqué dans le métabolisme des aliment et la production d'énergie. Essentiel pour le métabolisme des acides aminés et la formation de protéines dans le sang et des anticorps. Aide à réguler l'équilibre électrolytique, la production des globules rouges, au bon fonctionnement du système nerveux et hormonal. Nécessaire pour une bonne utilisation d magnésium par les cellules. Aide dans l'élimination de l'excès des fluides pré-menstruels chez la femme
Vitamine B12	Essentiel pour la production et la régénération des globules rouges et la prévention de l'anémie. Nécessaire pour le métabolisme des lipides, glucide, protéines et les fonctions neurologiques impliquées dans la production d'énergie et la maintenance des cellules épithéliales.
Acide Folique	Indispensable pour la synthèse de l'ADN et ARN qui est essentiel pour la formation des globules rouges par son action sur la moelle osseuse. Impliqué dans métabolisme des acides aminés.
Magnesium	Co-facteur nécessaire pour plus de 300 systèmes d'enzyme. Catalyseur essentiel pour le métabolisme des aliments et la production d'énergie. Co-facteur pour la formation de l'ARN/ADN. Régule l'activité neuromusculaire du cœur et la prévention des crampes musculaires. Indispensable pour le maintien d'un bon taux inter- cellulaire en potassium, sodium et calcium

ANNEXES 8 : LES PHARMACIES DOMESTIQUES

Annexe 8-0 : Six pharmacies domestiques

Ces 6 pharmacies ici présentées, associées aux quatre présentées dans le texte constituent la base de l'analyse. Les 20 autres décrites ci-dessous (des tableaux 11 à 30), sont données à titre comparatif

Tableau n°5 : Pharmacie de Rokia, 32 ans, mariée, revenus modestes, sans enfant, séropositive (voir partie « Les médicaments dans l'unité familiale » pour les quatre premières pharmacies).

Situation du besoin de médicament	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie médicament
Paludisme	Malarix	Traitement du paludisme	- Médecin associatif - Pharmaceutique
	Nivaquine	Traitement du paludisme	- Médecin associatif - Pharmaceutique
	Paracétamol	Antalgic	- Médecin associatif - Pharmaceutique
Infection à VIH	Stocrin	ARV	- Médecin associatif - Pharmaceutique
	Epivir		
	Zérit		
	Produit traditionnel (poudre)	Traitement des symptômes de l'infection à VIH	- Thérapeute tradi. - MT
TOTAL	7 médicaments		- 1 MT - 6 Méd pharma

Tableau 6 : pharmacie familiale de « vieux Jean », 62 ans, retraité, famille nombreuse

Situation du besoin de médicament	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie médicament
Paludisme <i>Yiing zal zal</i> (méforme)	Nivaquine	Traitement du paludisme	- Lui-même - Méd rue
	Quinine sulfate 300mg		- Lui-même - Pharmaceutique
	Parcétamol		- Lui-même - Pharmaceutique
	Diclofénac	Maux de reins	- Lui-même - Pharmaceutique
TOTAL	4 médicaments		- 1 Méd rue/Palu - 3 Méd Pharma/Palu

Tableau 7 : Pharmacie d'Aziz, 26 ans, comptable, fiancé et père d'un nouveau-né.

Indications données par Aziz	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie médicament
Toux <i>Yiing zal zal</i> (méforme)	Paracétamol	Traitement de la toux	- Lui-même - Méd rue
	Choroquine	Idem	- Lui-même - Méd rue
Maux d'yeux	Tétracycline hydrochloride	Traitement des yeux	- CSPS - Pharmaceutique
Plaies et autres infections	Bétadine	Traitement des plaies	- Lui-même - Pharmaceutique
Produits de la pharmacopée pour soins aux bébés	Association d'écorces et de feuilles de plantes suivantes/ noms en <i>moore</i> : <i>Goıntabdo, Capromani Girnamde, Younakilaï, Tikoyenga</i>	Traitement contre le mal de nombril et qui favorise la croissance des os du bébé.	- Indications vendeuses de gnamdé - MT
TOTAL	5 médicaments		- 1 MT - 2 Méd rue/Palu - 2 Méd Pharma

Tableau 8 : Pharmacie de Filomène, 47 ans, une mère de famille divorcée et déflatée

Indications données par Filomène	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie de médicament
Amygdales	Avant : Bacitracine cp à sucer puis Solutricine cp mais abandonnés par manque de moyens	Antibiotiques / Calmants pour la gorge	- Médecin - Pharmaceutique
	Thyroticine	Gargarisme	- Médecin - Pharmaceutique
	Amoxicilline	antibiotique	- Elle-même - Pharmaceutique
	Nettoyage (raclage) de la gorge		- Elle-même
	Potasse	Elle-même	- Elle-même - MT
Paludisme	Nivaquine® cp.	Traitement du paludisme	- Elle-même - Pharmaceutique
	Chloroquine cp.	Idem	- Elle-même - Pharmaceutique

	Paracétamol cp.	antalgique	- Elle-même - Pharmaceutique
Maux de ventre	Parégorique	Calmant	- Elle-même - Pharmaceutique
TOTAL	<i>7 médicaments</i>		- 1 MT - 6 Méd pharma (3méd/palu)

Tableau 9 : La pharmacie familiale de tante Guènèta

Indications selon Tantie Guènèta	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie
Arthrites	Diclophénol®		- Dispensaire - Pharmaceutique
	Diclo Denk® cp 50mg		- Dispensaire - Pharmaceutique
Jambes lourdes	Ginkor® fort gel	Jambes lourdes	- Dispensaire - Pharmaceutique
Fatigue	Magné® B6 cp	Pour ne plus sentir la fatigue	- Dispensaire - Pharmaceutique
	Complex B1 B6 cp (générique)	Pour ne plus sentir la fatigue	- Dispensaire - Pharmaceutique
	Ibuprofen cp (générique)	Pour calmer les douleurs	- Elle-même - Méd rue
	Amphétamine <i>Pug yaang tood balle</i> en moore (Médicament de la rue)	Pour ne plus sentir les douleurs dans le corps	- Proposition vendeur - Méd rue
Traitement du paludisme	Paracétamol (Générique)	Antalgique	- Dispensaire et elle-même - Pharmaceutique
	Drastin « éléphant » ou <i>epice</i> (Médicament de la rue)	Antalgique et traitement du paludisme	- Elle-même - Méd rue
	Fansidar (médicament de la rue)	Traitement du paludisme	- Dispensaire - Méd rue
	Sulphadoxine pyréméthamine (générique)	Traitement du paludisme	- Dispensaire - Pharmaceutique
Hypertension artérielle (HTA)	Nisoldipine cp	Abaissement de la tension	- Dispensaire - Pharmaceutique
Total	<i>12 médicaments</i>		- 4 Méd rue - 8 Méd pharma

Tableau 10 : Pharmacie de Robert, 35 ans, marié et père de quatre enfants, tenancier d'un kiosque en vogue

Indication selon Paul André	Produit	Action attendue	Prescripteur / Catégorie médicament
Paludisme/ Famille <i>Yiing zal zal</i> / Famille	Paracétamol	Traitement du paludisme	- Lui-même - Méd rue
	Nivaquine/Camoquin		- CSPS/ Mère & enfants - Méd rue + Méd pharma
	Produits traditionnels		- MT
TOTAL	<i>04 médicaments</i> : 1MT ; 2Méd rue ; 1Méd Pharma		

Tableau11 : La Pharmacie familiale de Mme Sissao, une riche retraitée hypertendue de 74 ans

Indication selon Mme Sissao	Produits	Action attendue par produit	Prescripteur
Hyper-Tension artérielle	Amlor 5mg®	Régulation de la tension	médecin
	Lopril®	Régulation de la tension	Idem
	Nipcal 20mg®	Baisse d'une tension en hausse	Idem
Maux d'oreille (Calcification salivaire)	Polydexa®	Pour nettoyer	Idem
	Cerulyse gouttes®		Idem
	Ospen 1 000 000 ui	Antibiotique	Idem
	Baume Algésal®		Idem
	Diurimat cp®		Idem
	Cozarr 50mg®		Idem
	Aldactazine®		Idem
	Isoptine®		Idem
	Ribatran®	Antibiotique	Idem
	Paracétamol	calmant	Idem
Toux persistante	Pneumorel® 80mg	antibiotique	Idem
	Mucomyst® 200mg sachets	décongestionnant	Idem
Antipaludéens et méforme en général	Cotexin® 60mg	Traitement du paludisme	Idem
	Arsumax®	Idem	Idem
	Artéquin®		Idem
	Quinimax® injectable	Traitement du paludisme sévère	Idem
	Saye et Quinquelibat	Produits traditionnels pour le traitement du palu, en accompagnement des produits pharmaceutiques	Elle-même
Problèmes dermatologiques	Biodermine pommade®	Traitement des tâches colorées sur la peau	Médecin
	Pannogel 5% gel®	Idem	Idem
Maux de ventre	Parégorique cp	Calmant	Idem
	Polysilane®	Contre les brûlures d'estomac	Idem
	Bactox500mg® gélules	Idem	Idem
	Normogastryl cp®	Idem	Idem
	Carbophos®	Contre les ballonnements	Idem
Remontants	Bedelix® sachet 2g		Idem
	Nicalcium®		Idem
	Loroxyl® gouttes		Idem
	Hydrosol polyvitaminé®		Idem
Contre les allergies	Célestène®	Antihistaminique	Idem
Maux d'yeux	Tobrex®	Antibiotique pour les yeux	Idem
Contre les insomnies	Valium10mg®	Pour dormir	Idem
Des calmants	Ibuprofène	Pour calmer les douleurs musculaires et articulaires	Elle-même
	Paracétamol	Pour calmer tout état fébrile y compris douleurs articulaires et musculaires	
TOTAL	36 médicaments		

Tableau 12 : La pharmacie familiale de Mme Sya, une femme drépanocytaire aisée de 43 ans

Indications selon Mme Sya	Produit	Action	Prescripteur
Drépanocytose de Mme Sya	Duspatalin® 300mg	Boutons inflammatoires	Médecin
	Duspatalin® cp	Inconfort intestinal	Idem
	Ranferon®	Conte l'anémie	Idem
	Fèldène®	Douleurs articulaires	Idem
	PH8® 500mg	Comme aspirine	idem
	Surgam®	Maux de tête	idem
	Hydergine®	Anti-inflammatoire	idem
	Voltarène® LP	Anti-inflammatoire	idem
Rhume/angines Produits surtout utilisés par Mme que par le reste de la famille	Amoxicilline	Antibiotique pour tous	idem
	Polaramine®	Antihistaminique pour Mme	idem
	Collunovar® atomiseur	Pour la gorge (angine) de Mme	idem
	Chlorphénoramine	Traitement du rhum pour tous	idem
	Rhinurel® cp	Traitement du rhum de Mme	idem
	Théralène pectoral sirop®	Pour réduire l'écoulement nasal de Mme	idem
	Hélicidine® sirop adulte	décongestionnant	idem
	Hexaspray®	Traitement angine de Mme	idem
	Dazen®	Régulation sécrétions bronchiques de Mme	idem
	Polydexa®	Maux de la sphère ORL de Mme	idem
	Soframycine® spray	Angine des garçons (15 et 13 ans)	idem
	Locabiotal®	Angine de Monsieur	Lui-même
Maux de ventre	Viscéralgine® 50mg	Douleurs de Mme au ventre et au bas-ventre	idem
	Bédelix® sachets	Colopathie de Mme	idem
	Smecta®	Pansement gastrique de Mme	idem
Traitement du paludisme	Nivaquine®	Pour tous, en premiers soins	Madame
	Quinimax® inj.	En cas de crise sévère	Médecin
	Arthemeter® inj.	En substitution au Quinimax si besoin	Médecin
	Aspégic 500mg	Antalgique	Médecin
Autres	Tot'Hema	Remontant pour Mme	
	Poudre cutisan	Pour assèchement boutons de chaleur	Madame
TOTAL	29 médicaments		

Tableau 13 : Pharmacie de Lambert, 37 ans, démarcheur.

Situation du besoin de médicament	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme	Paracétamol	Antalgique	Lui-même
	Choroquine	Traitement du paludisme	Idem
	Nivaquine	Traitement du paludisme	Idem
TOTAL	3 médicaments		

Tableau 14: Pharmacie de Karim, 27 ans, instituteur, marié, un nourrisson de 6 mois

Indication selon Karim	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme (enfant)	Chloroquine sirop Amodiaquine sirop Paracétamol sirop	Traitement du paludisme chez l'enfant	
Infections (adulte)	Polaramine Gentamicine	Traitement des infections chez l'adulte	
Infection pulmonaire	Bitar	Traitement de l'infection pulmonaire	
Mycoses (enfant)	Nystatine sirop Nystatine comprimé	Traitement des mycoses chez l'enfant	
Toux (adulte)	Cotri Carbotoux Amoxicilline	Traitement de la toux chez l'adulte	
Amélioration de l'appétit (enfant)	Multivitamine sirop	Stimuler l'appétit chez l'enfant	
Pharmacie familiale	Pansement (compresse, bande, sparadrap)	Pour les pansements	
TOTAL	15 médicaments		

Tableau 15 : Pharmacie d'Oumarou, 28 ans, chômeur, asthmatique et hémorroïdaire (niveau terminal)

Indication d'Oumarou	Produit	Action attendue	Prescripteur
Asthme	Ventoline en association avec un produit de la pharmacopée traditionnelle	Traitement de l'Asthme	CSPS
Hémorroïde	Anti-Hemorrhoidal Daflan Métronidazole Motillum Mizolax Tinazol	Traitement des l'Hémorroïdes	CSPS
Maux d'yeux	Méthergin	Traitement de maux d'yeux	CSPS
Paludisme	Paracétamol Quinine	Traitement du paludisme	Lui-même
Douleurs <i>Yiinse zal zal</i> (méforme)	Amoxicilline Diclophénac Ibuprofène	Traitement des douleurs	Lui-même
Remontants	CaC1000 Arcalin 200	Remontant	Lui-même
Plaies buccales	Vitamine C	Traitement de plaies buccales	CSPS
TOTAL	18 médicaments		

Tableau 16 : Pharmacie de Perpétue, 31 ans, couturière

Indications selon Perpétue	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme	Chloroquine	Traitement du paludisme	
Troubles digestifs	Métosphasmyl gélule Parégorique comprimé Dusphatalin gélule Débridat sachet Charbon comprimé Métronidazole comprimé	Traitement des troubles digestifs	

	Motilium comprimé Mébendazole comprimé Spasfon ampoule		
Infections	Amoxicilline Cotri Erytromicine Zinnat Quaken Nifuroyazide Mupiderm Tétracycline	Traitement des infections	
Douleurs <i>Yiinse zal zal (méforme)</i> <i>Yiing wingre (corps chaud)</i>	Paracétamol Ibuprofène Solutred Aspégic sachet	Soulagement des douleurs	
Toux/rhume	Terpine codéine Polaramine Calytel	Traitement de la toux et du rhume	
Diagnostic de grossesse	BB test	Test de grossesse	
TOTAL	25 médicaments		

Tableau 17 : Pharmacie de Florence, 38 ans, restauratrice

Indication selon Florence	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme	Chloroquine ou Quinimax comprimé	Traitement du paludisme	Elle-même
TOTAL	01 médicament		

Tableau 18 : Pharmacie de Yacouba, 40 ans, agent commercial

Indication selon Yacouba	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme	Pradil/Fansidar	Traitement du paludisme	Lui-même
Hépatite	Hépar8	Traitement de l'hépatite	Père César
Maux de reins, genoux, articulations, inflammations des pieds et des plantes des pieds	Dagomba (racine de plante)	Traitement traditionnel des maux des articulations et des inflammations	Thérapeute traditionnel
TOTAL	03 médicaments		

Tableau 19 : Pharmacie d'Hubert, 22 ans, électricien

Indication d'Hubert	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme <i>Yiinse zal zal (méforme)</i>	Paracétamol Efferalgan Fansidar Combimal	Traitement d paludisme	Lui-même
Angine	<i>Fonsre tiim</i>	Traitement traditionnel de l'angine vendu au marché	Indication d'un voisin
TOTAL	05 médicaments		

Tableau 20 : Pharmacie d'Aminata, 23 ans, mère d'un nouveau-né, revenus modestes

Indication selon Aminata	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme (enfant) <i>Yiing wingre</i> (corps chaud)	Paracétamol sirop Amoxicilline sirop Ibuprofène sirop Paracétamol comprimé	Traitement du paludisme	PMI Elle-même
Circoncision (bébé) <i>Yiing wingre</i> (corps chaud)	Paracétamol Ibuprofène Alcool + Lame		CSPS
Dentition (bébé) <i>Yiing wingre</i> (corps chaud)	Tisane traditionnelle appelé <i>gnamdé</i>		La vendeuse de <i>gnamde</i> au marché
TOTAL	08 médicaments		

Tableau 21 : Pharmacie de Thierry, mossi catholique, marié père d'enfants, revenus modestes.

Indications selon Thierry	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme	Paracétamol Chloroquine	Traitement du paludisme	Lui-même
Pansement des plaies (enfant et adulte)	Bétadine Sachet de coton Pénidine	Pansement des plaies	Lui-même
Douleurs	Ibuprofène	Soulager les douleurs	Vendeur de <i>médicaments</i> de la rue
TOTAL	06 médicaments		

Tableau 22 : Pharmacie de Paul André, 58 ans, agent de bureau a la retraite

Indication selon Paul André	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme	Arsunate comprimé fort Painex comprimé	Traitement du paludisme	Lui-même (produits recommandés par son frère)
TOTAL	02 médicaments		

Tableau 23 : Pharmacie de Binta, Ménagère et mère d'un garçonnet, revenus modestes

Indications de Binata	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme <i>Yiinse zal zal</i> (méforme)	Paracétamol comprimé Augmentin (enfant) Paracétamol sirop (enfant) Amodiaquine	Traitement du paludisme	CSPS
Fièvre	Aspégic	Antalgique	CSPS
Mycoses (enfant)	Traitement traditionnel (médicament en poudre dans un sachet noir)	Traitement des mycoses chez l'enfant	Une vendeuse de <i>gnamde</i> au marche
TOTAL	06 médicaments		

Tableau 24 : Pharmacie de Zallia, 26 ans, mère d'un enfant, revenus modestes

Indications données par Zallia	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme <i>Yiinse zal zal</i> (méforme)	Paracétamol comprimé (adulte) Flavoquine (adulte) Paracétamol sirop (enfant)	Traitement du paludisme	CSPS pour l'enfant Elle-même pour ses propres médicaments
Maladies diarrhéiques et mycoses des enfants <i>semomdé</i> en langue mooré	Produits traditionnels	Traitement traditionnel des maladies diarrhéique de des mycoses chez l'enfant	Produits proposé par une vendeuse de <i>gnamde</i> au marche
Produit traditionnel contre le paludisme	Décoction de feuilles de neem et de papaye (pour adulte)	Traitement traditionnel du paludisme	Traitement connu depuis l'enfance
TOTAL	06 médicaments		

Tableau 25 : Pharmacie de Safiatou, 28 ans

Indications selon Safiatou	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme <i>Yiinse zal zal</i> (méforme)	Quinine Paracétamol Parégorique Amoxicilline Ibuprofène Comprimés non identifiées	Traitement du paludisme	Elle-même
TOTAL	06 médicaments		

Tableau 26 : Pharmacie de madame Zallé, 57 ans, veuve malade aux ressources limitées

Indications selon Mme Zallé	Produit	Action attendue	Prescripteur
Mal de dent	Produit chinois	Traitement mal de dent	Le vendeur
	Econif gel 250®	calmant pour les dents	Dispensaire
Maux de coeur	Moduretic® cp Nifedi denk® retard 20mg cp	Traitement du coeur	Dispensaire
Tension	Tritazide® 25mg cp	Equilibre de la tension artérielle	Dispensaire
Toux	Célestène® cp	Guérison de la toux	Dispensaire
Paludisme <i>Yiing zal zal</i> (méforme) <i>Yiing wingre</i> de ses petits enfants	Nivaquine®	Traitement du paludisme	Elle-même
	Paracétamol	Traitement de la douleur et de la fièvre	Elle-même
	Ibuprofène	Traitement de la douleur	Elle-même
	Aspégic®	Traitement de crise de la douleur et de la fièvre	Elle-même
<i>Yiing zal zal</i> , paludisme	Médicaments traditionnels (MT)	Pour nettoyer, renforcer le corps	Elle-même
	Amphétamine <i>Pug yaang tood balle</i> en moore	Contre les douleurs persistantes	vendeur
TOTAL	12 médicaments		

Tableau 27 : Aperçu des pharmacies à travers un entretien de groupe de femmes, Association ALAVI, février 2007 : 09 personnes, séropositives, toutes veuves dont 08 sous ARV

Indications	Produit	Action attendue	Prescripteur
Paludisme Yiinse zal zal (méforme)	Paracétamol Chloroquine Quinine Camoquin & Sulfadoxine Dafalgan Nivaquine Maloxine	Traitement du paludisme	Agent de santé, Association, CSPS
Pertes blanches Douleurs pelviennes Contraception Chaude urine (homme & femme)	Solubactère Nystatine pommade/ovule Eosine Bétadine Traitement traditionnel	Traitement gynécologique et contraception	Association, PMI, CSPS
Angoisses, maladies, problèmes sociaux	Prière	Soulagement	Gounghin devant Petit- Paris, Tabtenga chez Fidel, Patte d'Oie à Notre Dame des Apôtres, Tanghin à l'église protestante Jérusalem
TOTAL	12 médicaments		

Nota bene : Nivaquine : allergie à 03 personnes; vertige à 01 personne

Quinine : allergie à 02 personnes

ARV : malaise, folie, souffrance, (envie d'abandonner).

Annexe 8-1 : conditions de vie et traitements antipaludéens

Pseudo	Âge	Instruction	Activité	Traitement utilisé contre le paludisme	Logement
1. Binta	27	5ème	Ménagère, 1 enfant	Paracétamol cp, Amodiaquine® pour les adultes Paracétamol sirop et Augmentin® pour enfant	Vis avec son mari en location
2. Zallia	26	?	Ménagère, 2 enfants	Flavoquine®, Paracétamol, med tradi : décoction de feuilles de neem et de papaye à bouillir ; boire et se laver avec la décoction	Vit avec son mari en location
3. Safiatou	28	CM2	Ménagère, 3 enfants	Quinine, paracétamol, parégorique, ibuprofène	Vit en location
4. Perpétue	31	3ème	Couturière	Chloroquine ; contre les douleurs : Paracétamol, Ibuprofène, Solutred, Aspégic sachet...	En location
5. Florence	38	Non Alpha	Restauratrice	Chloroquine et Paracétamol générique achetés à la pharmacie pour elle et son enfants ; pas de produits tradi	En location ; Bailleur + famille + 6 celibatorium
6. Aminata	23	CM2	Vendeuse Atiéké	Paracétamol, Amoxicilline, ibuprofène, paracétamol	Chez son oncle lui- même en location
7. Cécile	35	3ème	Ménagère	Amodiaquine pour les enfants = paracétamol + décoction en bain + boisson (feuilles de neem, citronnier, papaye)	Propriétaire cour unique
8. Lucie	43	Bac+4	Consultante	Arinate® ou Arsumax® pour elle et son mari + paracétamol ou	Propriétaires cour unique

				Efferalgan effervescent Camoquin sirop® pour les enfants ou Arthésis®	
9. Mme Sya	43	BAC+4	Enseignant des lycées	Nivaquine®, Aspégic® 500 Nivaquine générique et Aspégic® 250 pour les enfants Quinquelibat pour tous	Propriétaire cour unique
10. Tantie Guènèta	68	Non alpha	Ménagère	Fansidar® + paracétamol en automédication pour elle-même « epice » ou paracétamol pour les enfants	Mère d'un propriétaire
11. Mme Zallé	57	Non alpha	Vendeuse de soupe	Nivaquine +paracétamol pour adultes et enfants Fumigation et bain avec feuilles de neem, papaye, citronnier	Epouse d'un propriétaire, concession de famille
12. Mme Sissao	74	BEPC	Sage-femme retraîtée	Cotexin® 60mg en remplacement de Arsumax® qu'elle ne supporte plus bien Artequin Quinquelibat + Saye Enfants : Nivaquine + paracétamol	Epouse d'un propriétaire : concession de famille
13. Rokia	32	Non alpha	Ménagère	Malarix® pour elle Nivaquine® pour les enfants Paracétamol pour tous	Epouse d'un propriétaire ; cour unique
14. Filomène	47	CM2	Tenancière Kiosque/ restau	Nivaquine® + Paracétamol pour elle et les enfants Poudre traditionnelle pour trt paludisme acheté au marché du sect 15	En location dans un célibatorium avec le propriétaire et sa famille
15. Marie	32	CM2	Ménagère	Nivaquine® et Paracétamol pour elle et les enfants (approvisionnement par le mari en med rue) Poudre traditionnelle pour complément traitement adultes	Epouse de propriétaire
16. Ruth	34	Non alpha	Ménagère	Nivaquine® et Paracétamol en générique ou med rue	Locataire dans célibatorium
17. Pendo	29	CEPE	Ménagère	Enceinte (grossesse 1) au moment de l'enquête : Résochine® préventif contre le palu Son mari électricien : med rue ; elle ne sait même pas ce qu'il prend	Locataire dans célibatorium avec famille propriétaire
18. Robert	35	CM2	Tenancier de Kiosque / Restau	Alcool : une bonne bière Nivaquine® et Paracétamol Camoquin® Poudre traditionnelle	Vit avec sa famille dans la parcelle paternelle en zone non-loti avec son frère cadet et la famille de celui-ci
19. Vieux Jean	62	Non alpha	Militaire retraité	Quinine sulfate 300mg + paracétamol pour enfants & adultes dans la famille	Propriétaires dans un célibatorium
20. Lambert	37	CE1	Démarcheur pour les locations de maison	Chloroquine, paracétamol, nivaquine	Celibatorium
21. Hubert	22	BEP électricité	Electricien	Paracétamol, Efferalgan®, Fansidar®, Combimal® « Je pensais que paracétamol était un médicament qui lutte contre le palu »...	Habite chez ses parents
22. Oumarou	28	Terminal	Chômeur ; prestations	Paracétamol + Quinine....	En location dans un célibatorium avec 8 co-

			d'enseignant répétiteur		locataires
23. Thierry	32	BEPC	Garagiste	Paracétamol et chloroquine	En location
24. Paul André :	58 ans	?	Agent de bureau à la retraite	Artésunate cp fort Painex cp fort	Chef de concession
25. Boukaré	58	Ecole coranique	Devin	Chloroquine + paracétamol Poudre traditionnelle de traitement du paludisme	En hébergement dans une famille
26. Damien	36	BEP mécanique	Agent ONG	Une bonne dose d'alcool (bière Brakina ou Guinness) et si persistance du mal, Paracétamol, Arthémeter® ou autre produit med rue	En location dans un célibatorium : 6 co-locataires
27. Amédé	46	BAC+4	Fonctionnaire Cat A	Chloroquine et si persistance, quinimax en perfusion et autres médicaments : Alfan, Arsumax Enfants et le reste de la famille: Amodiaquine® et Co-Arinate® Paracétamol Ecorses traditionnelles pour se renforcer	Propriétaire dans une villa (cour unique)
28. Aziz	26	CAP	Comptable	Chloroquine et paracétamol	En location avec des co-locataires
29. Karim	27	BEPC	instituteur	Chloroquine, Amodiaquine, Paracétamol (génériques)	En location avec des co-locataires
30. Yacouba	40	CAP	Agent commercial Société chinoise	Pradil ou Fansidar + paracétamol	En location avec des co-locataires

Annexe 8-2 : Mode de traitement et origine des produits

Alias	Produits utilisés	Catégorie/ Origine	Origine de la prescription	Motivation de ce choix
1. Binta	Paracétamol cp, amodiaquine® pour les adultes Paracétamol sirop et Augmentin® pour enfant	Pharmacie Génériques	Automédication	Connait suffisamment le paludisme pour soigner elle-même sa famille. Elle n'ira au centre de santé que si la maladie persiste ou se complique Utilise Augmentin® en plus pour son enfant comme précaution supplémentaire
2. Zallia	Flavoquine®, paracétamol, med. tradi. : décoction de feuilles de neem et de papaye à bouillir ; boire et se laver avec la décoction	Pharmacie Génériques Med. tradi.	Automédication	Connait suffisamment le paludisme pour se soigner elle-même Utilise Camoquin® +paracétamol sirop pour son garçonnet de 3 ans Association plantes traditionnelle apprise depuis l'enfance
3. Safiatou	Quinine, paracétamol, parégorique, ibuprofène	Pharmacie Génériques	Automédication	Connait assez le paludisme Mais refus d'utiliser plantes traditionnelles qu'elle n'aura pas cueilli elle-même ; issue d'une famille de tradipraticien, ne fait pas confiance à autrui pour les rituels « incantations et autres » avant la collecte.
4. Perpétue	Chloroquine ; contre les douleurs : Paracétamol, Ibuprofène, Solutred, Aspégic sachet...	Pharmacie Génériques med. rue	Automédication	Connait assez le paludisme
5. Florence	Chloroquine et	Pharmacie	Automédi-	Connait assez le paludisme

	paracétamol générique achetés à la pharmacie pour elle et son enfants ; pas de produits tradi	Génériques	cation	Mais ne fait pas confiance aux médicaments traditionnels
6. Aminata	Paracétamol, Amoxicilline, ibuprofène, paracétamol Paracétamol sirop pour l'enfant	Pharmacie Génériques	Automédication	Connaissance suffisante du paludisme Utilisation des centres de santé seulement en cas de persistance ou d'aggravation
7. Cécile	Amodiaquine pour les enfants = paracétamol + décoction en bain + boisson (feuilles de neem, citronnier, papaye)	Pharmacie Génériques méd tradi.	Automédication Consultation et ordon. médicale	Connaissance suffisante du paludisme
8. Lucie	Arinate® ou Asumax® pour elle et son mari + Paracétamol ou Efferalgan® effervescent Camoquin sirop® pour les enfants ou Arthésis®	Pharmacie Spécialités + Génériques	Consultation & ordon. médicale	Bonne connaissance du paludisme mais estime qu'elle ne connaît pas autant qu'un médecin, et en plus elle a les moyens financiers de payer la consultation en clinique et non dans le public (trop lent).
9. Mme Sya	Nivaquine®, Aspégic® 500 Nivaquine générique et Aspégic® 250 pour les enfants Quinqueliba pour tous	Pharmacie Spécialités + Génériques méd tradi.	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Se méfie des médicaments de la rue
10. Tantie Guènèta	Fansidar® + paracétamol en automédication pour elle-même <i>epice</i> ou paracétamol pour les enfants Fumigation et bain avec feuilles de neem, papaye, citronnier	Pharmacie Méd. Rue Med .tradi.	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
11. Mme Zallé	Nivaquine +paracétamol pour adultes et enfants Fumigation et bain avec feuilles de neem, papaye, citronnier	Pharmacie Méd. Rue med tradi.	Automédication Consult. Et ordon. médicale	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
12. Mme Sissao	Cotexin® 60mg en remplacement de Arsumax ®qu'elle ne supporte plus bien Artequin Enfants : Nivaquine + paracétamol Quinquelibat + Saye	Pharmacie	Consulta-tion & ordon. médicale	Etant elle-même du corps médical, elle dit connaître les dangers de l'automédication et des médicaments de la rue
13. Rokia	Malarix® pour elle Nivaquine pour les enfants Paracétamol pour tous	Pharmacie Génériques med. rue	Consultation et ordon. médicale	Connait assez le palu si elle trouve générique en pharmacie, elle prend Sinon si elle trouve dans la rue, elle prend également ; pour elle, tout est pareil. Ce sont les médicaments qui sont en pharmacie qu'on trouve dans la rue

14. Filomène	Nivaquine pour elle et les enfants Poudre traditionnelle pour trt palu acheté au marché du sect 15	Pharmacie Génériques med. Rue med tradi.	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
15. Marie	Nivaquine et paracétamol pour elle et les enfants (approvisionnement par le mari en med rue) Poudre traditionnelle pour complément traitement adultes	Pharmacie Génériques med. Rue med tradi.	Automédication Consultation et ordon. Médicale	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
16. Ruth	Nivaquine et paracétamol en générique ou med rue	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités
17. Pendo	Enceinte (grossesse 1) au moment de l'enquête : Résochine® préventif contre le palu Son mari électricien : med rue ; elle ne sait même pas ce qu'il prend	Pharmacie Génériques	Consultation + ordonnance PMI	Bonne connaissance du paludisme ; mais ne veut prendre aucun risque avec grossesse
18. Robert	Nivaquine + paracétamol pour lui, madame et les enfants Quinquelibat pour toute la famille NB : Camoquin pour un G de 9 ans qui est allergique à la nivaquine	Pharmacie Génériques med. Rue med tradi.	Automédication ++ Centre de santé en cas d'aggravation	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
19. Vieux Jean	Quinine sulfate 300mg + paracétamol pour enfants & adultes dans la famille	Pharmacie Génériques	Automédication mais méfiance des med rue	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance mais grande méfiance
20. Lambert	Chloroquine, paracétamol, nivaquine	Pharmacie Génériques	Automédication pour lui & la mère Consulta-tion & ordon. Pour l'enfant	Bonne connaissance du <i>paludisme</i> <i>Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités</i> <i>Confiance</i> par expérience aux méd. Rue
21. Hubert	Paracétamol, Efferalgan®, Fansidar®, Combimal® « Je pensais que paracétamol était un médicament qui lutte contre le palu »...	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	<i>Bonne connaissance du paludisme</i> <i>Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités</i> <i>Confiance par expérience aux méd. Rue</i>

22. Oumarou	Paracétamol + Quinine....	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités. Confiance par expérience aux méd. Rue
23. Thierry	Paracétamol et chloroquine	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue
24. Paul André :	Artésunate cp fort Painex cp fort	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue
25. Boukaré	Chloroquine + paracétamol Poudre traditionnelle de traitement du paludisme	Pharmacie Génériques med Rue med tradi.	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
26. Damien	Une bonne dose d'alcool (bière brakina ou guinness) et si persistance du mal, Paracétamol ou autre produit med rue Arthémeter® prescrit au dispensaire/ Idernière crise sévère de paludisme de Damien	med. Rue pharmacie	Automédication	Se sent fort contre le paludisme A ses recettes personnelles mais si persistance du mal, accepte les med rue ; aller à la pharmacie lui apparaît trop compliqué Confiance par expérience aux méd. Rue
27. Amédé	Chloroquine et si persistance, Quinimax® en perfusion et autres médicaments : Alfan®, Arsumax® Enfants et leur mère : Amodiaquine® et Coarinate® Pour traditionnelle contre paludisme	Pharmacie Génériques med. Rue med tradi.	Automédication d'abord Consultation ensuite	Bonne connaissance du paludisme mais préfère l'avis d'n spécialiste, surtout qu'il a les moyens financiers d'aller en clinique Confiance aussi aux méd. Rue Connaissance med tradi. depuis l'enfance
28. Aziz	Chloroquine et paracétamol	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue
29. Karim	Chloroquine, Amodiaquine, Paracétamol (génériques)	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue
30. Yacouba	Pradil® ou Fansidar® + paracétamol	Pharmacie Génériques med. Rue	Automédication	Bonne connaissance du paludisme Manque d'argent pour les consultations et les médicaments spécialités Confiance par expérience aux méd. Rue

Annexes 8-3 : Les médicaments et leur utilisation

Médicament	Nombre Utilisateurs	Utilisateurs	Remarques /association
Paracétamol	27	Toutes les personnes interviewées à l'exception de Mme Sya qui lui préfère l'Aspégic qu'elle tolère mieux à cause de ses sinusites, Pendo la femme enceinte, Hubert qui préfère l'Effergal dont l'action serait plus rapide.	Avec Nivaquine
Choroquine/ Nivaquine	15 (6 Nivaquine)		Avec Paracétamol
Quinine	3	Oumarou, Vieux Jean, Safiatou	Quinine + paracétamol
Amodiaquine	5	Binta, Safiatou, Cécile, Amédé, Karim	
Fansidar	3	Yacouba, Hubert, « Tantie Guénéta »	
Camoquin	2	Robert, Hubert	
Arsumax	2	Lucie, Mme Sissao	
Arinate et/ou Co-arinate	2	Lucie, Amédé	
Quinimax	2	Mme Sissao, Amédé	
Autres antipaludéens cités au moins une fois	11	Flavoquine par Zallia ; Arthésis par Lucie, Combimal par Hubert, Cotexin par Mme Sissao, Malarix par Rokia, Artequin par Mme Sissao, Arthésunate et Painex par Paul André, Pradil par Yacouba, « <i>epice</i> » par Tantie Guénéta, Alfa, Quinimax perfusion mentionnés par Amédé	
Autres antalgic	2	*Lucie et Hubert utilisent Effergal *Mme Sya : aspégic en substitution au Paracétamol	NB : en association avec Paracétamol
Des antibiotiques	2	*Binta : augmentin sirop en association avec Paracétamol pour son enfant *Aminata : Amoxicilline associé au paracétamol ou à l'Ibuprofène	En association avec Antalgic pour enfant et adulte
Des produits traditionnels	3	* Une certaine poudre traditionnelle mentionnée par Filomène, Marie, Robert, et Boukaré : 4 personnes *Quinquélibat et saye par Mme Sissao et Mme Sya *Décoction de feuilles de neem, Papaye et citronnier mentionnée par Mme Zallé, Cécile, et Zallia Décoction d'écorces en bain pour renforcer l'organisme : Amédé Décoctions pour maladies des nouveaux-nés	Souvent en association avec les autres catégories de médicaments
Des produits de la médecine alternative	2	Cordiceps et Méga Mind de la firme de marketing international Tianshi Tiens	En association avec d'autres catégories de médicaments

NB : Certaines personnes, notamment de jeunes hommes nous ont parlé d'autres moyens qu'ils utilisent pour se soigner : Damien et Robert disent utiliser de l'alcool pour soigner leur paludisme ; Ils disent traiter la maladie dès les premiers signes, l'un, en prenant une grosse bière BRAKINA, l'autre, une GUINNESS de 66cl. C'est ainsi qu'ils réagiraient eux premiers symptômes du paludisme, avant de s'engager, si le mal persiste, dans un autre traitement, bien souvent en cherchant dans les médicaments de la rue par manque de temps pour se rendre dans les centres de santé comme les femmes et les enfants.

ANNEXES 9 : LES STIMULANTS SEXUELS TROUVÉS DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU

En tout, 117 stimulants de la sexualité et produits de modélisation du corps ont été recensés entre 2006 et 2009 à Ouagadougou. Ces produits se répartissent en 16 « médicaments de la rue », 59 « secrets de femmes », et 21 stimulants sexuels issus des boutiques chinoises et 21 produits vendus dans les officines pharmaceutiques. Ces produits sont présentés en trois tableaux. Les tableaux des « secrets de femmes » et des *médicaments* de la rue interfèrent l'un à l'autre, de sorte que beaucoup de produits trouvés dans la rue se retrouvent également dans les « secrets de femmes », montrant bien le degré d'ouverture de cette culture de la séduction féminine à tous les apports, et particulièrement les plus accessibles par le prix et par la disponibilité locale.

1 - Deux tableaux pour les 16 stimulants sexuels et produits de modelage du corps trouvés parmi les médicaments de la rue

Tableau 1a : Six stimulants pour les hommes et les femmes dans la rue

Nom	Présentation	Posologie (vendeur)	Effet attendu	Prix
Fitness Plus Amour tîim ou médicament de l'amour	Paquet Rose et blanc avec photo d'un couple de jeunes blancs européens nus couchés et enlacés. 1 plaquette de couleur jaune or contenant 30 capsules	1 à 2 capsules/acte /jour A prendre par l'homme 30 mn à 1 h avant l'acte	Envie de faire l'acte sexuel, érection longue, augmentation de la vigueur, augmentation du plaisir. Après, la femme se cherche	200F/ capsule
VEGERA « Viagra » prononcé par le vendeur	Paquet bleu et blanc avec photo d'un couple de jeunes blancs enlacés et heureux; 1 plaquette de couleur aluminium de 10 capsules de couleur bleu	1 capsule/ acte/jour A prendre par l'homme 1 h avant l'acte, possibilité d'en prendre 2 avec conséquences : la femme va fuir	Envie de faire l'acte sexuel, érection longue, éjaculation retardée, augmentation de la vigueur, augmentation du plaisir de l'homme. La femme va fuir... Objectif : montrer à la femme de quoi on est capable	200F/ capsule
Ceah ceah Cream « Rappa pommade »	Paquet, blanc écriture rouge bordeaux, avec photo d'un couple de jeunes blancs type européen langoureusement enlacés ; 1 tube de couleur blanche, contenant 32 lg d'une pommade blanche	Frotter sur le sexe de l'homme avant l'acte Juste avant l'acte	Envie de l'acte sexuel, Augmentation du plaisir de l'homme	1000F/ tube
Levitra Man's gold	Paquet sur lequel est écrit : Man's gold Levitra-superman , 15 mn in opération, Persist 100 hours. Dans la boîte, il y a des comprimés uniques dans des sachets plastics rouges et transparents (rouge sur les bords, transparents au milieu. Dans chaque sachet, il y a un comprimé blanc et bleu	1cp/acte/jour 1cp à prendre par l'homme, 15mn avant l'acte	100 heures d'action ! Envie de faire l'acte sexuel, Erection longue, Ejaculation retardée, Augmentation de la vigueur, Augmentation du plaisir de l'homme	1000F/C p
Secure « Pilule »	Plaquettes de 10 cp	4 cp/matin/ 4 soir jusqu'à fin plaquette 28 cp (7jrs) Arrêt 4 jrs. Ainsi jusque fin 3 plaquet.	Contraceptif	300 F pour 3 plaquettes de 10 cp
Neo Sampooon : « Pagba maggi »	Tube blanc cerclé de bleu a l'embouchure; A l'intérieur, des comprimés blancs avec un orifice au centre	1 ovule/acte A placer dans le vagin de la femme juste avant l'acte	Excitant pour les femmes ; Augmentation du plaisir de la femme NB : en pharmacie : désinfectant vaginal	200 F/ ovule
Total	6 produits : 4 pour les hommes ; 2 pour les femmes			

Tableau 1b : Dix produits de modelage du corps, dont deux sont particulièrement appréciés par les femmes pour cultiver ou maintenir leurs rondeurs

Identification	Indication	Posologie	présentation	Prix
Dexamethasone 0,5mg : <i>Dafourouba</i> n1 ; Différent <i>Dafourouba</i> n°2	Pour grossir : Une seule boîte de 100cp suffit pour grossir. Mais il faut être actif pendant la prise sinon, déformation (une fesse peut être plus grosse que l'autre). Acteur de la prise : la femme ; produit réputé dans les milieux féminins et acheté uniquement par les femmes	1 comprimé matin, midi et soir	Tube de 100 cp.	1 000F/ 100cp
Dexone (Dexaméthasone 0,5 mg): <i>dafourouba</i> n°2 Péremption : 12/06	Pour grossir ; à la fin de la boîte, on sent qu'on grossit ; sinon, abandonner. Pour grossir également utilisé dans le traitement de l'asthme. On dort beaucoup et on mange beaucoup : produit réputé dans les milieux féminins et acheté uniquement par les femmes	2cp/matin, 2soir	Tube de 100 cp	750F/ trt
Solotone ou <i>vitamine peelga</i> (vitamine blanc)	Pour grossir ; prise de poids en 15 jours ; sinon, abandonner : acheté par les femmes	1cp/jr Acteur de la prise : la femme	Boite de 3 plaquettes de 10 cp	750F/trt (3 plq de 10 cp)
Rectone : <i>yiligda yiingan</i>	Pour grossir ; également utilisé dans le traitement de l'asthme. Autre effet : fait briller la peau mais ne fait pas grossir on dort beaucoup et on a bonne	2 matin, 2 soir pdt 15 jrs Acteur de la prise : la femme	Boite de 36 cp	750F/boîte
Super Pepti : « super appétit »	Pour grossir ; acheté par homme et femme	2matin, 2soir pendant 10 jours. Acteur de la prise : la femme	Plaquette de 10cp	200F/2plq
Périactine	Pour grossir ; acheté par homme et femme	5 plq de 10cp = trt	Plaquette de 10cp	500F/trt
Falvitone	Fait briller la peau et donne la force ; acheté homme et femme	3plq de 10cp Trt : 15 jrs Acteur de la prise : femme	Plaquette de 10cp	1 000F/3plq
Duga+2000 : <i>Paga ni rawa</i>	Vitamine pour le sport ; acheté homme et femme	2cp/matin ; 2soir. 3plq/ 15 jrs trt.	Plaquette de 10cp	500F/3plq
<i>Chinoiba vitamin</i> ou vit. Des chinois ; remontant gensing	Remontant ; disparition de la fatigue, embellissement de la peau, augmentation du tonus : <i>yiligda yiinga</i> ; acheté homme et femme	1 ampoule matin et soir	Etui/10 amp. buvables	2 500F/5jrs trt
<i>ziim tîm</i> ou médicament du sang	Vitamine pour augmenter la quantité de sang dans le corps ; acheté Homme et femme	1cp/matin ; 1 cp/soir	Plaquette de 10cp	1 000F
Total	10 produits dont 7 sont mixte et 3 sont exclusivement féminins			
Total stimulants Rue	16 produits			

1 - Un domaine très dynamique de « secrets de femmes » qui empruntent dans toutes les catégories de stimulants disponibles : 59 produits d'une grande diversité d'origine

Tableau 2 : Stimulants de la sexualité dans la catégorie des « secrets de femmes »

Identification	Présentation	Indication/ Posologie	Prix
Gongonlili	Ensemble de racines de roseaux, de graines de d'encens local, woussouan et d'écorces. Le gongonlili est l'un des produits les plus anciennement utilisés parmi les « secrets de femmes dans la région de Bobo-Dioulasso. Les bottes de gongonlili sont constituées d'une variante d'un roseau qui pousse dans	Epuration du corps, amélioration de l'odeur corporelle, traitement pertes blanches. Augmentation du désir chez la femme et de production de glaire Bouillir dans l'eau et boire à volonté	1000 FCFA, le trt mensuel

	les bas-fonds à proximité des cours d'eau dans la région de Bobo-Dioulasso et plus au sud, vers Orodara. Traditionnellement, une variété plus allongée de ces roseaux est utilisée pour l'épuration de l'eau de boisson familiale. Mais à la comparaison, cette variété anciennement utilisée apparaît nettement moins parfumée que celle importée du Mali, dont les tiges sont plus courtes, qui est nettement plus parfumée et est utilisée dans les « secrets de femmes ».		
Savon Attrance	-Savon rond et noir et assez parfumé de production artisanale A l'utilisation apparaissent des granulés qui pourraient bien être des restes de grains de « woussouna » finement écrasé	Permettrait à la femme de sentir bon et d'attirer l'attention des hommes. En outre, il donnerait la chance en affaire. A utilisé comme savon de toilette	1000 FCFA pour environ 2 semaines d'utilisation.
Woussounan	Gros grains associés au « gongonlili » ; traditionnellement brûlés comme dans les habitations pour chasser la mauvaise odeur de l'urine de certains enfants qui font pipi sur leurs couches à l'Ouest du pays	Une odeur sensée donner le désir à l'homme.	1000 FCFA, pour 1 mois
Trois types de bonbons : -Haoussa -Bonbons translucides du Moyen orient -Bonbons multicolores du moyen orient	Bonbons haoussa provenant du Nigéria et produits localement à base de miel	Augmentation de l'attrait de la femme et de sa sensualité ; bonne odeur, sécrétion abondante de glaire -Sucer de temps en temps dans la journée	25 F l'unité
	Bonbons blancs qui sont translucides (comme du gel gemme) et sucrés, qui seraient en provenance du Moyen-Orient	Augmentation de l'attrait de la femme et de sa sensualité ; bonne odeur, sécrétion abondante de glaire -Sucer de temps en temps dans la journée	100 F les 3
	Bonbons simples qui sont de forme arrondie mais de multiples couleurs qui seraient en provenance du Moyen-Orient	Augmentation de l'attrait de la femme et de sa sensualité ; bonne odeur, sécrétion abondante de glaire Sucer de temps en temps dans la journée	100 F les 3
Arachides nigérianes	Graines ressemblant aux arachides.	5 graines/jrs à consommer par les femmes pour être plus attirantes. Consommés dans la journée, leur action sentie dès le même soir. Effets persistants pendant une semaine	100 gr à 500 FCFA.
Graines non identifiés	Petites graines séchées vertes de la taille des « capres » (épices)	Quelques graines à mâcher par la femme par jour et qui augmentent la production de glaire et donnent une odeur agréable à la femme	100 F pour 2 jours
Trois produits pour rétrécir le vagin : - Ancien : Poches - Artisanal : Wannan amfani - Moderne : chinois	Rétrécisseur traditionnel : petites poches contenant un produit rétrécissant à base de poudre de feuilles de baobab, et anciennement utilisé dans l'ouest du pays	Utilisée anciennement pour rétrécir les vagins des femmes	25 F CFA
	Rétrécisseur artisanal commercialisé à Doubaï : Wannan amfani. Tube avec un bouchon applicateur, contenant un liquide translucide et qui est sensé rétrécir le vagin	Rétrécisseur artisanal de vagin	1200 FCFA
	Rétrécisseur de fabrication industrielle provenant des usines chinoises.	Rétrécisseur moderne de vagin	2000 FCFA.
Maï ganda	Production artisanale. Thé aphrodisiaque pour femmes/ Emballage du sachet très	Stimulant de la production de glaire et de la sensualité	500 FCFA le sachet

	illustrée ; représentant un homme nu au sexe proéminent dressé prenant par derrière une femme également nue	chez la femme ; un sachet à consommer comme du thé 30mn avant l'acte	
Sweet 16 (Drink with tea)	Production artisanale. Thé aphrodisiaque pour femmes/ Emballage du sachet très illustrée ; Un couple nu et langoureusement enlacé	Stimulant pour l'homme et la femme ; un sachet à consommer comme du thé 30mn avant l'acte	1000 F le sachet
Super King and Queens	Production artisanale. Pommade contenu dans un sachet et le tout placé dans un emballage avec la photo d'un couple nu et enlacé (pour homme et/ ou femme)	Lubrifiant sexuel mixte	500 F pour un sachet utilisable 2 fois
Super Cream for men and women	Production artisanale. Pommade contenu dans un sachet et le tout placé dans un emballage avec la photo d'une femme aux seins nus d'un côté, et de l'autre un couple également nu et enlacé (pour homme et/ ou femme)	Lubrifiant sexuel mixte	500 F pour un sachet utilisable 2 fois
Super Queens cream ou encore Super Bonee cream	Production artisanale. Tube en plastique contenant un lubrifiant incolore dans un emballage illustré entre autres par la photo d'une femme au torse nu à côté d'une clé ; de l'autre côté, photo d'un couple nu & enlacé	Lubrifiant sexuel mixte	600 F pour au moins 2 applications
Super cream original	Production artisanale. Tube en verre contenant une pommade rose dans un emballage coloré ; image d'un couple nu en plein baiser	Lubrifiant sexuel mixte	600 F pour au moins 2 applications
Original Zuma	Production artisanale. Gel à base de miel de couleur marron contenu dans un sachet lui-même placé dans un emballage cartonné très coloré avec une femme nue et offerte d'un côté, et de l'autre un couple nu enlacé	Gel sexuel utilisé par la femme	1250 F pour au moins 2 applications
Jamu be together	Production artisanale. Poudre pour boisson contenue dans un sachet lui-même emballé dans un papier cartonné multicolore, illustré sur chaque côté par une femme souriante, 2 femmes nues, un couple souriant	Poudre pour production de boisson aphrodisiaque pour la femme	500 F le sachet pour un acte sexuel
A-One Gel	Petit bocal contenant un liquide jaune, et lui-même contenu dans un emballage cartonné multicolore illustré entre autres par la photo d'un couple nu & enlacé	Excitant local pour la femme ; augmente la sensualité de la femme au moment de l'acte sexuel	500 F le flacon
Ginger Up Cream	Production artisanale. Bocal contenant une crème opaque, contenu dans un emballage coloré montrant entre autres, et sur 2 faces, un couple presque nu, enlacé	Pommade sexuelle homme	1000 F le flacon
Super Queens Kembali guidis Baru	Production artisanale. Pommade contenu dans un sachet et le tout placé dans un emballage avec la photo d'une femme nue la tête renversée en arrière, de manière provocante	Lubrifiant pour la femme	500 F le sachet utilisable 2 fois
Scorpion	Gel couleur miel contenu dans un flacon plastique, sur lequel est dessiné en rouge un scorpion	Gel pour femme	1000 F pour une dizaine d'utilisation
Savon rétrécisseur parfumé	Savon jaune rétrécisseur et désodorisant vaginal	Savon à usage intime par la femme	1000 F le bout pour 1 mois d'utilisation
Garyagado	Gel translucide dans un bocal transparent en verre	Gel lubrifiant pour femme	1000 F le bocal dizaine d'utilisation
Cure dent aphrodisiaque	Cure dent jaune	Cure dent sucré à usage féminin ; donne la bonne haleine et augmente la sensualité de la femme	100 F la tige
S/T1	26 sortes de stimulants traditionnels locaux ou d'importation, et artisanaux d'importation		
S/T2	17 (des 21 stimulants des boutiques chinoises. Produits chinois non concernés ici : Produits pour hommes diabétiques et hypertendus (Danenren 800mg, Chaojixiongba 600mg et Viagra 200mg), et le tout récent Viagra 6 800).		
S/T3	16 produits de la de la sexualité issus des médicaments de la rue		
Total	26+17+16=59 produits utilisés dans la sexualité, et vendus parmi les « secrets de femmes ».		

Tableau 3 : des stimulants de la sexualité dans la catégorie des produits chinois

Identification	Présentation : Productions industrielles	Indication/ Composition	Prix
Viagra 3800	<p>Selon les revendeurs, c'est le « viagra 3800 », arrivé dans le pays dans le dernier trimestre de l'année 2006 et qui bats tous les records de vente. Dans un emballage aux images pornographiques représentant un homme et une femme nus en plein accouplement, apparaît un blister portant 4 comprimés ovales de couleur bleu.</p> <p>Contrairement aux autres modèles de viagra dont l'origine marque sur l'emballage est la Chine, il est mentionné que le viagra 3800 est produit à Tokyo par Japanese Mayo Kaisha research Center.</p>	<p>Stimulant du désir sexuel mais aussi des capacités sexuelles des hommes</p> <p>Une prise d'un comprimé par l'homme, avec un demi verre d'eau, 30 mn avant l'acte sexuel..</p>	Ce paquet coûte 3500 FCFA.
Plant Vigra 6 800 encore appelé Viagra 6 800 mg	<p>L'on peut lire sur l'emballage de ce produit « Plant Vigra ». Selon le revendeur, il serait le plus récemment arrivé dans le pays (août 2007). Il se présente dans un emballage métallique de couleur de fond bleue, avec l'image de feuilles vertes. A l'intérieur de cet emballage, 6 comprimés également verts, en forme de feuille sont contenus dans un sachet transparent.</p> <p>Des informations sur internet sur 2 sites de vente précisent que ce produit est à base de « yohimbe bark », une plante toujours verte provenant d'Afrique (sans autre forme de précision).</p>	<p>Impotence fonctionnelle due à une neuroasthénie ou à un désordre psychique</p> <p>La posologie du vendeur recommande 1 comprimé à avaler dans un demi verre d'eau par l'homme 30 mn avant l'acte sexuel.</p>	5000 FCFA les 6 comprimés.
Viagra : Sex Sport Extreme man USA, 5 800 mg	Production industrielle. Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par des hommes et femmes nus et musclés, une plaquette de 4 cp	Stimulant pour homme de type viagra	1000 F/cp
Viagra : Vager 007	Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par un homme et une femme nus enlacés, contenant une plaquette de 4 cp	Stimulant sexuel pour homme de type viagra ; actif dans le corps en 15 mn	1000 F/cp
Viagra : Vager 777 USA	Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par un homme et une femme nus enlacés ; contient 24 cp	Stimulant sexuel pour homme de type viagra ; 2 cp à prendre par l'homme 10 mn avant les rapports	6000 F/boîte
Viagra : Synewi Men	Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par un homme en train de pénétrer une femme	Stimulant sexuel pour homme de type viagra	1000 F/cp
Viagra : Danenren 800 mg	Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par un homme musclé aux verres noirs et en blouson cuir débardeur. A côté, une femme nue couchée sur le dos ; boîte de 6 cp	Stimulant sexuel pour hommes diabétiques et hypertendus; 1 cp à prendre 15 mn avant les rapports	1500 F/cp
Viagra : 180 Alpha male plus	Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par un homme fortement musclé au torse nu, se trouve une plaquette de 4 comprimés	Stimulant sexuel pour homme de type viagra	1000 F/cp
Viagra : USA lang GE	Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par un homme nu jusqu'au torse qui présente ses biceps, et les photos de 2 femmes.	Stimulant sexuel pour homme de type viagra	1000 F/cp
Chaojixiongba 600mg	Image en noir et blanc ; un couple enlacé sur un emballage cartonné contenant une plaquette de 4 comprimés ovales bleus;	Stimulant de type viagra pour homme diabétique et /ou hypertendu	1500 F/cp
Viagra 200 mg	Image d'une femme nue étendue sur le dos sur un emballage cartonné contenant une plaquette de 4 comprimés ovales bleus	idem	1500 F/cp
Condom Ultra Pleasure, couramment appelé vibreur	Ce condom doté de ventouses serait, selon les vendeurs, particulièrement demandé par les hommes soucieux d'offrir un plaisir plus intense à leurs partenaires féminines. Ce produit est fabriqué en chine dans le Lindsha Puning.	-5 gouttes à prendre dans le jus de fruit ou le thé, tous les jours pendant 3-4 jours. Les effets du produit sont sensés rester dans le corps de la	le paquet de 12 préservatifs coûte 2000 FCFA.

		femme pendant une semaine.	
Sliver Fox	Ce produit est présenté sous forme d'un liquide d'apparence huileuse dans un flacon de 20 ml contenu dans un emballage cartonné de couleur à dominante rose. Sur l'emballage, apparaît l'image d'une femme portant pour tout vêtement un slip et un soutien gorge. Elle est assise et jambes écartées, dans une position provocante.	Une cuillerée à café à prendre dans n'importe quelle boisson sucrée	1000 FCFA.
XiBANYA CANGYINGS HUI appelé « Shui	Dans cet emballage, ce trouve 5 sachets d'un thé de fabrication chinoise qui a également la fonction de stimulant sexuel.	Thé qui augmentant la production de glaire out en faisant naître ou en augmentant l'intensité du désir et du plaisir sexuel chez la femme. Ce thé doit être utilisé 30 mn avant l'acte sexuel.	2000 F/ le paquet de 5 sachets
Women Erotism	Gel rétrécisseur de vagin rose pâle contenu dans un tube transparent. Ce produit est livré avec un tube applicateur.	Rétrécisseur de vagin et stimulateur du désir de l'homme. Utilisation : déposer au fond du vagin, à l'aide de l'applicateur, une noisette de ce gel, 30 mn avant l'acte sexuel.	2000 FCFA pour plusieurs semaines d'utilisation.
Chuangshang -shibafan 2000 mg	Production industrielle. Dans un coffret en fer fortement coloré et illustré par une femme nue couchée, dans une position provocante se trouvent 5 sachets contenant une poudre soluble. Les sachets sont colorés des mêmes motifs que le coffret	Augmente la production de glaire par la femme ; A prendre dans de l'eau tiède 30 mn avant les rapports sexuels	500 F le sachet
Felli love yinzhao nvlang	Production industrielle. Dans un emballage cartonné fortement coloré et illustré par une femme nue couchée sur le dos, cuisses écartées, se trouve un bocal contenant un liquide jaunâtre.	Stimulant sexuel pour la femme ; à consommé régulièrement dans une boisson sucrée 30 mn avant les rapports sexuels	2500 F
Hinggannulang	Production industrielle. Dans un coffret en fer fortement coloré et illustré par une femme nue couchée sur le dos courbée en avant et offrant son postérieur, 5 sachets contenant des granulés solubles	Stimulant pour la femme ; granulés à dissoudre dans une boisson sucrée et à boire 30 mn avant les rapports	3500 F/Coffret
Double good	Production industrielle. Dans un emballage fortement coloré et illustré par une femme nue à genoux sur un homme dont le sexe pénètre le sien ; image pornographique, et contenant un bocal en verre avec un liquide jaune	Stimulant sexuel pour homme et femme ; à boire dans une boisson sucrée 30 mn avant les rapports	5000 F pour 2 à 3 utilisation par couple
World prevall dragon fly	Production industrielle. Dans un coffret fortement coloré et illustré par une femme presque nue et offerte, 5 sachets de granulés solubles	Stimulant pour femme à prendre dans un liquide sucré 30 mn avant les rapports	1000 F/sachet
Fling love	Coffret en fer contenant 5 sachets de thé dans un emballage coloré représentant de dos une femme nue accroupie sur les genoux	Stimulant sexuel pour femme ; a prendre comme du thé, 30 mn avant les rapports	1000 F le sachet
Boshi lasting oil 5mg	Production industrielle. Dans un emballage cartonné fortement rouge comportant juste le nom du produit, un tube en verre contenant un gel translucide	Lubrifiant mixte	3500 F pour plus de 2 utilisations
Total	21 produits dont 17 que nous avons retrouvés dans les « secrets de femmes ». Sur les 4 produits qui restent, 3 sont pour les hommes diabétiques et hypertendus (Danenren 800mg, Chaojixiongba 600mg et Viagra 200mg), et le dernier est le tout récent Viagra 6 800.		

Tableau 4 : des aphrodisiaques trouvés dans une pharmacie au secteur 152

Nom	Présentation	Propriétés/Indications	Laboratoire	Prix
VIAGRA 05mg	Paquet / 04cp	- Sildenafil - Trt troubles / érection	laboratoire Pfizer Limited	30 340 F
STAMINA	Paquet / 30 gélules	- Jund badastar, Bang basma, Extrait d'aswaganda - Amélioration performance sexuelle	Ajanta Pharma Limited	8 160 F
SEXOFORTE	Paquet de 30cp	- Prise en charge dysfonctionnement érection		3 680 F
TITANE PUISSANCE X	Paquet de 10cp	Acerola+fructose+Gingemb re+ginseng+Garana+Lévr e+de bière+Shitaké Trt : Fatigue passagère, baisse de tonus, diminution de la vigueur	Oxygène-physiodis	8 947 F
PROCOMIL SPRAY	Tube de spray	Lidocaïne Vasodilatation des régions traitées	laboratoire Walter Ritter	6 525 F
Procomil Cream				2 020 F
SEXO FORTE FOR MEN	Paquet de 10		'Denk Pharma', Allemagne	
Femm'Rêve	Paquet de 10	Asphaltum tribulus terrestres, elletana cardamonum et des extraits aqueux divers		4 080 F
PARDY'HOM	Paquet de 10	Asphaltum, mynisticafragrams, hopophhila spinosa, Zinc oxyde'	L'AMAR International, 75015, Paris-France	3 785 F
Cupid 50mg	Paquet de 10 cp	Sildenafil	Inde	2 110 F
Super K Du Dr Dakuyo	Boite de 10	Asthénie sexuelle, fatigue générale	Phytofla, Burkina	5 000 F
Kamagra 50mg		-Sildenafil		4 250 F
Préservatifs PRESA				225 F/unité
Préservatifs MANIX	Gélule (Paquet de 20)	Plantes (Asparagues, racemosus, shatavari, dioscorea bulbifera)...	WOCKHARDT LIMITED, Mumbai, Inde.	6 000F
Gel lubrifiant VENDOME	Tube de 20ml		Laboratoire Vendôme	2 675F
Kama Sutra préservatifs parfumés	Paquet de 10			325 F/unt
Préservatif Unnotex	Paquet de 10			495 F/03
Préservatif Manix	Paquet de 10			
Préservatifs Protex Condom Rose	Paquet de 10			2 230 F/06
Protex Condom Classiques	Paquet de 10			2 130 F/06
Cure-dent aphrodisiaque	3 tiges		Phytofla, Dr Dakuyo	500 F
Total	21 produits			